

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12/10/2023

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/584-2 (\*)

### **Avis du CFEH “CBRN”**

Au nom de la Présidente du CFEH,  
Margot Cloet

Sabine Stordeur  
Directrice générale

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 12/10/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date

Plusieurs initiatives sont déjà en cours pour augmenter la préparation et la capacité d'accueil dans le secteur de la santé publique en cas d'incident CBRN(e).

Dans ce contexte, une esquisse de situation est présentée aux membres délégués du CFEH et, sur cette base, les 6 demandes d'avis suivantes sont posées :

**Les membres sont-ils d'accord avec la proposition de division en deux niveaux pour organiser la capacité d'accueil des personnes touchées par un incident CBRN(e) ?**

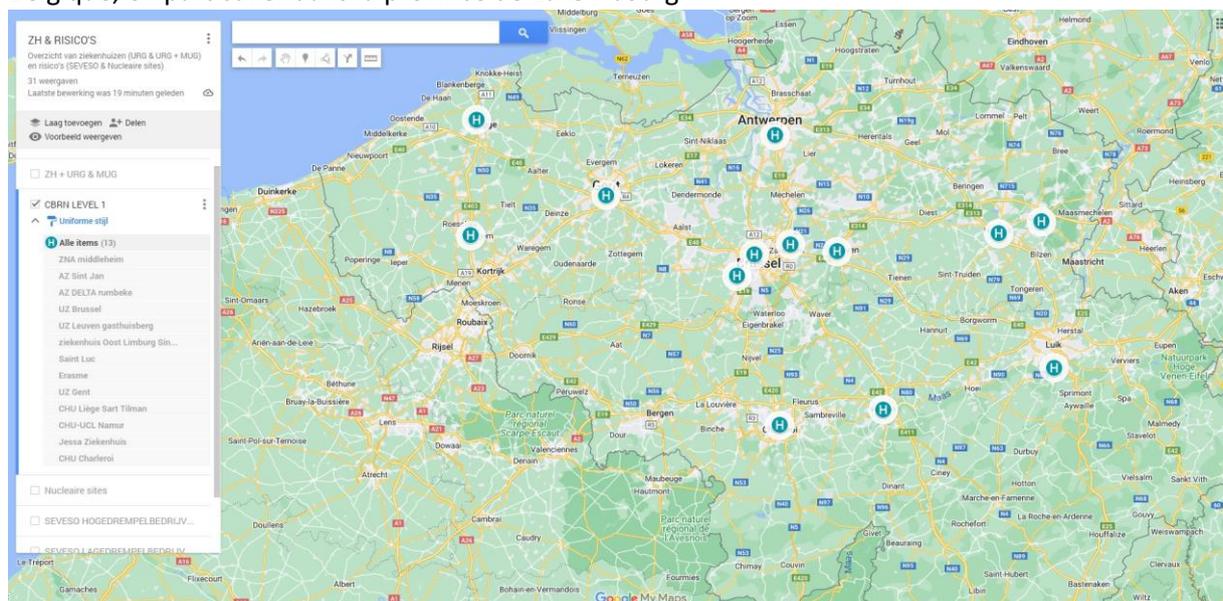
Avec la division en deux niveaux, le niveau 1 comprend 13 hôpitaux, le niveau 2 comprend les hôpitaux restants qui ont une fonction d'urgence spécialisée (n= 83 ZH).

Le CFEH est d'accord avec la division en 2 niveaux d'hôpitaux, concentrant autant que possible l'expertise et les ressources (capacité d'accueil, PBM, antidotes...). Dans les moments de crise, comme lors de la pandémie de Covid, les hôpitaux de niveau 2 doivent également agir. Il est donc important que, dans les périodes plus calmes, des accords concrets soient conclus au sein du réseau entre les hôpitaux de niveau 1 et de niveau 2 (par exemple en ce qui concerne les antidotes, les PBM, le transport interhospitalier...) et que les centres de niveau 1 apportent leur soutien. Il convient également d'accorder une attention particulière au soutien logistique (centralisé) pour le transport interhospitalier éventuel d'équipements de protection et de médicaments.

**Les membres estiment-ils que le nombre proposé de 13 hôpitaux de référence CBRN de niveau 1 répartis sur le territoire belge est suffisamment justifié pour assurer cette fonction spécialisée.**

**Le CFEH a-t-il d'autres éléments ou critères importants à prendre en considération ?**

Les 13 hôpitaux sélectionnés ne couvrent pas l'ensemble du territoire belge (par exemple, certaines parties de la province du Limbourg et du sud de la Belgique). Le CFEH est d'accord avec la répartition proposée des hôpitaux, mais elle demande également que l'on prête attention à l'évolution du paysage hospitalier, ce qui signifie qu'à l'avenir, un hôpital de niveau 1 pourrait être désigné dans le sud de la Belgique, en particulier dans la province de Luxembourg.



Nous constatons qu'un certain nombre « d'angles morts » se situent autour des frontières nationales.

Le CFEH pose la question de savoir si la collaboration transfrontalière est possible et/ou s'il existe des possibilités d'établir des collaborations à cet égard et ce non seulement en termes de coordination mais aussi de gestion/partage de stocks de matériel, de médicaments...

EMRIC ([Euregio Maas-Rhein](#) . [EMRIC \(euregio-mr.info\)](#)) a été cité en exemple ici. Il ne s'agit pas non plus d'une collaboration théorique, mais d'une collaboration qui doit être testée dans le cadre de scénarios de planification d'urgence et affinée en conséquence.

Il est fait référence à la forte concentration d'hôpitaux de niveau 1 à Bruxelles, qui pourrait éventuellement constituer un obstacle à la répartition des victimes : après tout, les hôpitaux "locaux" sont facilement débordés (et donc inutiles) en cas d'urgence dans les environs immédiats. Le risque de saturation de ces cas d'urgence a été pris en compte : lorsque les hôpitaux bruxellois sont débordés, il y a toujours un autre hôpital de niveau 1 facilement accessible (UZ Leuven).

Les hôpitaux eux-mêmes peuvent également être la cible d'une attaque : la coopération avec les hôpitaux voisins de niveau 1 et de niveau 2 est donc une nécessité absolue et/ou un hôpital de niveau 1 peut lui-même être défaillant.

### Les critères de sélection prédéterminés sont-ils suffisamment précis pour guider l'attribution de ces 13 hôpitaux ?

Il s'agit des critères suivants :

capacité à décontaminer plus de 10 personnes affectées par heure  
mais aussi :

- la localisation par rapport aux entreprises SEVESO
- Localisation par rapport aux grands axes de circulation, aux zones portuaires, aux aéroports, aux gares
- Localisation par rapport aux installations nucléaires
- quelles sont les zones à risque terroriste (en particulier les 5 plus grandes villes de Belgique)

en combinaison avec les spécialités et les installations disponibles :

- capacité totale en lits (plus de 600)
- spécialités : soins d'urgence spécialisés, soins intensifs, programme de soins B3, centres pour grands brûlés
- capacité d'isolement (hématologie, maladies infectieuses, etc.) ; Existe-t-il des recommandations différenciées niveau 1 et 2 quant aux capacités d'hospitalisation, chambres stériles à pression négative (pour les irradiés) ?
- agrément (futur) en tant que centre de traumatologie
- présence d'un hélicoptère
- Quid des recommandations en matière d'évacuation des eaux lors de décontamination ? Très peu d'hôpitaux ont la capacité de conserver l'eau sale pour plus de 10 victimes contaminées, même dans les nouveaux services d'urgence ou hôpitaux.
- ...

Le CFEH approuve l'analyse des risques et les critères de sélection qui y sont associés. Il est toutefois à noter qu'après l'enquête sur la capacité d'accueil et de traitement des hôpitaux en janvier 2023, une étude plus approfondie des 13 hôpitaux de niveau 1 actuellement sélectionnés est nécessaire. Il n'est

donc pas exclu que certains hôpitaux initialement désignés ne soient pas encore retenus comme hôpitaux de niveau 1.

Certaines des questions de la première enquête seront également reprises dans le nouveau questionnaire, qui sera complété par des questions plus spécifiques.

Le CFEH ne peut pas encore donner d'avis sur les modalités de financement. Les membres du Conseil fédéral demandent que des recherches supplémentaires soient menées sur les coûts, ponctuels et récurrents, pour répondre aux critères en matière d'infrastructures et de ressources humaines, tels qu'ils sont décrits, entre autres, dans les six questions qui leur ont été posées.

Les différentes composantes doivent encore être identifiées. Outre le coût initial, il y a aussi le coût récurrent (par exemple, le personnel supplémentaire, les coûts de formation...). Les coûts de formation CBRN (selon le principe de la formation des enseignants) sont pris en charge par l'autorité fédérale. Les hôpitaux sont censés utiliser cet argent (l'enseignant) pour dispenser la formation en interne. La plateforme d'apprentissage en ligne nécessaire sera également mise à disposition par le gouvernement fédéral.

Les médicaments de routine (thérapie pour 20 ptn pendant 3 jours) doivent être financés par les hôpitaux eux-mêmes. Les médicaments très coûteux et très spécifiques seront payés et stockés au niveau fédéral pour 100 victimes potentielles.

L'équipement de protection doit-il être à la charge de l'hôpital ? La nouvelle enquête devrait montrer combien et quel type de vêtements de protection sont nécessaires : cela peut varier d'un hôpital à l'autre. Le CFEH demande une image très claire de tous les coûts et souligne également que les hôpitaux ne peuvent exercer la fonction de niveau 1 ou 2 que s'ils disposent d'un soutien financier adéquat.

**Les membres du CFEH sont-ils d'accord pour prévoir la possibilité, dans le cadre légal, de planifier les urgences hospitalières au niveau du réseau ?**

Il n'y a pas d'objection à ce que cette possibilité soit offerte dans le cadre juridique habituel. Après tout, il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation.

La désignation d'un coordinateur du plan d'urgence au niveau du réseau ne doit en aucun cas signifier que cette fonction n'existerait plus par hôpital ou même par site. A ce titre, un financement complémentaire devra être prévu.

Les spécialistes sont en train d'élaborer un système de points pour arriver à une rémunération équitable du coordinateur du plan d'urgence.

**Les membres sont-ils d'accord pour poursuivre l'analyse du financement des coordinateurs des plans d'urgence afin de s'assurer que les plans d'urgence des hôpitaux disposent d'une capacité suffisante pour faire face aux tâches actuelles et futures ?**

Là encore, pas d'objection.

Le coordinateur des plans d'urgence a beaucoup à faire :

- Révision du plan d'urgence hospitalier,
- Avancement des changements d'activités à l'échelle du réseau avec les changements associés dans les capacités et les plans d'urgence,
- Plans de préparation et d'urgence pour les hôpitaux CBRN de niveau 1 et de niveau 2,
- CBRNe MIP training et CBRN awareness pour tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence,
- NIS2 → cyber incident response plan,

- Les hôpitaux en tant qu'entités critiques (2027) avec un plan de résilience élaboré (PCA, sécurité, politique d'exercices intensifiés...).

Toutefois, il est souligné qu'un mandat clair est également nécessaire pour le coordinateur du plan d'urgence, qui ne peut souvent occuper ce poste qu'à mi-temps.

En outre, il conviendrait d'examiner si une partie du financement pourrait également être assurée par le fonds SEVESO et le fonds nucléaire. Ce fonds pourrait également être utilisé pour augmenter de 4 le nombre d'équipes médicales CBRN.

### Les critères prédéterminés constituent-ils une bonne base pour l'allocation adéquate de ces ressources financières ?

Les critères prédéfinis sont les suivants :

- Nombre de lits, initialement financement supplémentaire toutes les quelques centaines, ensuite intervalles plus grands
- Niveau CBRN 1 ou 2
- Obligation d'appliquer la directive NIS 2
- être reconnu comme une infrastructure critique
- Présence de lits universitaires
- Critères supplémentaires de fond sur la formation et la préparation démontrable
  - Notons le coût de formation des équipes 3x/an qui ne s'arrête pas aux équipes des urgences (accueil, sécurité,..)
  - Le coût des médicaments antidotes est très élevé (6000 EUR pour l'ensemble des antidotes conseillés lors de la prise en charge de 2 patients pdt 3 jours). Stocks stratégiques répartis dans les 13 hôpitaux de niveau 1, accessibles au niveau 2. Qu'en est-il pour les hôpitaux "de base" qui doivent être capables d'accueillir 2 patients? L'accès à ces médicaments doit être rapide.
  - Il serait souhaitable de disposer d'une répartition en maillage des stocks de matériel CBRN (médicaments (antidotes, ...), matériel nécessaire à une décontamination sèche et/ou humide, combinaisons, masques, détecteurs de radioactivité, ...), tout en centralisant la gestion de leur date de péremption (rotation de stock si possible pour ce qui est utilisable hors accident/incident CBRN (masques, combinaisons, ...)). Ceci en collaboration avec l'armée et la protection civile.
  - Par ailleurs, il pourrait être utile de pouvoir aussi disposer de stock de matériel (décontamination, combinaisons, ...) et médicaments rapidement transportables avec deux ou trois équipes mobiles spécifiquement formées à la gestion de NRBC qui pourraient venir renforcer la capacité d'accueil et de prise en charge de patients dans des hôpitaux situés en première ligne (hors périmètre d'exclusion) par rapport au lieu d'un accident/incident NRBC. Idéalement aussi en collaboration avec l'armée et la protection civile.

Le CFEH souligne que l'accueil de ces victimes de catastrophes spécifiques ne peut jamais être structuré sans une coordination adéquate des catastrophes par le biais du Dir CP Ops et du Dir Med et que cette fonction est sous-exposée et sous-financée. Elle demande donc que l'on travaille sur ce point. Outre le fait qu'il existe désormais un élan politique en faveur du CBRN et qu'il convient de l'utiliser, l'AR sur les

Dir-Med de 2007 ([https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-02-februari-2007\\_n2007022199.html](https://etaamb.openjustice.be/nl/koninklijk-besluit-van-02-februari-2007_n2007022199.html)) stipule à l'Art. 3.§ 1er. : *Le Ministre veille à ce qu'un rôle de garde Dir-Med soit organisé 24 heures sur 24 pour tout le territoire belge. Ce rôle de garde est incompatible avec la participation simultanée à un autre rôle de garde.*

Le CFEH est d'accord avec l'approche proposée, en particulier avec le fait que les critères doivent être davantage opérationnalisés et/ou développés sur la base de références nationales et internationales.

Après l'élaboration pratique et de fond des 6 questions, le CFEH souhaiterait en prendre note à nouveau afin d'émettre un autre avis à ce sujet, notamment à la faisabilité financière pour les hôpitaux. A ce moment-là, l'étude KCE 2019-16 en cours (<https://kce.fgov.be/nl/lopende-en-geplande-studies/lopende-studies/studie-2019-16-hsr-organisatie-van-de-belgische-gezondheidszorg-als-antwoord-op-cbrne-gebeurtenissen>) sera probablement achevée.