

Plan d'intervention psychosocial (PIPS)

CONTENU

Abréviations.....	2
Principes généraux	3
1 Préambule	3
2 Définition	3
3 Contexte	4
Le Plan d'intervention psychosocial – PIPS	5
1 Objectif	5
2 Missions dans la phase aiguë	5
2.1 Missions de l'AR du 16.02.2006 et NPU 1	5
2.2 Schéma de déploiement en phase aiguë.....	6
2.3 Structures du PIPS	6
3 Coordination.....	7
3.1 Coordination stratégique.....	7
3.2 Coordination opérationnelle	7
4 Acteurs Psychosociaux	8
4.1 Acteurs locaux	8
4.2 Acteurs supra locaux	11
5 Fonctionnement et structure	12
5.1 Déclenchement du PIPS.....	12
5.2 Définition de l'alerte.....	13
5.3 Répartition des tâches.....	14
5.4 Schéma récapitulatif.....	17
6 MAXI PIPS	18
7 Clôture du PIPS	19
8 Phase post-aiguë	20
9 Débriefing technique et évaluation.....	21
10 Exercices	21
10.1 Exercices monodisciplinaires	21
10.2 Exercices multidisciplinaires	21

Abréviations

Acronyme FR	Nom FR	Acronyme NL	Nom NL
AM	Arrêté Ministériel	MB	Ministerieel Besluit
AR	Arrêté Royal	KB	Koninklijk Besluit
BPC	Bilan Post-Crise	PCB	Postcrisisbalans
CA (CEP)	Centre d'Accueil (Centre d'Encadrement des Proches)	OC	Onthaalcentrum
CAT	Centre d'Appel Téléphonique	TIC	Telefoon Informatie Centrum
CC	Comité de Coordination	CC	Coördinatiecomité
CC COM	Comité de Coordination Communal	CC GEM	Gemeentelijk Coördinatie Comité
CC PROV	Comité de Coordination Provincial	CC PROV	Provinciaal Coördinatie Comité
CCPS	Comité de Coordination Psychosocial	PSCC	Psychosociaal Coördinatie Comité
CH	Centre d'Hébergement	HC	Herbergingscentrum
COORD PIPS	Coordinateur PIPS	COORD PSIP	Coördinator PSIP
CPAS	Centre Public d'Action Sociale	OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
CPC	Centre de Psychologie de Crise du Ministère de la Défense	CCP	Centrum voor Crisispsychologie van de Minister van Defensie
CPSL	Coordinateur PsychoSocial Local	V-PSH	Verantwoordelijke Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk
CRB	Croix Rouge de Belgique	RK	Rode Kruis
CS 112	Centre de Secours 112	HC 112	Hulpcentrum 112
CSM	Centre de Santé Mentale	CGGZ	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CTD	Centre de Traitement des Données	CIP	Centraal Informatie Punt
D1	Discipline 1 : Opérations de secours	D1	Discipline 1: Hulpverleningsoperaties
D2	Discipline 2: Médical, Sanitaire et Psychosocial	D2	Discipline 2: Medisch, Sanitair en Psychosociaal
D3	Discipline 3: Police des Lieux	D3	Discipline 3: Politie van de plaats
D4	Discipline 4: Logistique	D4	Discipline 4: Logistiek
D5	Discipline 5: Information	D5	Discipline 5: Informatie
DIR MED	Directeur de l'Aide médical	DIR MED	Directeur Medische Hulpverlening
DVI	Disaster Victim Identification	DVI	Disaster Victim Identification
FIST	Fire Stress Team	FIST	Fire Stress Team
H	Hôpital	ZH	Ziekenhuis
IH	Inspecteur d'Hygiène Fédéral	GI	Federaal Gezondheidsinspecteur
NPU	Circulaire Noodplanning - Planification d'Urgence	NPU	Omzendbrief Noodplanning - Planification d'Urgence
PC-OPS	Poste de Commandement Opérationnel	CP-OPS	Commandopost Operaties
PGUI	Plan Général d'Urgence et d'Intervention	ANIP	Algemeen Nood- en Interventieplan
PIM	Plan d'Intervention Médical	MIP	Medisch Interventieplan
PIPS	Plan d'Intervention PsychoSocial	PSIP	Psychosociaal Interventieplan
Réseau PIPS	Réseau d'assistance psychosocial	PSH	Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk
PISA	Plan d'Intervention SAnitaire	SIP	Sanitaire Interventieplannen
PRIMA	Plan Risques et MAnifestations	PRIMA	Plan Risico's bij Manifestaties
PSM	PsychoSocial Manager	PSM	Psychosociaal Manager
PUI	Plan d'Urgence et d'Intervention	NIP	Nood- en Interventieplan
R-CA	Responsable du Centre d'Accueil	COORD OC	Coördinator Onthaalcentrum
R-CAT	Coordinateur du Centre d'Appel Téléphonique	COORD TIC	Coördinator Telefoon Informatie Centrum
R-CTD	Responsable du Centre de Traitement des Données	COORD CIP	Coördinator Centraal Informatiepunt
SPF SPSCAE	SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement	FOD VVVL	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Principes généraux

1 Préambule

Cette circulaire ministérielle a pour objectif de donner un cadre au plan d'intervention psychosocial (PIPS).

Toutes les modalités sont en concordance avec la législation en vigueur. Sur base des enseignements tirés des exercices et de l'expérience de terrain, certains éléments ont été complétés, mis à jour et ajoutés. Il est de notre intention en tant qu'administration fédérale de donner un cadre réglementaire actualisé qui jusqu'ici faisait défaut.

Les modifications les plus importantes concernent :

- l'introduction d'un **phasage**: le plan commence avec une phase de démarrage et est suivie, si nécessaire, d'une **montée en puissance** ;
- une **répartition claire des tâches** entre les acteurs **locaux** et **supra locaux** couplée à ce phasage ;
- la mise en place obligatoire par les communes d'un **réseau d'assistance psychosocial** dans le plan monodisciplinaire d'intervention psychosocial local (la circulaire en définit le cadre) ;
- **le concept et les missions** de l'assistance psychosociale locale ont été simplifiés ; la mission de la commune se situe essentiellement au démarrage et à la gestion d'un **centre d'accueil** ;
- une **cellule de travail discipline 2 (D2)** a été ajoutée. Nouvelle structure du schéma de déploiement de la coordination opérationnelle des structures PIPS dans la phase de montée en puissance ;
- la fonction de **Coordinateur PIPS** est créée. Celui-ci est responsable de la cellule de travail D2 ;
- **le Maxi PIPS** est développé pour les situations d'urgence nécessitant une gestion spécifique ;
- le **processus de validation du PIPS** en tant que plan monodisciplinaire de la discipline 2 a été défini.

2 Définition

Un plan monodisciplinaire d'intervention définit les modalités d'intervention d'une discipline, conformément à la réglementation existante en matière de plans d'urgence et d'intervention¹.

Outre le Plan d'Intervention médical (PIM), le Plan Risques & Manifestations (PRIMA) et le Plan d'Intervention Sanitaire (PISA), le PIPS fait partie du plan monodisciplinaire de la discipline 2 (D2). Ce plan active et coordonne les actions psychosociales lors de situations d'urgence collective, que ce soit en phase aiguë ou au démarrage de la phase post-aiguë, et ce pour toutes les personnes impliquées (blessés, indemnes, proches, secouristes, ...).

Le Plan d'Intervention PsychoSocial (PIPS) encadre l'organisation de l'assistance psychosociale mise en œuvre lors de situations d'urgence collective.

¹ Arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention; circulaire ministérielle NPU-4 du 30 mars 2009 relative aux disciplines.

La présente circulaire définit l'assistance psychosociale² comme toute assistance et tout soin visant à assurer le bien-être psychosocial et la santé des personnes sinistrées, que ce soit en phase aiguë ou en phase post-aiguë, que ses bénéficiaires soient un groupe ou un individu.

En fonction des réactions éventuelles, des besoins et des problèmes des personnes sinistrées, l'assistance psychosociale se subdivise encore en:

- **assistance de base** (sécurité, soins médicaux, nourriture, boissons, médicaments, hébergement);
- **informations** (sur l'événement, la situation, le sort des proches, les éventuelles réactions de stress);
- **soutien émotionnel et social** (écoute, implication, reconnaissance), stabilisation psychologique ;
- **aide pratique** (suivi administratif, ménage, conseils juridiques, aide financière);
- **soins en cas de problèmes de santé** (prévention, signalement, diagnostic et traitement);
- ...

3 Contexte

L'urgence collective³ peut nuire gravement à un grand nombre de personnes, de moyens ou à l'environnement, la conséquence étant que toutes les personnes (in)directement impliquées peuvent avoir besoin d'une assistance psychosociale au sens le plus large du terme.

Chaque commune est obligée d'élaborer un plan d'urgence et d'intervention (PUI). La législation cite plusieurs éléments devant au minimum figurer dans le PUI. Deux d'entre eux s'appliquent directement à l'intervention psychosociale⁴:

- l'organisation de la fourniture d'informations à la population et aux personnes sinistrées (6°);
- les modalités et moyens de transport, d'accueil et d'hébergement des personnes sinistrées en cas d'évacuation (9°).

L'Arrêté Royal (AR) du 16/02/2006 prévoit également que la coordination de l'intervention psychosociale relève de la responsabilité de la D2. Cette discipline est placée sous l'autorité du Ministre compétent en matière de Santé publique. Dès les premiers moments de la crise, celle-ci est représentée par l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (IH), assisté du PsychoSocial Manager (PSM) pour le volet psychosocial.

Il est essentiel que les Provinces et les communes disposent d'un volet psychosocial dans leur plan d'urgence et d'intervention, comme stipulé dans l'article 26 de l'AR précité ainsi que la NPU-1 du 26 octobre 2006. Les provinces et les communes sont encouragées à prendre les mesures nécessaires concernant l'hébergement immédiat ainsi que le personnel indispensable à l'ouverture des structures du PIPS dans la phase aiguë, mais également afin d'organiser des exercices. Le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPSCAE) et son Ministre ayant la santé publique dans ses attributions souhaitent apporter leur soutien et leur collaboration.

² Impact (2014). Multidisciplinaire richtlijn Psychosociale hulp bij rampen en crises. Amsterdam: Impact.

³ AR du 16/02/2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention définit (en son article 6) une situation d'urgence comme "tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner des conséquences dommageables pour la vie sociale, comme un trouble grave de la sécurité publique, une menace grave contre la vie ou la santé de personnes et/ou contre des intérêts matériels importants, et qui nécessite la coordination des disciplines afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes".

⁴ AR du 16/02/2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, circulaire ministérielle NPU-1 du 26 octobre 2006 relative aux plans d'urgence et d'intervention. Articles 3 et 26.

Le Plan d'intervention psychosocial – PIPS

1 Objectif

L'objectif général du plan consiste à définir un **cadre simple et flexible** pour les procédures de gestion psychosociale et la coordination d'un incident collectif. Le cadre peut être adapté selon les besoins et lors de situation spécifique.

Dans ce cadre, le PIPS applique les principes de base suivants:

- les actions doivent viser à **stimuler la résilience** des personnes impliquées et de leur communauté;
- une attention particulière est accordée aussi bien aux personnes **directement impliquées** (blessés, non-blessés) qu'aux personnes **indirectement impliquées** (proches, intervenants) dans la situation d'urgence;
- l'action est **proactive** et démarre le **plus rapidement possible** après l'événement. Au travers de cette offre, l'intervention psychosociale essaye de réduire au maximum les conséquences psychosociales négatives de la situation d'urgence, d'une part en veillant dès le début à ce que les personnes concernées puissent se remettre le mieux possible de pareils incidents et d'autre part en prévenant une victimisation secondaire;
- l'importance de la **continuité** : la coordination de ces actions ne peut se limiter ni à la phase aiguë, ni à un niveau administratif;
- travailler suivant une **approche collective**, avec possibilité de renvoi vers l'assistance individuelle.

2 Missions dans la phase aiguë

Pour les soins psychosociaux après une situation d'urgence, une distinction est faite dans la législation entre les compétences lors de la **phase aiguë** (fédérale) et les missions en **phase post-aiguë** (communautés - voir ci-dessous).

2.1 Missions de l'AR du 16.02.2006 et NPU 1

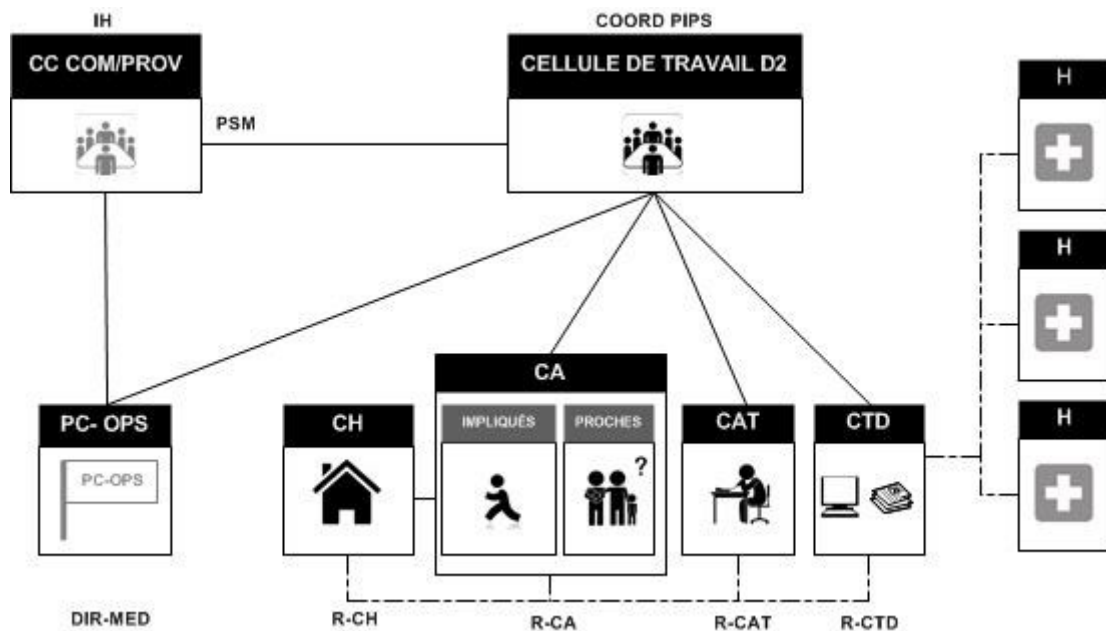
Selon la législation, les missions de base au cours de la phase aiguë d'une situation d'urgence sont les suivantes:

- **rassembler** les non-blessés sur le terrain ou à proximité de celui-ci;
- **transporter** les non-blessés vers un centre d'accueil;
- installer et développer un **centre d'accueil** (CA) pour les personnes impliquées et leurs proches, où ils recevront des informations et un soutien psychosocial;
- installer et développer un **centre d'appel téléphonique** (CAT) pour les personnes impliquées et leurs proches;
- **enregistrer** de façon uniforme les identités: assurer la collecte soigneuse des informations sur les personnes sinistrées, leurs proches, et la gestion sécurisée de ces informations;
- **traiter** les données pour faire une liste des victimes au niveau d'un seul centre de **traitement des données** (CTD).

2.2 Schéma de déploiement en phase aiguë

Différentes structures PIPS sont activées afin de remplir les missions mentionnées ci-dessus. L'ampleur du déploiement fera toujours l'objet d'une analyse des besoins.

Le schéma ci-dessous présente **un déploiement PIPS complet**.



2.3 Structures du PIPS

- Un **Centre d'Accueil (CA)** où les non-blessés et leurs proches sont pris en charge. Dans certaines situations, un centre d'accueil spécifique pour les proches peut être ouvert, il sera appelé « **centre d'encadrement des proches** » (CEP). En fonction de la situation, on choisira la structure d'accueil et les acteurs psychosociaux les mieux adaptés. Un **Centre d'Hébergement (CH)** peut être ouvert quand les impliqués doivent y passer la nuit en cas de situation de crise.
- Un **Centre d'appel téléphonique (CAT)** destiné aux proches qui sont à la recherche d'une personne potentiellement impliquée dans la situation d'urgence. Un CAT est utile lorsqu'il est question de disparus ou lorsque les personnes ont clairement besoin d'un soutien émotionnel téléphonique. Ce centre est géré par des intervenants expérimentés. Ce centre n'est pas un numéro d'informations générales (D5).
- Un **Centre de Traitement des Données (CTD)** pour un traitement complexe des données relatives aux victimes où sont collectées toutes les données concernant les personnes impliquées (blessés et non-blessés), les éventuels disparus et/ou les personnes décédées. Ces données sont traitées afin d'établir la liste des victimes. Afin d'inclure les blessés dans la liste, le CTD est en contact avec

les hôpitaux. Le comité de coordination peut demander une liste des victimes par le biais du représentant de la D2.

- La **cellule de travail D2** est responsable de la coordination opérationnelle des structures déployées et est en contact direct avec le représentant de la D2 dans le comité de coordination ; lors d'une montée en puissance, cette cellule peut être convoquée en tant que back-office aux côtés du comité de coordination (CC) ou être déployée de manière autonome.

Pour accomplir sa mission, la cellule de travail D2 interagit avec les représentants d'autres disciplines, services (par exemple: agence de voyage, compagnies aériennes, ...) ou des collaborateurs au sein de la commune ayant une expertise spécifique (registre de la population, ...), en vue de l'exécution des missions qui s'inscrivent dans le cadre du PIPS.

L'**hôpital** joue un rôle important dans le PIPS. Lors du déclenchement de son **plan d'urgence hospitalier** (dans lequel est activé le point de contact pour l'information aux victimes (POC-HOSP)) des échanges de données sur les victimes avec le SPF SPSCAE (cf rôle du CTD) peuvent avoir lieu. D'autre part, l'hôpital peut activer l'accueil des proches (CA-HOSP) afin de soutenir les proches qui se rendent sur place.

3 Coordination

3.1 Coordination stratégique

Plusieurs autorités prennent part à l'exécution du PIPS, chacune dans les limites de ses compétences.

L'**Autorité compétente** assure la coordination multidisciplinaire stratégique du comité de coordination, en appui des actions opérationnelles sur le terrain.

Dans la mesure où la politique de la D2 relève de la compétence du **Ministre de la Santé publique**, il établit les lignes directrices du Plan d'intervention psychosocial.

L'**Inspecteur d'Hygiène Fédéral (IH)** représente le Ministre de la Santé publique et assume la responsabilité finale de la D2 (que ce soit à l'échelon communal ou provincial). Il siège au comité de coordination en tant que responsable de la D2.

Le **Manager Psychosocial (PSM)** supervise le fonctionnement et la coordination du PIPS et relève, pour cette mission, de la compétence administrative de l'IH. A ce titre, dans un souci d'efficacité et de célérité, l'IH et le PSM ont une autonomie ainsi qu'une marge de manœuvre pour les premières actions réflexes (envoi de personnel sur place, analyse des besoins, ouverture d'un CA,...) au même titre que les autres disciplines. Il sera évidemment rendu compte dès que possible de ces actions à l'autorité compétente.

3.2 Coordination opérationnelle

Le **DIR MED** dirige la discipline médicale, sanitaire et psychosociale sur le terrain et fait partie du Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops). Pour les missions psychosociales, il peut se faire assister par un représentant des acteurs psychosociaux.

Le **Coordinateur Psychosocial Local** (CPSL) est responsable des collaborateurs du PIPS local et constitue le lien direct entre la commune et le PIPS. Cette fonction peut être cumulée avec celle de coordinateur par exemple du centre d'accueil. Ses seuls référents sont, vers le haut, le DIR MED, l'IH et le PSM et, vers le bas, les responsables de structures.

Le **Responsable** est garant au sein de chaque structure du PIPS déployée, du bon fonctionnement de la cellule et de la gestion des collaborateurs engagés. Il s'agit du :

- responsable du centre d'accueil (R-CA),
- responsable du centre d'appel téléphonique (R-CAT),
- responsable du centre de traitement des données (R-CTD).

Le **Coordinateur PIPS** (COORD PIPS) est désigné par le PSM à l'activation de cette cellule. Il assure la gestion du volet psychosocial au sein de la cellule de travail D2. Le COORD PIPS répond au minimum aux critères suivants :

- il dispose d'une connaissance approfondie du PIPS et d'une expertise opérationnelle conséquente,
- il dispose d'une connaissance ou s'informe des structures PIPS au niveau local,
- il dépasse les limites de son propre service et fait fonction de coordinateur de tous les services participants,
- il veille à un échange correct et régulier des informations entre la cellule de travail D2 et, respectivement, les structures PIPS déployées, le PC-Ops et le comité de coordination.

4 Acteurs Psychosociaux

Une série d'**acteurs psychosociaux locaux et/ou supra locaux** sont activés dans le cadre d'un PIPS. Ces acteurs exécutent des missions spécialisées sous la responsabilité des responsables D2 ainsi que sous l'autorité du PSM⁵ selon une répartition des tâches décrite dans le présent plan.

4.1 Acteurs locaux

L'AR du 16/02/2006 précité impose à toute autorité locale d'élaborer un PUI. Il fait mention de plusieurs éléments devant au minimum figurer dans le PUI. Deux d'entre eux peuvent directement être soutenus par le PIPS. Les circulaires complétant cet AR (NPU) précisent les contenus minimaux et les procédures particulières d'approbation des plans monodisciplinaires.

La nouvelle loi communale⁶ souligne également la responsabilité des villes et communes en matière de prise en charge des personnes impliquées et de leurs proches, en cas d'incident. Le point de départ est le suivant: elles sont responsables du **premier accueil** de toutes les personnes sinistrées en cas de situation d'urgence et doivent, pour ce faire, élaborer un **plan**.

⁵ Point 4.2.a. de la NPU 4 : « Une discipline peut être composée de membres appartenant à des institutions ou services différents. Ainsi, les secours psychosociaux sont assurés notamment par des intervenants du Sisv de la Croix-Rouge, des CPAS, des services d'assistance policière aux victimes et des services sociaux communaux. Quand ces travailleurs psychosociaux interviennent en situation d'urgence et effectuent un travail psychosocial, ils agissent sous l'autorité du manager psychosocial (PSM), même s'ils appartiennent à des institutions dont les missions relèvent principalement d'une autre discipline (ex : travailleurs psychosociaux de la police intégrée). »

⁶ La nouvelle loi communale: Titre II, Chapitre IV, art. 135, par. 5

Afin de pouvoir remplir au mieux ces missions, la ville ou commune doit mettre en place **une bonne préparation** (PIPS local) ainsi qu'un **réseau d'assistance psychosocial**.

Mise en place d'un réseau PIPS

Chaque commune désigne au moins une personne pour assurer la continuité de la fonction, en tant que **Coordinateur Psychosocial Local (CPSL)**. Cette personne sera issue d'un service social ou des services communaux et ne sera pas le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence, étant donné que celui-ci assume d'autres missions dans une situation d'urgence.

Il conviendra également de penser à un **remplaçant** et de convenir d'un système de permanence qui permettra, en cas d'urgence, de joindre à tout moment une personne bien informée. Le PSM/IH doit être parfaitement et rapidement informé de ces modalités ou d'éventuels changements afin de garantir la chaîne d'alerte.

Il est recommandé de faire valider la fonction de coordinateur psychosocial local par le collège communal. Cela donnera à cette personne un **mandat explicite**, en vue de piloter l'assistance psychosociale locale en cas de situation d'urgence mais également de faire en sorte d'obtenir de la part de l'autorité qui désigne le temps et les moyens de réaliser la mission confiée.

Le coordinateur psychosocial local dresse une liste avec les **coordonnées des personnes**, actifs au sein (des services) de la ville ou de la commune ou des citoyens de la commune, qui peuvent, en cas de situation d'urgence, être appelés au démarrage des structures du PIPS. Ensemble, ces personnes forment le réseau des intervenants psychosociaux locaux, c'est-à-dire le **réseau PIPS local**.

Les personnes désignées suivront **une formation** sur les tâches pour lesquelles ils peuvent être appelés, si une situation d'urgence devait se produire sur leur territoire.

Il devra être prévu à l'avance la manière dont les intervenants psychosociaux seront alertés en cas de situation d'urgence (**chaîne de rappel**).

Il est impératif de veiller à ce que chaque intervenant psychosocial local soit couvert par une **assurance** de la ville ou de la commune.

Préparation locale

Chaque province ou commune est responsable de l'ajout d'un **volet psychosocial** à son plan général d'urgence et d'intervention. Il s'agit d'un plan monodisciplinaire, tel que défini dans l'AR du 16/02/2006 précité et ses circulaires.

Celui-ci comprend:

- La recherche de **lieux** pour le déploiement des structures PIPS (CA, CTD ...)
 - La **préparation de ces lieux** avant leur utilisation effective: par exemple, savoir comment les rendre opérationnels et où trouver le matériel nécessaire (fiches officielles d'enregistrement, checklists, internet, ...). Les fiches techniques comprenant les informations nécessaires au volet PIPS se trouvent dans le PGUI et en copie dans le PIPS. L'IH et/ou le PSM conseille(nt) les acteurs locaux sur les items nécessaires.

- La **communication de ces lieux** au sein de la cellule de sécurité. Conformément à la circulaire NPU-4 précitée, les autres disciplines doivent connaître le PIPS et les lieux désignés afin de pouvoir avoir accès à tout moment à ces lieux (par exemple en cas d'absence du CPSL).
- Les **lieux PIPS** suivants doivent être prévus au niveau local :
 - **Centre d'accueil** destiné à accueillir un groupe de personnes. Il mérite une attention particulière dont, notamment, les installations nécessaires pour un accueil confortable (par exemple: accessibilité, sanitaires en suffisance, restauration, places assises, ...). Le SPF SPSCAE dispose d'une série de checklists pratiques qui peuvent être utilisées lors de la recherche de lieux d'accueil adaptés. Le choix des lieux potentiels doit être déterminé tant par l'analyse des risques reprise dans le PGUI, tant par la topographie de la commune (par exemple: présence d'une rivière) mais aussi tenant compte du contexte supra-local (association avec d'autres communes).
 - Dans certaines situations, il est possible que des personnes doivent être hébergées. Dès lors, soit le centre d'accueil devient un **centre d'hébergement (CH)**, soit un centre d'hébergement doit être ouvert. Dans ce cas, il faudra tenir compte de certains critères supplémentaires comme la mise à disposition de lits, couvertures, douches, Ce travail relève alors de la collaboration de la D4 (logistique) et du fonctionnaire planification d'urgence, auquel la D2 doit être attentive.
 - Espace pour le **CTD** : de préférence près du comité de coordination et avec un accès aux moyens techniques nécessaires (PC, imprimante, photocopieuse, internet, ...).
 - Espace pour la **cellule de travail D2** : de préférence près du comité de coordination.
- Les éventuels **accords conclus de manière anticipative** avec des sociétés de transport collectif pour l'acheminement vers le centre d'accueil des impliqués non blessés. Ce travail relève de la D4 et du fonctionnaire planification d'urgence. La D2 sera attentive à ce point.
- Les endroits (et/ou associations) déterminés préalablement où il est possible de s'adresser lors d'une situation d'urgence afin de résoudre certains **problèmes pratiques prévisibles** (par exemple: médecins et pharmaciens de garde, repas, couvertures, vêtements, interprètes ,...).
- Nous recommandons de fournir des **chasubles** car il est primordial que les intervenants psychosociaux locaux soient **reconnaisables**, tant aux yeux des personnes impliquées qu'aux yeux des autres intervenants. Celles-ci seront de préférence aux couleurs de la D2 (vert et blanc; cf. circulaire NPU-4) et porteront le logo du réseau PIPS local ou de l'institution de l'intervenant ainsi que le texte « assistance psychosociale ».
- Le volet local du PIPS doit:
 - être approuvé par les représentants de leur propre discipline (HF/PSM) ainsi que par la cellule de sécurité communale, comme stipulé dans la circulaire NPU-4 précitée,
 - être régulièrement actualisé en fonction des leçons tirées des exercices, des situations d'urgence réelles ou des mouvements de personnel,
 - idéalement être approuvé par le conseil communal et le conseil de l'action sociale.

Le SPF SPSCAE tient un canevas à disposition pour l'élaboration d'un PIPS local.

Accords de coopération

Les communes peuvent collaborer et former ainsi un **pool supra local**.

Elles peuvent ainsi s'entendre au préalable sur un soutien mutuel en cas d'incident dans la région. Cette association sera d'autant plus efficace que les communes sont de petite taille. L'accord de coopération peut inclure des accords sur une utilisation commune du personnel et de l'infrastructure, l'achat de matériel (chasubles, mallettes, ...), l'organisation de formations et d'exercices.

En cas de situation d'urgence, la commune impactée fait d'abord appel à ses moyens propres, mais peut, si nécessaire, s'adresser à d'autres communes afin d'obtenir de l'aide.

Dans le cadre de l'organisation d'un réseau PIPS supra local, on gardera à l'esprit qu'il faut que la zone soit à la fois suffisamment grande pour pouvoir mobiliser du personnel et des moyens suffisants mais également suffisamment petite pour pouvoir en conserver le caractère local de l'assistance (par exemple: délai d'intervention rapide, connaissance de la région, ...).

Pour garantir une subdivision uniforme d'une province donnée en zones, il semble indiqué de travailler avec des zones correspondant à des accords de coopération existants ou de s'aligner sur des structures existantes telles que les zones de police ou les zones de secours⁷. Ces associations peuvent également être des regroupements ou subdivisions des zones précitées.

4.2 Acteurs supra locaux

Outre les services structurés localement, il existe également des services organisés supra localement au niveau provincial, régional ou fédéral. Selon la nature de la situation d'urgence, ils peuvent apporter du renfort aux acteurs locaux pour certaines missions spécifiques.

Les partenaires possibles dans le cadre de l'aide sont notamment :

- la Croix-Rouge de Belgique (CRB);
- les services sociaux des hôpitaux, des entreprises,...;
- le Centre de Psychologie de Crise (CPC) du Ministère de la Défense;
- les services d'assistance policière aux victimes;
- les centres de santé mentale (CSM);
- les services internes et externes de prévention et de protection au travail;
- des partenaires spécifiques, en fonction de l'aide aux intervenants ayant participé aux opérations de secours (FIST, Stress team de la police fédérale, ...);
- tout autre acteur pouvant contribuer de manière directe ou indirecte à l'assistance psychosociale (par exemple le Parquet, ...).

⁷ Arrêté Royal du 2 février 2009 déterminant la délimitation territoriale des zones de secours

5 Fonctionnement et structure

Cette partie décrit l'activation, la montée en puissance et le partage des tâches des actions psychosociales.

Selon la nature de la situation d'urgence et des moyens disponibles, le PIPS sera adapté aux circonstances. Certaines missions de ce plan seront par conséquent déployées soit en partie soit entièrement et les acteurs mobilisés varieront en fonction de la situation.

5.1 Déclenchement du PIPS

Un PIPS est déclenché dès que la gestion d'une urgence collective nécessite des **actions psychosociales coordonnées** où l'**activation des acteurs psychosociaux (supra)locaux** s'impose en renfort de l'aide régulière, et où l'**activation des personnes clés (IH, PSM) gérant le processus** doit y être associé.

Les actions à entreprendre sont examinées sur base des informations disponibles. Dans ce cadre, on peut décider d'activer soit une phase de préalerte ou une phase d'alerte.

Qui est habilité à déclencher le PIPS?

Les premières équipes de secours sur place (membres de la D1-D2-D3) sont habilitées à demande le déclenchement du PIPS.

Les personnes suivantes sont habilitées à déclencher un PIPS :

- le Centre de Secours (CS) 112, conformément aux directives de l'IH ;
- l'IH, en concertation avec le PSM;
- le PSM, après accord de l'IH;
- le DIR MED, en concertation avec l'IH et/ou le PSM;
- tout autre service habilité du SPF SPSCAE.

Critères de déclenchement

Le PIPS ne peut être déclenché que sur base d'une analyse d'impact de la situation tenant compte de :

- **critères qualitatifs** en fonction de la nature de l'incident (nombre de victimes, groupe-cibles, impact émotionnel, ...);
- **la capacité des services de secours réguliers** sur place.

Lorsque ces services sont suffisamment développés pour organiser la prise en charge psychosociale lors d'une urgence collective, il ne faut pas nécessairement déclencher un PIPS (par exemple, le service d'assistance policière aux victimes qui prend normalement les victimes en charge après un incident⁸).

La réponse au déclenchement d'un PIPS peut aussi bien être une **préalerte** qu'une **alerte**.

⁸ Loi du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 46. Circulaire GPI 58 concernant l'assistance policière aux victimes dans la police intégrée, structurée à deux niveaux

5.2 Définition de l'alerte

L'alerte définit les actions à entreprendre pour engager les ressources du PIPS en les avertissant suivant des procédures et des principes préétablis.

Préalerte

L'objectif de la préalerte consiste à avertir les responsables et coordinateurs en leur demandant de se tenir prêts et de vérifier la disponibilité des ressources. Cet avertissement est nécessaire afin d'assurer une mobilisation optimale des acteurs psychosociaux (supra)locaux.

En cas de préalerte, ces acteurs ne doivent pas encore se rendre sur place. Après concertation, il peut être toutefois décidé d'envoyer un intervenant psychosocial sur place pour évaluer la situation.

Dans les situations susceptibles d'entraîner une activation du PIPS (par exemple lors du déclenchement d'un PIM), l'IH et son adjoint, ainsi que le PSM sont avertis par le CS 112/100.

Ils décident après analyse de la situation de placer les services suivants en préalerte:

- le réseau PIPS local ;
- les acteurs (supra) locaux:
 - la Croix-Rouge (CRB);
 - autres.

Alerte

Lors du déclenchement du PIPS, l'IH et son adjoint ainsi que le PSM seront informés par le CS 112/100.

Chaque alerte provoque le déclenchement de **la phase de démarrage** du PIPS et l'activation des **acteurs locaux**. En cas de nécessité, on passe à un niveau supérieur après analyse de la situation par le PSM et/ou l'IH (adjoint). Ceux-ci décideront des actions à entreprendre et des acteurs à alerter :

- les acteurs locaux: réseau PIPS local;
- les acteurs supra locaux:
 - la Croix-Rouge (CRB);
 - autres.

Dans la plupart des cas, un PIPS est déclenché dans le cadre d'une approche multidisciplinaire d'une situation d'urgence. Dans ce cas, il est associé à l'activation d'autres plans d'intervention.

Attention: *l'activation d'un PIM ou d'un plan d'urgence et d'intervention communal, provincial ou fédéral n'entraîne pas d'office le déclenchement du PIPS.*

Certaines situations pourraient nécessiter le déclenchement d'un PIPS sans qu'un autre plan d'urgence ne soit activé (par exemple lors d'une urgence collective touchant des Belges à l'étranger) ou d'une urgence médicale individuelle mais pouvant recouvrir un caractère d'urgence psychosociale collective dont la dominante est psychosociale (exemple : une tentative de suicide dans un internat devant les autres

pensionnaires). En d'autres termes, il n'y a pas de coordination multidisciplinaire à l'échelon local ou provincial. Il se peut alors que la mise en alerte s'effectue non pas par le biais du CS 112/100, mais par le biais d'un autre service du SPF SPSCAE ou par un autre canal (par exemple via le cabinet du Ministre).

En outre, l'IH et son adjoint, ainsi que le PSM seront alertés. En se fondant sur une analyse de la situation, ceux-ci décideront des actions à entreprendre et des acteurs à alerter.

- les acteurs locaux: réseau PIPS local;
- les acteurs (supra) locaux:
 - la Croix-Rouge (CRB);
 - autres.

5.3 Répartition des tâches

Démarrage

Le déclenchement de **la phase de démarrage** du PIPS. La priorité est mise sur la première prise en charge la plus rapide possible des impliqués, si nécessaire, dans un **centre d'accueil** par les **acteurs locaux**.

Le PSM et les acteurs psychosociaux s'informent mutuellement lorsque le déclenchement d'un PIPS est demandé.

Lors du démarrage du PIPS, les missions concrètes pour les acteurs locaux sont les suivantes:

- l'activation et la mise en alerte du réseau PIPS par le CPSL selon la procédure interne d'activation;
- la prise en charge sur le terrain et le transport vers le centre d'accueil;
- l'ouverture d'un lieu d'accueil approprié le plus rapidement possible;
- la bonne exécution du démarrage de l'assistance psychosociale;
- la demande de renfort ou montée en puissance si nécessaire.

Prise en charge sur le terrain et transport

Le **rassemblement** des non-blessés en lieu sûr est en général assuré par les premiers intervenants sur place. Le PC-Ops (DIR MED) en assure la coordination;

Le **transport** vers le centre d'accueil : Les intervenants psychosociaux locaux en assureront si possible l'accompagnement. A noter que des moyens de transport adaptés pourraient être nécessaires;

La mobilisation rapide de moyens de transport peut également s'avérer utile pour prendre en charge les personnes impliquées sur place de façon temporaire, en attendant qu'elles rentrent chez elles ou que le centre d'accueil soit opérationnel (exemple : à l'intérieur d'un bus, elles seront au chaud et pourront recevoir des informations de façon groupée). Si l'intervention se prolonge, le véhicule les abritant pourra se rendre au centre d'accueil.

Ouverture d'un centre d'accueil

La **priorité psychosociale**, dans la phase de démarrage, est, dans la majorité des cas, l'ouverture d'un centre d'accueil. En fonction de la nature de l'incident, celui-ci prendra en charge les personnes indemnes, les proches ou les deux groupes concernés conjointement.

À l'ouverture du centre d'accueil, il importe de veiller à:

- assurer un **accueil** approprié et rassurant aux personnes impliquées et à leurs proches;
- effectuer un **enregistrement de base** (enregistrement comportant au minimum le nom, prénom, la date de naissance et la nationalité, à compléter si possible avec des données de contact et l'adresse du domicile) des personnes présentes au centre d'accueil et établir une liste de présence à compléter, si c'est utile, avec les données de destination si des personnes quittent le CA ;
- à compléter dans certains cas par les données concernant un nombre limité de blessés se trouvant dans un nombre limité d'hôpitaux, demandées et délivrées par l'IH (adjoint) ou le PSM;
- **informer** les personnes impliquées et leurs proches;
- répondre aux **besoins et nécessités** individuels/collectifs et à en assurer le suivi;
- fournir un **soutien émotionnel** ;
- demander du renfort (montée en puissance) si nécessaire.

Les communes sont soutenues par le SPF SPSCAE pour l'exécution de ses missions (fiches d'actions, formations, soutien, exercices).

Montée en puissance

En se basant sur les informations disponibles et/ou sur la nature de la situation d'urgence, la décision de passer à un niveau supérieur peut être prise. Il s'agira d'augmenter le nombre de moyens engagés et de renforcer les moyens humains et logistiques nécessaires à l'assistance psychosociale.

Il peut s'agir par exemple:

- de l'ouverture d'un centre d'appel téléphonique (CAT) ;
- de l'ouverture d'un centre de traitement des données (CTD) ;
- de la mise en place d'une cellule de travail D2 ;
- de l'ouverture d'un centre d'hébergement (CH);
- de l'engagement d'une série d'acteurs supra locaux pour la réalisation de certaines missions spécifiques.

La montée en puissance intervient:

- sur ordre de l'IH en concertation avec le PSM;
- sur ordre du PSM en concertation avec des acteurs locaux et supra locaux;
- sur ordre de la personne de garde au service central (SPF SPSCAE) en concertation avec l'IH et le PSM.

Acteurs supra locaux

Les situations d'urgence de grande ampleur ou les incidents plus complexes nécessitent une expertise supplémentaire pour l'exécution de certaines missions. On fera dès lors appel à certains services supra locaux lorsque la situation nécessite:

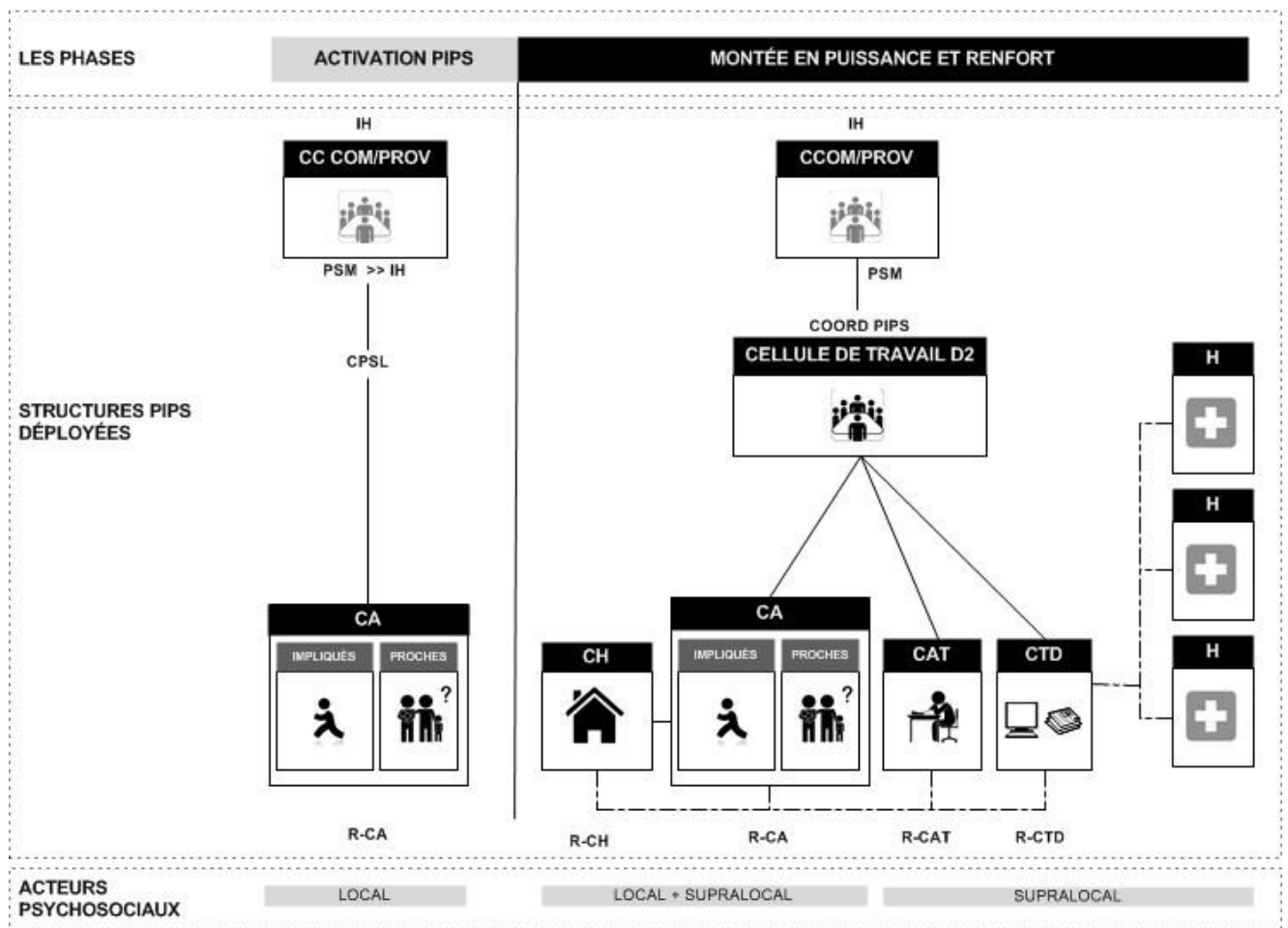
- une **première prise en charge psychosociale** plus poussée;
- un **traitement complexe** des données (relatives aux victimes) dans un **CTD**. Lorsque les personnes impliquées se trouvent sur plusieurs sites (centres d'accueil, plusieurs hôpitaux, ...), il faut impérativement disposer d'une expertise supplémentaire afin de rassembler rapidement et correctement toutes les données d'enregistrement et les convertir ensuite en listes de victimes;
- une collecte de données dans le cadre de l'identification d'éventuelles **personnes disparues ou décédées**;
- le traitement des appels téléphoniques des personnes sinistrées et de leurs proches dans un **CAT supra local**;
- un **soutien hospitalier** en matière d'enregistrement et de prise en charge psychosociale des blessés et de leurs proches;
- une collaboration et un échange d'informations avec l'équipe **Disaster Victim Identification (DVI)** de la police fédérale;
- un soutien éventuel au sein des **centres d'accueil**;
- en **phase post-aiguë**, certains acteurs supra locaux peuvent être affectés à des missions visant à garantir le bon déroulement de la clôture ou du transfert. Par exemple: débriefing d'intervenants ou de personnes impliquées, accompagnement individuel des victimes,

Acteurs locaux

Lors d'un incident de grande ampleur et/ou d'une montée en puissance les services locaux restent actifs et exercent leurs compétences. Les acteurs locaux :

- restent, pendant la phase de montée en puissance, responsables de la tenue du **centre d'accueil** ;
- laissent, lors du déploiement d'une **cellule de travail D2**, le coordinateur psychosocial local y participer en tant que représentant de la ville ou de la commune;
- peuvent être sollicités afin de coopérer dans d'autres structures que le centre d'accueil (zone sinistrée, CAT local, ...) sous réserve d'un accord et en concertation mutuelle ; exemple : les communes peuvent mettre en place un numéro d'information (D5). Dans ce cadre, elles ont la faculté de choisir l'affectation des collaborateurs du PIPS en raison de leurs compétences psychosociales. L'organisation d'un CAT pour les proches inquiets en cas d'incident de grande envergure est toutefois considérée comme une tâche supra locale ;
- en outre, l'autorité compétente peut, si nécessaire, solliciter l'appui de réseaux voisins afin de soutenir le réseau local.

5.4 Schéma récapitulatif



Le schéma de déploiement du PIPS est un **cadre simple et flexible** qui peut être appliqué à la plupart des situations d'urgence collectives. Cependant, il y a des situations qui, compte tenu de leur complexité, exigent le déclenchement d'un MAXI PIPS. Voici quelques exemples :

- un incident multi-site pour lequel plusieurs PIPS sont déployés les uns à côté des autres, ayant ou non un lien entre-eux ;
 - plusieurs situations d'urgence qui se déclenchent simultanément ;
 - une même situation d'urgence avec des structures PIPS séparées (CA) ou communes (CTD, CAT) ; exemple : une attaque terroriste dans plusieurs communes.
- une urgence collective avec un nombre élevé de victimes pour lesquelles la prise en charge se fait dans des centres d'accueil disséminés sur plusieurs provinces (p.e. catastrophe nucléaire, ...) ;
- ...

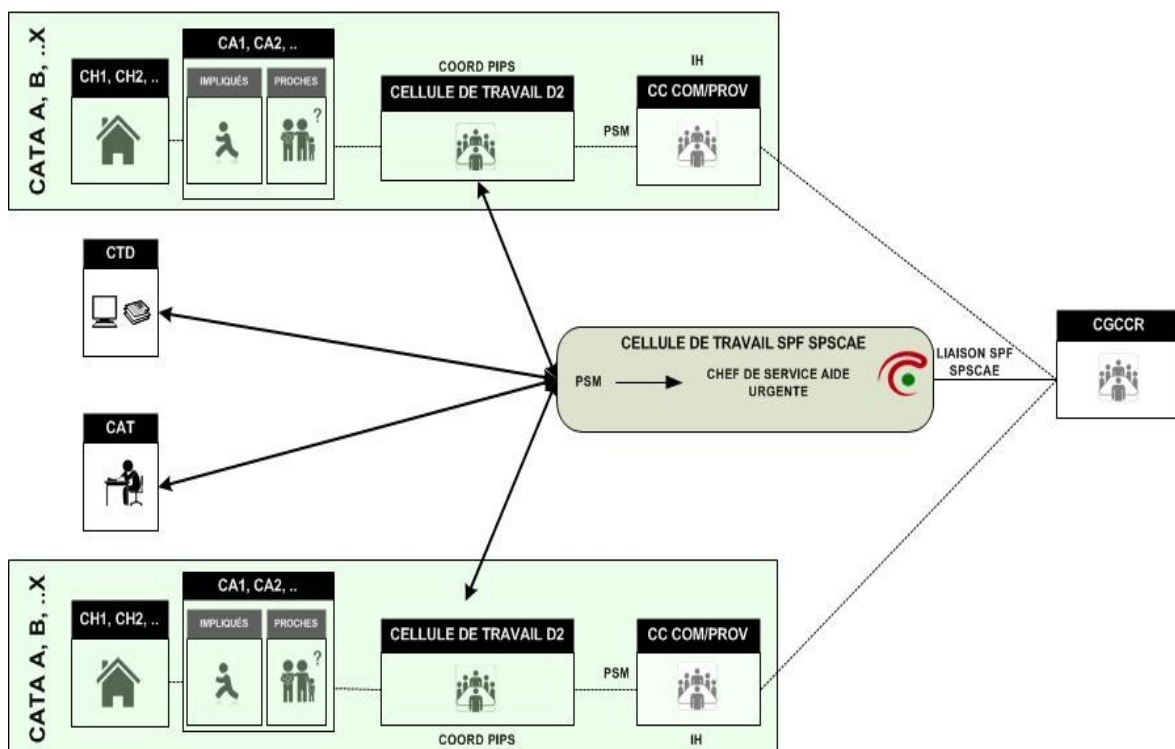
Dans de tels cas, le schéma de déploiement est mis œuvre de façon à remplir les besoins de la situation spécifique, mais il y a **une montée en puissance de la coordination**.

Un PSM rejoint la cellule de travail du SPF SPSCAE, à partir de laquelle il/elle a le mandat avec le chef de service de l'Aide Urgente ou son délégué, d'assurer la coordination globale des différentes cellules de travail et des PSM.

Cela signifie :

- avoir un aperçu des besoins pour une répartition appropriée des ressources entre les différents endroits impactés ;
- veiller à la bonne circulation de l'information entre toutes les structures déployées ;
- assurer le bien-être des collègues déployés ;

Un déclenchement du MAXI-PIPS est uniquement basé sur une analyse de l'impact de la situation et ne l'est pas automatiquement au déclenchement d'un PIM ELARGI ou MAXI PIM.



7 Clôture du PIPS

La décision de clôture du PIPS est transmise par l'IH (adjoint) ou le PSM:

- aux autorités compétentes ;
- au CS 112/100 (si la mise en alerte s'est faite via le CS 112/100);
- aux acteurs psychosociaux engagés.

Cette information est transmise soit:

- après l'élaboration du **bilan post-crise** (BPC) indiquant qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les actions;
- lors du **transfert de la coordination** du SPF SPSCAE vers l'autorité locale.

Après chaque déploiement, les représentants des services activés envoient dans les plus brefs délais un **rapport** à l'IH et au PSM. Ce rapport reprend au minimum les données suivantes:

- les moyens mis en œuvre;
- les actions entreprises et le timing;
- les points d'attention éventuels en matière de soins, de suivi et d'évaluation;
- les points d'évaluation et les recommandations.

Une fois l'urgence passée, les personnes concernées continuent souvent de se poser de nombreuses questions. Il est important d'y prêter une attention particulière. Aussi, dans la mesure du possible, nous recommandons que les acteurs locaux envoient une **lettre d'information** aux personnes concernées après chaque incident, afin de leur fournir des informations sur l'incident en question, l'organisation de l'assistance et les mesures éventuellement prises par la suite en leur indiquant un point de contact pour toute information complémentaire.

8 Phase post-aiguë

Au terme de la phase aiguë, PSM/IH peut décider soit de clôturer le PIPS, soit de passer à une phase psychosociale post-aiguë afin d'assurer le suivi des besoins psychosociaux (collectifs).

- le PSM établit un **bilan post-crise** (BPC) après la fin des actions immédiates ;
- la décision de déclencher la **phase post-aiguë** est prise par l'IH en concertation avec le PSM et les autorités locales compétentes ;
- en cas de déclenchement, le PSM réunit un premier **comité de coordination psychosocial** (CCPS). Y siègent les acteurs de la phase aiguë et ceux qui auront un rôle à jouer dans la phase post-crise (services spécialisés). A noter qu'une phase post-aiguë peut être gérée sans CCPS ;
- le premier CCPS est présidé par l'IH ou le PSM ;
- la coordination des actions intervenant dans la phase post-aiguë doit être **transférée le plus rapidement possible** aux **autorités** et aux services compétents en matière de soins de santé psychosociaux.

Afin de garantir le bon déroulement du transfert vers les autorités et services compétents dans une phase ultérieure, il est important que ceux-ci soient déjà tenus informés durant la phase aiguë. Elles pourront ainsi, si nécessaire, prendre les mesures qui s'imposent.

Plusieurs **réunions de concertation régulières** peuvent être organisées, au cours desquelles le transfert vers ces autorités et services sera abordé de manière structurée. Procéder de la sorte garantira un **transfert en profondeur** et, par ricochet, la **continuité** de l'offre d'aide.

- **1^{er} CCPS:**
 - le plus rapidement possible après l'incident et dans certains cas pendant la phase aiguë ;
 - évaluation de la situation (groupes concernés, besoins, aide disponible). Initier le transfert.
- **2^{ème} CCPS:**
 - après plusieurs jours: compléter le transfert ;
 - s'assurer que l'on a répondu à tous les besoins et qu'ils sont suivis de manière ciblée par des organismes d'aide appropriée;
 - le PIPS est clôturé lors du transfert vers les services compétents. Cela ne signifie toutefois pas que la phase post-aiguë est terminée.
- **3^{ème} CCPS:**
 - à l'initiative des autorités ou des services compétents;
 - évaluation et, si nécessaire, adaptation de l'aide.
- poursuite des réunions de concertation en fonction des besoins.

Après le transfert de la coordination vers les autorités et services compétents, pour autant que sa participation apporte une plus-value, le PSM restera présent en tant que membre au sein du CCPS organisé, afin de continuer à participer au déroulement de l'aide et de pouvoir ainsi garantir la continuité.

En phase post-aiguë, les missions du CCPS sont les suivantes:

- le suivi des **besoins psychosociaux collectifs** des personnes impliquées. Exemple : le soutien dans l'organisation d'une réunion d'information, d'un moment de commémoration, organisation et coordination de la transmission d'informations, ...;
- fonction de relais et de coordination en ce qui concerne les **besoins individuels** détectés;
- contrôle de l'organisation du suivi psychosocial des **intervenants** engagés.

Les autorités compétentes (locales/provinciales/fédérales) sont responsables de manière permanente du suivi général de la situation d'urgence en phase post-aiguë. Le CCPS fournit un apport en ce qui concerne les actions d'aide psychosociale.

9 Débriefing technique et évaluation

Une fois le PIPS ou l'exercice clôturé, dans l'optique d'une amélioration de la qualité, afin de permettre un retour et un partage d'expérience, une évaluation de l'ensemble du dispositif PIPS est réalisée (monodisciplinaire). Les points relevant d'une dimension multidisciplinaire sont simplement listés.

Les acteurs psychosociaux participent activement par exemple en utilisant le débriefing monodisciplinaire PIPS comme base de travail.

10 Exercices

Il est essentiel de tester les procédures concernant le PIPS, par le biais d'exercices (Table Top Exercise, Command Post Exercise, Field Training Exercise, chaînes d'alerte). Les exercices doivent être organisés de manière graduelle, en allant du plus simple vers le plus compliqué. Pour tous les exercices, le SPF SPSCAE (IH et/ou des PSM) peut apporter un soutien à l'organisation, à la réalisation et/ou l'évaluation des exercices.

10.1 Exercices monodisciplinaires

Les exercices monodisciplinaires peuvent être organisés indépendamment de la cellule de sécurité mais en accord avec toutes les autorités compétentes (bourgmestre, IH, PSM, directeur général CPAS, ...).

10.2 Exercices multidisciplinaires

Les exercices multidisciplinaires sont organisés et décidés par la cellule de sécurité (cf. AR du 16/2/2006 précité, article 29) où la discipline 2 veillera, si opportun et/ou nécessaire, d'intégrer des objectifs concernant le PIPS. Il devra être tenu compte de la capacité et du niveau de développement des acteurs psychosociaux.