

Annexe 3 : retranscriptions intégrales des entretiens

Classées par ordre chronologique des entretiens

Annexe 3.1 : Clinique Saint-Pierre - Ottignies	2
Annexe 3.2 : Grand Hôpital de Charleroi (coordination PUH).....	34
Annexe 3.3 : Hôpital Érasme - Cliniques Universitaires de Bruxelles (service d'imagerie médicale)	46
Annexe 3.4 : Cliniques Universitaires Saint-Luc	56
Annexe 3.5 : Centre Hospitalier Universitaire Brugmann	78
Annexe 3.6 : Grand Hôpital de Charleroi (service d'imagerie médicale).....	94
Annexe 3.7 : Hôpital des Enfants Reine Fabiola et Hôpital Érasme - Cliniques Universitaires de Bruxelles (coordination PUH et service d'imagerie médicale).....	104
Annexe 3.8 : Inspecteur d'hygiène fédéral du cluster "Brabant wallon, Hainaut et Namur"	122
Annexe 3.9 : Hôpital Militaire Reine Astrid	136
Annexe 3.10 : Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse.....	157
Annexe 3.11 : Inspecteur d'hygiène fédéral du cluster "Bruxelles"	187

ANNEXE 3.1 : CLINIQUE SAINT-PIERRE - OTTIGNIES

Entretien réalisé le 15/02/2024 à la Clinique Saint-Pierre - Ottignies

Personnes interrogées :

Responsable SIPP (coordination PUH)

Technologue en chef adjoint, responsable sécurité et formations

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Technologue-chef adjoint

Oui, aucun problème.

Responsable SIPP

Oui, oui.

Mémorant

Pour débiter, quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Technologue-chef adjoint

Technologue-chef adjoint ici à la clinique.

Mémorant

Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction ?

Technologue-chef adjoint

Ça fait six ans. Monsieur [responsable SIPP] m'a demandé d'être présent aujourd'hui parce que je suis aussi pompier. Je suis responsable des formations, en particulier des formations "catastrophe".

Mémorant

Et vous ?

Responsable SIPP

Alors, je suis responsable du SIPP. Pour le PUH, officiellement, le coordinateur du PUH de la Clinique Saint-Pierre est [...], qui est directeur des urgences, médecin-chef du service des urgences. Mais après, historiquement, j'ai un rôle dans la coordination du PUH. C'est moi qui fais les fiches et qui mets à jour quand on fait des formations... Je travaille en binôme avec un médecin qui travaille pour [...] qui est référente PUH des urgences.

Mémorant

Et vous exercez depuis combien de temps cette fonction ?

Technologue-chef adjoint

J'ai commencé en 2015, en mars 2015.

Mémorant

Et donc vous avez participé à la création du PUH actuel ?

Responsable SIPP

Oui, aussi à la réalisation des différentes fiches d'action et à leur mise à jour.

Technologue-chef adjoint

Nous, technologues, n'avons pas participé. Enfin, dans notre service, le médecin-chef est le lien avec la direction et les informations arrivent en cascade au technologue-chef et à toute l'équipe. Mais nous n'avons pas vraiment de fiche-action pour le service. Je parlerais plutôt de "réflexes internes au service de radiologie".

Mémorant

Est-ce que vous participez au processus d'évaluation et d'adaptation du PUH ou de vos procédures internes au service ?

Technologue-chef adjoint

Non, pas vraiment. Nous n'avons jamais fait d'exercice.

Responsable SIPP

On n'a pas fait d'exercice, ce qu'on fait, ce sont des exercices avec des médecins, soins intensifs, ortho, bloc opératoire, mais je ne crois pas que la radio était dedans. En fait, c'était un jeu de rôle : on avait simulé une situation où on faisait des travaux dans lesquels on utilisait de l'acétylène et une explosion se passait. Le but était de mettre en œuvre le plan cata, mais un

plan cata qui se passait ici tout près. Donc du coup, il y avait des urgentistes qui étaient envoyés de la clinique, genre le SMUR. Puis après, on déclenche le plan d'urgence en interne. Je ne crois pas que la radio était impliquée.

Technologue-chef adjoint

Non.

Responsable SIPP

Oui, mais c'était de grande ampleur, mais avec pas tant de gens que ça. C'est-à-dire que c'était genre un médecin et un infirmier du bloc opératoire, un médecin des soins intensifs...

Technologue-chef adjoint

C'est du tabletop en fait.

Responsable SIPP

...un des urgences, quatre ou cinq services. À ça, s'ajoutaient des acteurs. Moi par exemple, j'étais [xxxx] du service technique et du coup je devais jouer ce rôle-là. Il y en avait qui jouait le rôle de la presse... Tout ça pour voir comment les acteurs des services réagissaient.

Mémorant

Ah oui, c'est utile. Et cet exercice a été fait quand ?

Responsable SIPP

C'était il y a deux ou trois ans, je dirais.

Mémorant

Avant COVID ?

Responsable SIPP

Bien avant le COVID.

Technologue-chef adjoint

Je pense qu'on avait pensé faire l'exercice en radio. On n'a jamais su le faire parce qu'il y a eu le COVID. On avait pensé faire un exercice d'évacuation de la radio en raison d'un incendie et donc ça avait été suspendu.

Mémorant

Et donc, est-ce que, dans le plan d'action générale, le PUH, pas dans la fiche-action de la radiologie, le service de radiologie fait partie des fonctions que l'on doit appeler quand on déclenche le PUH ? Est-ce que le chef de radiologie est dans la liste ?

Technologue-chef adjoint

Je crois que le médecin-chef n'est pas dedans.

Responsable SIPP

Non, en fait, on a la cellule de coordination hospitalière et le médecin-chef de radiologie n'est pas dedans.

Technologue-chef adjoint

Donc la radio chez nous n'est pas dedans ?

Responsable SIPP

Dans la cellule de coordination, le président, c'est le directeur général. Le technique, la DDI, la DDO, les urgences, moi, le responsable financier et administratif, pour avoir le bras droit du Docteur [directeur général et médical] et la commune.

Mémorant

OK.

Responsable SIPP

Mais de toutes les manières, en fait, c'est un peu la même chose pour les urgences. Le médecin-chef des urgences se trouve dans la cellule de coordination, c'est mentionné dans les fiches, mais en fait, il ne viendra pas dans la cellule de coordination, il restera sur le terrain, sauf si ce n'est pas un plan PUH MED.

Mémorant

OK, c'est plutôt quelque chose lié au PUH TEC ?

Responsable SIPP

Oui.

Mémorant

OK. Est-ce que le chef de service de la radiologie participe au suivi permanent de la coordination PUH ?

Responsable SIPP

Ça, par exemple, quand on fait des points d'information sur le PUH. Là, il est invité. Et à ma connaissance, il était là.

Technologue-chef adjoint

Il était là parce qu'il a fait le tour des numéros de téléphone chez nous et les distances de rappel.

Mémorant

Donc il est quand même impliqué.

Technologue-chef adjoint

Il n'est pas dans la cascade en fait du PUH TEC. Mais si on devait partir vers un PUH MED, là normalement il devrait être appelé pour revenir puisqu'on va avoir des patients qui vont venir ici. Et donc c'est une prise en charge de patients T1, T2 et T3. Donc, il faut une montée en puissance de la réponse médico-technique.

Responsable SIPP

Ce qui est prévu, c'est que le médecin-chef de service ou le médecin-chef de service adjoint est avisé par le médecin coordinateur des urgences et consigne le personnel sur place, les collaborateurs sur place. Hors heures d'activité, le technologue RX de garde informé par la garde des urgences rappelle prioritairement un responsable ou un collègue sur base de la liste de rappel, ainsi que le médecin-radiologue de garde. Si celui-ci n'est pas sur place, il est rappelé à son domicile.

Technologue-chef adjoint

Donc nous en radio, on a un groupe WhatsApp PUH en fait.

Mémorant

Ah oui, je reviendrai sur ce point après si ça vous va. Pour rester dans la partie générale, est-ce que dans la partie description de l'hôpital, dans la partie du PUH, tous les appareillages de radiologie sont mentionnés, pour avoir un inventaire complet des machines disponibles ?

Technologue-chef adjoint

Non. En fait, la seule chose qui est référencée au niveau du PUH, c'est qu'on détient un scanner, une résonance, une salle de radio et une angiographie H24. Donc en fait, dans la répartition des patients, le fédéral répartit hôpitaux par hôpitaux, par zone, en fait, en fonction des moyens qu'on peut mettre en place. Donc ici, à Saint Pierre, on est référencé comme ayant une résonance, donc possiblement pouvant prendre des patients neuros, un scanner, une salle de radio à H24, alors qu'on en a plus, mais c'est la base. Comme quoi on a de la neurochirurgie, on a de la PED et de l'angiographie. Donc ça c'est retenu, mais pas au niveau PUH chez nous c'est plus au niveau répartition des patients. Ça existe pour tous les hôpitaux de Belgique parce qu'il existe, je ne sais pas si vous avez vu, les fiches de répartition des patients. Ce sont des fiches qui sont maintenues à jour par le SPF Santé publique dont les nouvelles sont à chaque fois sous couvert du « secret défense », selon leur appellation, qui est un secret pour ne pas savoir le nombre de personnes qui vont venir. Et ici à Ottignies, il y a ce qu'on appelle deux T1, donc deux potentielles urgences vitales qui peuvent venir. Je pense que c'est trois T2 et quatre ou cinq T3, je pense, quelque chose comme ça, mais ça, c'est publié chez nous dans le plan.

Responsable SIPP

Oui, c'est le plan d'équipement médical qui est dans le PUH et le PUH est transmis au SPF.

Technologue-chef adjoint

Oui, et en fait là-dedans ils ne mettent pas le nombre de machines.

Responsable SIPP

On indique juste CT, oui, RMN, oui, scanner pédiatrique, non, gamma-camera, écho, oui, scanner, oui, table de radiologie. Deux CT interventionnels. Voilà, maintenant ce serait trois ?

Technologue-chef adjoint

Oui. Mais en fait le SPF se base sur le fait que l'équipement est disponible, pas sur le nombre. Parce que pour déterminer le nombre de victimes, c'est sur les possibilités d'accueil des urgences, et pas sur l'accueil possible de la radio.

Mémorant

Dans la littérature analysée, plusieurs auteurs disent que la radiologie peut être un des potentiels goulots d'étranglement pour l'accueil des patients victimes de la situation catastrophique. Est-ce que vous partagez l'avis ? Est-ce que c'est possible que la prise en charge des patients puisse être retardée parce qu'il y a peut avoir un dysfonctionnement en radiologie ?

Technologue-chef adjoint

Donc j'aurais dit non avant, je dirais oui maintenant avec le manque de personnel. Je dirais oui avec le manque de personnel. Maintenant je pense que sur un plan cata, on a un espoir de gens qui vont revenir et ils vont revenir. La seule chose, c'est la mise en œuvre, les distances pour que les gens reviennent.

Responsable SIPP

Mais est-ce que c'est un goulot d'étranglement pour les victimes U1 ou plus pour les U2 et U3 ?

Technologue-chef adjoint

Pour les U2, U3, parce que les U1, je pense que les chirurgiens vont les prendre d'emblée. Maintenant, je pense que post 22 mars, les chirurgiens vont être quand même un peu frileux à prendre des patients sans imagerie médicale.

Mémorant

Après le bloc opératoire, ils ont leur propre appareil.

Technologue-chef adjoint

Oui, sauf que [un hôpital bruxellois] a publié qu'ils se sont rendu compte 24 ou 48 heures après qu'une victime du métro de Maelbeek qui a été évacuée et a été pris en charge en chirurgie directement avait du shrapnel dans le crâne.

Responsable SIPP

Ils ont fait quoi ? Un CT ?

Technologue-chef adjoint

Ils n'ont pas fait du tout de scanner, ils sont directement partis au bloc. Sauf que le gars se dégradait de manière neuro et en fait ils se sont rendu compte qu'il avait des impacts dans le crâne donc je ne sais pas s'ils vont changer leur paradigme. Maintenant, goulot d'étranglement

quand j'y réfléchis, au final, il faudrait quand même une demi-heure pour que les victimes arrivent ici, donc du personnel on en aura. Ce qui peut manquer, c'est de la coordination, ça oui. C'est ce qui s'est déjà passé dans les hôpitaux le 22 mars, c'est qu'il y avait un afflux massif de personnel qui arrivait sur place et dont on ne savait pas trop quoi faire.

Technologue-chef adjoint

Et je sais qu'il y a certains hôpitaux qui ont mis un break à l'entrée par la sécurité : ils mettaient sur le côté le personnel soignant disponible. C'est la cellule PUH qui allait chercher au fur et à mesure ce qu'ils avaient besoin pour répartir dans les services.

Mémorant

Donc il existe une fiche relative à la radiologie, une fiche d'action pour la radiologie.

Technologue-chef adjoint

Oui.

Mémorant

Donc elle fait partie du PUH ?

Responsable SIPP

Elle est présente dans chaque service. On a mis en place des supports et les fiches sont consultables par le personnel. Ce sont des fiches réflexes par scénario. Donc là, ce sont les consignes générales. Vous voyez ? Donc, ça, c'est ce qu'ils doivent faire s'ils sont présents à l'hôpital, s'ils ne sont pas présents, s'ils sont rappelés, pourquoi ils sont rappelés. Ils ont une fiche pour faire un débriefing des actions qui se produisent pendant les incidents, puis ils ont les fiches par scénario. Ici, c'est incendie, évacuation et après dans les unités de soins, ils en ont plus. Ils ont isolement d'une unité de soins, relocalisation d'une unité de soins, accueil de patients. Ici, c'est incendie, évacuation, scénario AmOK, explosion, prise d'otage, fugue et disparition. Et on est toujours en train d'en rajouter parce qu'on en a rajouté une pour les épisodes de canicule par exemple.

Et je mets les fiches en fonction de ce qui est nécessaire dans chaque service. Pour la consultation ophtalmo, je ne mets pas la fiche canicule par exemple. Même fugue ou disparition de patients, ce ne serait pas utile pour eux. Maintenant, on a rajouté une attaque informatique et après ils ont les consignes spécifiques à leur service. Et ici c'est la radiologie. Je les mets à jour, parce qu'il y avait un numéro de téléphone du garde Urgences, ils ont un numéro, une ligne d'urgence ou une ligne qui est en dehors de la clinique + un numéro de GSM. Il suffit qu'ils aient dû changer de numéro de GSM, et je dois remettre le bon numéro de GSM.

J'ai aussi récemment mis à jour la fiche canicule, parce que l'année dernière, il y a eu un patient qui a été malade, même peut-être décédé.

Technologue-chef adjoint

C'est possible.

Responsable SIPP

Et donc là du coup, on a décidé de monter un peu plus en force, avec des alertes. Donc quand on reçoit des alertes quand il y a des épisodes de chaleur, le but est de sensibiliser le personnel.

Technologue-chef adjoint

Mais nous, on a de la chance, tout est automatisé.

Responsable SIPP

Oui, on a plus travaillé sur ça dans les services de gériatrie.

Mémorant

Et quand il faut les adapter, cette fiche, c'est le service qui vous contacte ou vous le faites de façon régulière?

Responsable SIPP

Pour les fiches générales, c'est à mon initiative. Et puis après, on a le rythme des accréditations : d'office qu'on remet à jour pour les accréditations parce qu'on ne peut pas arriver devant les accréditeurs sans avoir mis à jour. Donc tant qu'on sera dans un processus d'accréditation, on aura un rythme. Puis après il faudra quand même suivre ça. Du coup, on a un groupe avec le technique, l'informatique, les urgences, la DDI où on se réunit tous les ans plus ou moins, et on discute des points, on fait le tour, on voit s'il y a des choses à modifier.

Mémorant

Une vision plus globale, donc. Maintenant, je vais évoquer des points plus spécifiques à la radiologie, des points qui ont été identifiés comme potentiellement problématiques pour le service de radiologie à la suite d'un afflux massif des patients. Donc effectivement, ma première question concerne le renforcement de personnel. Vous avez un système pour un rappel des membres du personnel ?

Technologue-chef adjoint

En fait, on a des fiches réflexes au secrétariat avec les noms des personnes, le rôle et les distances. On a GSM et fixe quand ils ont les deux. Et ils sont dans un groupe PUH WhatsApp. Parce qu'on n'a pas toujours le temps de rappeler toutes les personnes. Donc on lance d'abord un PUH WhatsApp avec le message dedans, puis après on retéléphone aux gens

Mémorant

Et il y a quelqu'un qui va activer ce groupe ?

Technologue-chef adjoint

Un des responsables. Et donc il y a un numéro de téléphone dans les fiches réflexes. Et le garde "police" a nos numéros aussi. Donc la personne au desk central a nos numéros. Et le secrétariat aussi.

Mémorant

Et est-ce qu'il y a une division des rôles claire ? Les gens savent qui ils peuvent appeler ?

Technologue-chef adjoint

En fait, on sait qui sont les technologues polyvalents, qui sont les technologues spécifiques à des modalités, qui sont les secrétaires. On a à chaque fois une gradation des rôles, mais on n'a pas une échelle de cascade. On n'a pas qui en premier. Dans les responsables, on est polyvalents. Donc en fait on peut rappeler n'importe qui.

Responsable SIPP

Plus tu es précis sur ça, plus tu dois le remettre à jour régulièrement.

Technologue-chef adjoint

Et puis dans les responsables rappelables, on est polyvalents. Donc on peut rappeler tout le monde et on fait toutes les modalités. Donc en fait, parmi les quatre responsables, on peut rappeler un des quatre. Et nous, en fait, on communique ensemble et on sait en fait comment récupérer les choses. En plus les guides nous aident : celui qui ne connaît pas le PUH, en fait, au final, il prend le guide et il suit étape par étape en fait.

Mémorant

Ce fonctionnement est spécifique à la radiologie ou il existe aussi dans d'autres services ?

Responsable SIPP

En fait ce qu'on fait pour tout l'hôpital, c'est qu'ils reçoivent un mail du RH avec la procédure pour pouvoir télécharger les numéros de leur service. Donc chaque chef reçoit un email lui rappelant qu'il doit avoir dans ce document la liste de son personnel pour pouvoir les rappeler et la procédure pour le faire. Donc, chaque personne qui est responsable a le droit sur la plateforme de gestion RH d'aller chercher cette fiche. Et du coup, ça lui rappelle qu'il doit l'imprimer. Et ce qu'on a fait, c'est que, sur l'impression, il y a la date. Donc quand il imprime sur le document, il y a la date à laquelle ça a été imprimé. Et donc on verra facilement si le document est à jour ou périmé. Là, par exemple, quand je reprends le document, je vois qu'il y a des services où ça date d'un an, deux ans, ce n'est pas si mal que ça.

Technologue-chef adjoint

Chez nous c'est tous les trimestres, mais bon.

Responsable SIPP

On ne sera pas tous comme ça.

Technologue-chef adjoint

Mais nous, spécifiquement pour la radio, c'est fort stable dans le personnel, donc d'un an à l'autre, les numéros de téléphone ne changent pas nécessairement.

Responsable SIPP

Du coup, en général, on ne peut pas demander à tous les services de fonctionner avec un groupe WhatsApp, mais on sait très bien que c'est le genre de choses qui se fait dans les services et pas seulement pour un PUH. Souvent, les infirmières se créent leur groupe WhatsApp et elles échangent, pour remplacer pour les maladies... Dans tous les boulots, maintenant les collègues, s'ils s'entendent bien, souvent il y a un groupe WhatsApp.

Mémorant

Mais je comprends qu'il ne peut pas être imposé par la direction.

Technologue-chef adjoint

Chez nous, en effet, c'est arrangé entre tous. On a deux groupes : on a un groupe plus folklorique et autre, et on a ce groupe officiel où là seuls les responsables publient si on a besoin.

Mémorant

OK, vraiment un canal officiel pour ça.

Mémorant

L'identification des patients est quand même un enjeu crucial. Donc de pouvoir identifier le patient dans tout le processus de prise en charge ? Donc, est-ce qu'il y a un système d'identification des patients qui permet de suivre le patient pendant tout le processus de prise en charge ?

Technologue-chef adjoint

En fait, dès qu'il est trié sur un plan catastrophe en Belgique, il reçoit un bracelet d'identification qui s'appelle BITS. C'est Belgium Incident Tracking System, qui est un logiciel fédéral avec lequel il reçoit un QR code repris sur les bracelets BITS.

Et en fait ça devient son identité. Donc si on ne le connaît pas parce qu'il est inconscient ou autre. En fait il a un numéro que nous on peut entrer dans la machine, ce sera son identité "patient". Ce sont tous des numéros en fait. Et ce numéro permet en fait de le retracer dans un logiciel. Donc c'est BITS, un logiciel qui se fait sur plan catastrophe, qui est en fait sur PC, sur smartphone, sur ce qu'on veut. En fait, on scanne ce numéro, c'est un QR code jaune, il suffit de le scanner. Et en fait, chaque hôpital peut compléter au fur et à mesure les données d'identité pour définir celle-ci. Donc imaginons, on sait que c'est Monsieur Jean-Paul, mais sur le plan catastrophe, on n'était pas sûr. On lui met un numéro 210 56 75, ça devient son identité. Il va dans un hôpital avec l'identifiant 210 56 75, il a ses examens au 210 56 75 et au moment où on

sait son identité, soit l'hôpital lie son identité à ce numéro-là, soit le fédéral via la délivrance DVI, la cellule d'identification des victimes, fera le suivi et lui donnera une identité.

Technologue-chef adjoint

Donc il a une existence. Donc ce n'est pas un numéro qu'on détermine au hasard. Avant, c'était des numéros déterminés au hasard. Il y a des hôpitaux qui mettaient Alpha un, deux, trois, quatre, Cata, un, deux, trois, quatre. Maintenant, le fédéral demande qu'on utilise ces logiciels BITS avec ces numéros BITS. Toute la présentation est en ligne. En fait, ils vont vous montrer du début à la fin, sur lequel on sait remplir des cases. C'est très rapide sur le plan catastrophe parce qu'on sait mettre si c'est un homme, une femme ou indéterminé, sur quels lieux on l'a eu, parce que ça pourrait être comme le 22 mars, plusieurs endroits de catastrophe, donc, il faut savoir d'où il vient. Et ce bracelet ne le quitte plus du début à la fin. Et c'est un bracelet qui est composé de plein de petits QR codes qui peuvent être détachés à chaque fois. Donc si on n'a pas de PC parce que ça plante, on peut garder un QR code en disant "ben voilà, ce patient qu'on a scanné, c'est ce numéro-là et on le met comme identité, ce numéro-là, si on n'a aucune identité".

Mémorant

OK, donc ça fonctionne aussi pour le PACS et pour les choses comme ça ?

Technologue-chef adjoint

Donc on peut mettre l'examen à ce numéro-là. Et en fait, on sait retracer tout puisqu'il a un seul numéro unique en Belgique dans tous ses examens médicaux. Donc, ça, c'est le principe de ce bracelet BITS.

Mémorant

Est-ce qu'il y a une procédure d'annulation des rendez-vous non-urgents ? Par exemple, si on a un afflux massif ?

Technologue-chef adjoint

On n'a pas de procédure. On se basera sur toutes les secrétaires présentes sur place, mais on n'a pas une procédure exacte qui détermine ce qu'on annule. Pratiquement, ce sont les secrétaires qui annulent.

Mémorant

Est-ce que, entre radiologues et urgentistes ont été créés des protocoles, des protocoles CT par exemple, pour une meilleure prise en charge des patients ?

Technologue-chef adjoint

Alors, on n'a pas de Trauma center. On a des protocoles en interne avec une bible des protocoles avec quoi faire en fonction du cas, si c'est un trauma ou autre. Donc, ça on l'a. Mais ce n'est pas

déterminé avec les urgences, on n'a pas un Trauma center bien défini comme certains hôpitaux style Charleroi ou des hôpitaux universitaires. Mais donc ce sera fait comme d'habitude : crâne, thorax, artériel et triphasique abdomen. Mais le polytraumatisé de base, on n'a rien, on n'a pas de protocole établi entre urgentistes et radiologues pour ça.

Mémorant

Avez-vous une réflexion sur le fait, tout en maximisant les informations qu'on obtient, notamment grâce à vos protocoles aussi, de limiter l'envoi d'images vers le PACS, envoyer le minimum possible pour ne pas ralentir tout le système ? Maintenant, peut-être que vous avez un nouveau PACS et que ça marche très bien.

Technologue-chef adjoint

Oui, j'allais dire : on a un nouveau PACS qui ne nous ennuie pas avec le débit d'images. Il y a dix ans, j'aurais dit que oui : on n'envoyait que des coupes de 5 millimètres pour éviter de surcharger le PACS en cas d'afflux de victimes, on envoyait des grosses coupes. Maintenant on n'a plus de soucis parce que le PACS accepte des gigas de données avec des serveurs décentralisés puisque c'est fourni par Agfa et qu'on a pris la nouvelle version. Donc, on n'est plus du tout ennuyé par ça. On travaille avec SingoVia puisqu'on a quasiment que du Siemens. Et SingoVia attrape aussi ces données en temps réel sur le serveur SingoVia qui est excentré, donc on a vraiment plus de soucis à ce sujet. À part si on vient à avoir une cata et qu'en même temps ils pètent les communications.

Mémorant

Est-ce qu'il existe un système de communication rapide des résultats ?

Technologue-chef adjoint

On a des pré-protocoles, on a une possibilité de communiquer des résultats en papier. On a dans le service, si le système vient à planter, parce qu'on a déjà eu quelques plantages de réseau et autres, on a des pré-protocoles papier.

Responsable SIPP

Ça a été activé il n'y a pas longtemps non, quand on a eu la panne informatique.

Technologue-chef adjoint

Ils ont temporisé parce qu'il n'y avait pas de grosses urgences et qu'on s'est rendu compte que là-dessus on n'avait pas de système dégradé. Et donc, on s'est rendu compte qu'on n'avait pas de système pour les pannes réseau avec l'informatique.

Responsable SIPP

Vous n'avez pas un ordinateur qui peut fonctionner en dehors du réseau, avec une imprimante à lui ?

Technologue-chef adjoint

Non. L'imprimante à nous, on ne l'a plus.

Responsable SIPP

On a des ordinateurs sur lesquels on sait avoir les images du serveur qui sont mises à jour. Donc, ça peut être 24 h ou une semaine, je ne sais pas quelle est la fréquence, et avec une imprimante et le radiologue peut du coup imprimer un document pour continuer à faire des examens ou rédiger des protocoles. Et il y a une source d'information qui n'est pas trop vieille. Et ça fonctionne en dehors du réseau, ça permet de continuer.

Technologue-chef adjoint

Mais en temps réel, on n'a pas. Maintenant, tout peut être protocolés sur les machines. En fait, on a le visualisateur sur toutes les machines, on a le Singoviewer sur tout. Et donc on a des papiers, donc si ça devait être en urgence, ils ont une possibilité. Ça a été fait deux fois en cinq ans : à chaque fois qu'on a changé de PACS, c'est ce qu'on a fait, ça a été refait de manière manuscrite. On a aussi un système audio avec quelques cassettes si jamais il fallait enregistrer, mais on n'a pas une procédure bien établie pure et dure, parce qu'en fait, sans réseau, on n'a plus accès à rien. En fait, tous les examens que tu fais, on n'a pas d'accès.

Mémorant

Et est-ce que vous savez, même si le réseau marche, est-ce qu'il y a des contacts entre les radiologues, les urgentistes pour passer rapidement des messages, par exemple en cas d'hémorragie intracrânienne ?

Technologue-chef adjoint

On a les téléphones : tant que le téléphone fonctionne. Oui, on n'a pas de système de radio, on n'a pas de système autre. Maintenant, nous, la grande chance, c'est que si le patient vient en saignant dans sa tête, entre le scanner de garde des urgences et les urgences, il y a à peu de choses près 20 mètres. On est sur le même plateau, donc en fait, il suffit de passer une porte et on est dans le service des urgences. Donc ça, on n'a pas. Maintenant, c'est vrai que ça peut être une réflexion. On pourrait envisager sur un plan cata d'avoir exactement comme sur le tri cata des fiches "triage-tag". Donc les fiches avec les lésions où un radiologue irait compléter aux urgences : ça, ça pourrait une fois se faire, ça, ce n'est pas un souci et ça peut être une discussion.

Mémorant

Est-ce qu'au niveau de l'hôpital, il y a un système de communication qui peut se mettre en place, qui se met en place dans ce cas-là ?

Responsable SIPP

On a des numéros spécifiques pour la cellule de crise, on a une personne chargée des contacts avec la presse. Donc ici, dans la cellule de crise, il y a 7 numéros de téléphone. Dans la cellule de crise, on a une branche, il y a des numéros de téléphone à joindre dans tel ou tel cas.

Technologue-chef adjoint

Tant qu'il y a du réseau numérique, c'est toujours bon. Parce que le réseau numérique, il n'est jamais dépassé. Le réseau vocal, il est dépassé. Les attentats du 22 mars, ils ont été gérés par WhatsApp parce qu'il y avait du réseau numérique. Il n'y avait plus de réseau vocal puisque les gens appellent leur famille et autres. Donc, le réseau vocal, il n'y avait plus rien qui existait. Et à ma connaissance, ici à la clinique, on ne travaille pas avec BlueMind qui est le nouveau réseau pour la gestion des plans cata qui est en fait un super opérateur. En fait, quand tu téléphones avec cet opérateur, imaginons qu'il y a 10000 lignes et que les 10000 lignes sont occupées, BlueMind, dégage une ligne pour te prendre un appel. Ça s'appelle BlueMind. C'est assez cher les abonnements. Donc c'est pour ça que généralement on n'utilise pas ça et qu'il n'y a pas beaucoup d'utilité dans un hôpital. Mais tant qu'il y a du numérique, c'est bon.

Mémorant

Vous avez déjà dit qu'il y avait des rôles définis dans les personnes qu'on doit appeler, par rapport à leur fonction. Y a-t-il un rôle de coordination de la radiologie défini dans votre liste?

Technologue-chef adjoint

C'est le médecin. En fait, c'est le médecin-chef de service qui est le coordinateur ou son adjoint.

Mémorant

Donc c'est lui qui déclenche ?

Technologue-chef adjoint

C'est lui qui est appelé en cas de PUH. Et quand il est en vacances, il donne ses pouvoirs à un autre. Il est très très pointilleux là-dessus.

Mémorant

Et donc aussi pour le rappel des éventuels radiologues qu'il faudrait renforcer ?

Technologue-chef adjoint

Maintenant, si nous on devait rappeler comme responsable, on a leur numéro aussi et on a la possibilité de les rappeler.

Mémorant

Pour les problèmes vraiment plus techniques, donc en cas de dysfonctionnement par exemple électrique ou du chauffage, de l'air conditionné, de la climatisation, est-ce qu'il est prévu quelque chose au sein du service de radiologie ?

Technologue-chef adjoint

On a un numéro d'appel via le garde "urgences" qui rappelle en fait et qui a sa procédure de cascade qui fonctionne vraiment bien : on a déjà eu quelques soucis avec de l'eau glacée et des soucis électriques.

Responsable SIPP

Je me demande si vos appareils de scanner sont sur le système no-break.

Technologue-chef adjoint

Non non non, parce qu'en fait il n'y a pas de possibilité de tirer le câble, ils sont trop puissants, donc on n'a pas de possibilité d'avoir du no-break. On est sur le groupe.

Responsable SIPP

Ils sont sous groupe électrogène. Là, vous avez eu une coupure avec le problème d'ORES.

Technologue-chef adjoint

Le seul truc qui est sous no-break, c'est la salle d'angiographie. Nous, on est off en fait, le temps de relancer la machine. Donc, comme dans tous les hôpitaux, tu as cinq ou dix minutes, le temps que tu la relances, que tu la recoupes proprement et que tu la relances.

Responsable SIPP

Donc il y a eu deux semaines, vous avez perdu combien de temps ?

Technologue-chef adjoint

Une vingtaine de minutes, même pas. Le seul point qui est très compliqué dans la perte, c'est la résonance. Parce qu'on est lié avec de l'eau glacée et qu'après la coupure, il faut que l'eau glacée se relance chez nous. Par le passé, la résonance Siemens a déjà vécu pas mal d'incident, notamment une inondation d'eau, un problème d'hélium... et donc le groupe froid est très très capricieux : c'est lui qui parfois déconne. Le groupe Hélium se met souvent en erreur. Au niveau scanner, ça se relance rapidement sur les générateurs. On a des onduleurs pour les baisses de fréquence, ça oui, on a des onduleurs s'il y a des mini baisses de fréquence. Et la salle de coronarographie et d'angiographie, elle est sur no-break, elles ne se coupent pas. Et d'ailleurs il y a deux semaines, elle ne s'est pas coupée.

Responsable SIPP

Ici, tous les groupes électrogènes reprennent en pleine charge tout l'hôpital, il n'y a que les bâtiments extérieurs qui ont eu la coupure pendant plusieurs heures ou 1 h. Mais dans l'hôpital ça reprend tout de suite. Moi par exemple, j'ai les écrans qui ont coupé ici. Évidemment, le portable c'est sur sa batterie et du coup, moi j'ai eu zéro impact. Ça a duré juste le temps que le groupe électrogène se mette en route, une minute ou quelque chose comme ça.

Mémorant

Parfait.

Technologue-chef adjoint

Oui, oui c'est très très rapide.

Responsable SIPP

L'ensemble de l'hôpital est repris par le groupe électrogène.

Technologue-chef adjoint

Dix minutes en tout et pour tout, ça coûte dix ou quinze minutes, même pas.

Responsable SIPP

Et du coup on a une grosse cuve à mazout donc le directeur technique m'a dit "aucun souci, on peut tenir 24 h, donc ORES aura remis l'électricité".

Technologue-chef adjoint

Pour ça, on est correct. Maintenant, il faudra mettre un éclairage de secours dans notre bureau, dans le bureau des adjoints. Moi j'étais dedans, on n'a pas d'éclairage de secours, alors c'est bon, je sais où est la porte, mais...

Responsable SIPP

La règle, c'est que s'il y a plus de cinq personnes internes à l'hôpital ou trois personnes extérieures, il faut un éclairage de sécurité..

Technologue-chef adjoint

OK, donc ça ne va pas être simple. Parce qu'en fait on n'a pas de lampe du tout dans le bureau, on n'a pas de fenêtre.

Mémorant

Et pour les inondations, est-ce qu'il y a quelque chose de prévu aussi ?

Responsable SIPP

En fait, on a eu la demande de la commune parce qu'ils trouvaient que notre plan d'urgence ne prévoyait rien par rapport aux inondations. Moi, j'ai repris les cartes de risques inondation. Ici, vous voyez, on est en hauteur.

Technologue-chef adjoint

On est à plus de 60 m.

Responsable SIPP

Donc le risque inondation est limité. Par exemple, ici en fait, quand en 2021, il y a eu les pluies énormes, ici il ne s'est rien passé. Donc en fait l'aléa inondation ici il est très faible.

Technologue-chef adjoint

L'inondation qu'on a eue est liée à l'étanchéité d'un sol, pas à une catastrophe naturelle.

Responsable SIPP

Il faut répondre à un risque qu'on identifie.

Technologue-chef adjoint

Le seul point d'eau, c'est la Dyle, mais qui est tout en bas de la grande chaussée qui monte jusqu'à la clinique. Donc je pense que si on est inondé ici, je pense que la moitié de la Belgique l'est : il n'y a plus de Flandre parce qu'on est à 60, 65 mètres ici, à peu de choses près.

Responsable SIPP

Ici, le risque est donc totalement négligeable.

Responsable SIPP

Après, c'est vrai que du coup, il y a des routes qui sont coupées, mais c'est plus pour les services de secours qui doivent se débrouiller quand il y a des routes qui sont coupées pour nous amener des patients.

Mémorant

Et pour ce qui concerne les cyberattaques ou les pannes informatiques, y a-t-il des procédures pour ça ?

Technologue-chef adjoint

C'est l'informatique qui gère.

Responsable SIPP

Oui, ils ont des choses. Donc, par exemple, on a une panne de serveurs, il n'y a pas longtemps. Ce n'était pas une attaque du tout, c'était une mise à jour qu'ils devaient faire sur leur firewall. Ils avaient étudié le risque que ça tombe en panne, estimant le risque extrêmement faible. Ce risque s'est produit quand même. Et donc ils avaient prévu que si ça tombe en panne, il revenait en arrière. Sauf que l'adjoint qui était en pôle technique s'est dit "je vais attendre parce que je suis proche de terminer", mais en fait il a tout planté. Mais après du coup, les services ont des ordinateurs sur lesquels ils ont pu imprimer des fiches pour continuer à travailler et donc continuer l'activité et après remettre ces informations sur les serveurs.

Mémorant

Donc ils ont quand même eu un accès au dossier patient.

Responsable SIPP

Mais après j'avoue ne pas connaître les détails. Après, ils ont forcément renforcé la sécurité de l'informatique en soi pour limiter le risque d'attaque. Heureusement qu'ils ont fait ça parce que beaucoup d'hôpitaux ont été attaqués et nous, on n'a pas subi d'attaques qui ont porté fortement à conséquence. Donc là on est bon et c'est une course pour être à la pointe de la protection.

Et si ça arrive, ça forcera l'informatique à réfléchir à ce qu'il faut encore améliorer, au processus à mettre en place. Et moi, ce que je leur avais dit, c'est de viser parce qu'à un moment donné, ils voyaient très large, ils voyaient d'avoir des plans d'urgence en comptabilité, des plans

d'urgence aux RH. Pour moi, il faut viser sur ce qui est le plus problématique si on est attaqué. Et ce qui est le plus problématique, c'est le médical : il faut amener là les choses pour pouvoir continuer. Et à la rigueur : on est sans comptabilité pendant un mois, les fournisseurs ne seront pas payés, ça va être très embêtant, mais il n'y aura pas de morts.

Technologue-chef adjoint

Nous la demande, c'est de conserver SingoVia. Donc ils protocolent dans Agfa Entreprise, mais SingoVia a ce potentiel technique de pouvoir protocoler. Et donc nous, on conserve SingoVia. Donc on conserve un envoi en archivage sur SingoVia, pas nécessairement sur Agfa parce que Agfa a des serveurs extérieurs. SingoVia, on a un serveur interne avec des données d'un mois. Donc on peut envoyer tant qu'on a une connexion filaire en interne, on sait envoyer des données sur ce serveur SingoVia qui est ici.

Mémorant

OK, et après pour le transmettre aux services ou aux urgences ?

Technologue-chef adjoint

Ça, on imprime, on sait imprimer, on sait mettre sur clé USB, on sait mettre sur cd, ça on a une possibilité.

Responsable SIPP

La difficulté du service informatique, c'est qu'à un moment donné, ils ne sont plus responsables du processus : c'est-à-dire qu'ils peuvent mettre du hardware en place, donc avoir le réseau, et développer des services applicatifs pour les applications sur lesquels on travaille. Mais de dire que, à tel endroit, cette application-là est cruciale et qu'elle doit pouvoir continuer à fonctionner toujours 24 h sur 24, c'est une analyse qui, pour eux, à leur niveau, est compliquée parce que c'est vraiment du processus et ils sont informaticiens. Alors, que le service fasse des fiches papier et qu'ils soient prêts en cas d'attaque informatique, ça reste aussi un peu en dehors de leur créneau, parce qu'eux, ils sont là en tant que service informatique, mais ils ne sont pas dans le processus d'utilisateur.

Technologue-chef adjoint

C'est ce qu'ils sont en train de demander de collaborer. Donc c'est un projet.

Responsable SIPP

C'est assez neuf, ça vient d'arriver, mais c'est vrai que c'est un risque très très fort.

Mémorant

Et pour ce qui concerne l'approvisionnement en matériel, donc par exemple les stocks de produits de contraste ou de matériel dont vous auriez besoin pour faire les examens ?

Technologue-chef adjoint

Je t'avoue que sur un plan cata, on a quand même un stock. On a trois scanners avec un stock d'une semaine de produit de contraste donc on ne devrait pas arriver en pénurie. Maintenant il y a un accès pharmacie, il y a une procédure d'urgence de rappel de pharmacie.

Responsable SIPP

On a vu ce point-là aussi parce que dans le cadre de l'accréditation c'était demandé. Donc on a eu des réunions avec la directrice Achats pour qu'elle identifie avec les différents services ce qui était très impactant si on a une rupture de fournisseur de plus de 24 h. Parce que dans l'accréditation canadienne, ils nous demandent, de mémoire, de pouvoir tenir 70 et des heures sans approvisionnement pendant autant de temps. On avait un problème, justement, par rapport au groupe électrogène, c'est 24 h après. Voilà, il faut pouvoir faire appel à des fournisseurs bis pour qu'ils puissent venir alimenter en mazout.

Technologue-chef adjoint

Chez nous, lors de la dernière accréditation, on n'avait rien relevé d'impactant dans les 72h. On a du stock. Alors on devrait peut-être dégrader à un moment donné le nombre de patients ou autres : mais il faudrait qu'on ait un plan cata, un afflux massif de victimes, ce qui n'arrive plus du tout en fait, parce que tu as une régulation. Tu auras peut-être quelques évacuations sauvages, donc des gens qui viennent d'eux-mêmes à l'hôpital. Mais comme l'hôpital, il est quand même condamné, il n'y a plus aucune victime qui va arriver dessus. Et puis il y aura une re-régulation. Je pense que notre chance, c'est que la Belgique, on a une offre hospitalière énorme à très très peu de distance. Dans la littérature, on parle beaucoup de ça parce que les anglophones, les Américains, ils ont des distances hospitalières beaucoup plus grandes vers les gros centres. Chez nous, en 45 minutes, on peut prendre en charge des gens au Luxembourg avec les moyens hélicoptérés. Il suffit qu'un hélico de l'armée vienne ici, et en 40 minutes, il est au Luxembourg. Pour moi, ces questions-là sont moins importantes : si je devais dire, le point faible des hôpitaux pour lequel le fédéral a très très peur, c'est la prise en charge des pannes numériques et informatiques et la prise en charge de victimes d'un attentat CBRN.

Responsable SIPP

Dans un hôpital comme le nôtre, mais il y en a quand même dans d'autres hôpitaux ?

Technologue-chef adjoint

Le seul qui a une réponse CBRN conséquente, c'est l'hôpital militaire.

Mémorant

Non, non, c'est sûr, mais ça a quand même été mis dans la fiche du ministère pour le PUH je pense ?

Technologue-chef adjoint

Bien sûr, il y en a partout. Nous aussi on a une fiche, notamment parce qu'ils ont considéré le COVID comme du CBRN. Mais il n'y a pas un hôpital qui a des tenues, il n'y a pas un hôpital qui a une formation pour. Il faut des couloirs spécifiques. Et en fait, ce qui a mis en exergue ce truc qu'on n'avait aucune réponse pour le CBRN, c'est qu'il n'y a aucun hôpital qui a un couloir « propre » et aucun hôpital qui a un couloir « sale ». Que ce soit en termes d'urgences, en termes d'accès au bloc opératoire, en termes d'accès autres. Il n'y a pas de tenues, les tenues CBRN n'existent quasiment pas en Belgique. Il n'y a pas de formation, il y a quelques SMUR qui se préparent à gauche et à droite, mais sans rien. Et, à l'hôpital militaire, ils ont une capacité de réponse avec une chaîne de décontamination qu'ils mettront en place avec la protection civile, mais pour laquelle il leur faut entre 3 et 4 heures pour la mettre en place. Dans les 3 heures, il n'y aura rien.

Responsable SIPP

Après, pour le PUH, je reste sur cette analyse de risque qui définit ensuite les réponses à prévoir dans le PUH selon le fédéral. Il faut évaluer la probabilité de ce risque par rapport à d'autres. J'en ai discuté il n'y a pas tellement longtemps avec le responsable PUH d'un autre hôpital : c'est compliqué de s'équiper. Le matériel est cher, ça demande beaucoup de formation. Et donc la question est d'évaluer derrière si ça vaut la peine de mettre tout cela en place.

Technologue-chef adjoint

Comme tu le dis [responsable SIPP], c'est très compliqué à prendre en charge parce que ce ne sont pas les mêmes tenues en fonction du chimique utilisé.

Responsable SIPP

Après le problème c'est qu'il faut maintenant commencer à prendre les décisions. On devrait avoir des hôpitaux de référence. On ne peut pas demander à tous les hôpitaux de le faire. Je connais d'ailleurs déjà la réponse du directeur général : "quel est le financement ?" Demander d'avoir les tenues, les formations... à tous, ce n'est pas possible.

Technologue-chef adjoint

C'est la réponse dans tous les hôpitaux.

Responsable SIPP

C'est du temps, c'est du matériel. Le temps, c'est de l'argent et...

Mémorant

C'est des coûts importants.

Responsable SIPP

On a eu des réunions par rapport à l'approvisionnement en matériel et les problèmes de rupture. Et donc il y a eu une identification qui a été faite dans chaque service. Et ils disaient qu'on tenait

plus de 24 h et en magasin, ils avaient +/- 1 semaine. Donc là on n'avait pas de soucis. Elle devait encore évaluer en pharmacie les produits impactant et combien de temps on pouvait tenir.

Mémorant

Oui oui c'est sûr que ça concerne aussi la pharmacie.

Responsable SIPP

Et après dans le plan d'urgence, durant la crise COVID, on est resté tout le temps avec les cellules de crise, le magasin et les acheteurs. En fait, ils étaient tout le temps présents dans la cellule de crise pour monitorer. Maintenant, ils sont drillés par rapport à ça. Ça tiendra encore quelques années et puis après...

Mémorant

Est-il prévu un mécanisme de retour à la normale, de désactivation du plan et donc de comment faire rebasculer l'hôpital dans son activité normale ?

Responsable SIPP

Oui, c'est prévu dans les fiches. En fait, moi j'ai des fiches par service et j'ai des fiches pour les directeurs. Dans ces fiches pour les directeurs, en tout cas pour certaines situations, il est demandé de communiquer aux gens qu'on est repassé à la normale. Et donc ils ont dans leur fiche-action le fait de vérifier qu'on ait bien retransmis aux équipes, qu'on ait bien communiqué. On a la communication qui a ce point dans ses missions. C'est aussi pour le technique. Pour les financiers, c'est prendre contact avec les assurances, faire les déclarations pour justement après libérer les locaux. Et justement, c'est pour des scénarios techniques.

Mémorant

Oui, bien sûr.

Responsable SIPP

Et pour tout ce qui est médical ou technique ou quoi, l'enjeu de la communication, c'est de s'assurer que derrière on a communiqué aux gens qu'on revenait en situation normale, on sortait de l'épisode de crise.

Mémorant

Tout à fait. Et donc en particulier pour l'imagerie médicale, est-ce qu'il existe un processus pour réparer les machines qui auraient pu être endommagées ?

Technologie-chef adjoint

Toutes les machines sont en omnium pur et dur. Donc ça, c'est notre gestion en interne où dès qu'on en a une en panne, on a des contrats qui prévoient que dans moins de 24 heures on doit avoir une réponse. Et en moins de 72h, on doit avoir une machine opérationnelle. Et de par les contrats qu'on a négociés avec Siemens, on avait eu le cas avec un appareil mobile de radio. Ils

sont venus nous ramener une autre. Et Siemens a des possibilités dans les contrats d'arriver avec des véhicules et des camions pour palier si on n'avait plus de scanner ou autre. Donc ça on a une procédure. Ça ne nous est jamais arrivé, mais on a un système opérationnel.

Responsable SIPP

On prévoit l'accompagnement psychologique aussi. Donc si jamais des personnes ont été impactées, ça fait partie des fiches dans lesquelles il est décrit qu'un accompagnement psychologique interne est possible pendant l'événement PUH. Et puis par après les personnes peuvent revenir vers moi et peuvent avoir des infos. On peut avoir une psychologue pour faire des groupes de parole. Ça fait partie du retour à la normale.

Technologue-chef adjoint

En imagerie médicale, on a en fait des fiches indiquant le minimum de matériel à avoir en stock, les numéros de téléphone à contacter avec les numéros de série des machines, les personnes à contacter, les contrats sur les scans. Les fiches indiquent aussi que faire si les machines, par exemple les 3 scanners, étaient indisponibles soudainement. Parce que, pas de chance, mise à jour Siemens qui fait que les trois scanners tombent en panne : la fiche dit qu'ils doivent prévenir les urgences et la neuro et déclencher à ce moment-là la cellule de crise puisqu'on a plus d'imagerie. Donc ça, ils ont en salle de garde, il est indiqué sur le tableau, qui, quoi, comment faire...

Mémorant

Et par contre, pour ce qui concerne les rendez-vous, par exemple, si on a annulé des rendez-vous, ça sera le secrétariat qui s'occupe de recaser les rendez-vous annulés ?

Technologue-chef adjoint

Oui, c'est eux qui réinsèrent les rendez-vous ailleurs, ça, c'est vraiment eux qui gèrent. Ils font ça encore comme à la bonne vieille époque où ils ont un tableau, ils y mettent tout ce qu'ils ont annulé et puis après ils recontactent les gens pour les replacer.

Mémorant

Et la théorie identifie aussi qu'un afflux massif de patients engendre aussi beaucoup plus d'examens radiologiques pour le suivi et le traitement de ces patients qui resteront hospitalisés.

Technologue-chef adjoint

Ça dépend. Parce qu'au final, lors d'un plan catastrophe, il n'y a jamais beaucoup beaucoup d'afflux de victimes dans un hôpital. Au final, lors d'un plan cata, on n'a pas d'afflux. C'est vraiment le COVID qui a été un afflux de victimes pour lequel on n'était pas prêt parce qu'il était constant. La première semaine, les deux ou trois premières semaines dans du COVID, c'est super facile. Tu prends toutes les places hospitalières qu'il y a. Sauf qu'au bout d'un moment, tu

arrives à saturation des milieux hospitaliers. En plan catastrophe ponctuel, un attentat ou autre, OK, c'est une centaine de victimes, mais il n'y a jamais une centaine de victimes qui vont arriver ici. On a une offre en Brabant wallon, je pense, d'une prise d'une trentaine de victimes. Au-delà de 30 victimes, on ne sait pas les prendre. Et donc c'est réparti en Belgique. Si la Belgique ne sait pas prendre les victimes, on a un accord transfrontalier : donc on peut aller mettre en France, en Allemagne, en Hollande. Plus on a une montée possible de renfort qu'ils appellent "un moyen de renfort militaire" et donc il y a une possibilité de demander à l'OTAN, et ça s'est fait pendant le COVID. L'OTAN peut demander à l'Allemagne où il y a un Airbus équipé polyvictimes et donc ils ont la capacité de prendre 50 victimes couchées et intubées dans cet avion, vraiment équipé en bloc opératoire avec des lits et eux peuvent aider à la prise en charge. Et c'est pour ça que dans le Grand Nord de la France, quand il y a eu l'épidémie de COVID, il y a des gars qui ont été intubés dans le Grand Nord et qui sont réveillés à Marseille, à Madrid, en Allemagne. Dans un hôpital, on sait très bien que si tu surcharges en victimes l'hôpital, tes victimes de plan cata ne seront pas bien prises en charge et tu auras des morts dans tes patients. Donc, c'est pour ça qu'il y a une régulation. Donc au final, nous ici, on prendra neuf victimes. Et tu sais, quand tu as les neuf victimes, c'est fini, tu ne sais plus prendre personne, tu ne sais plus du tout. Donc je pense qu'on ne sera pas noyé. La gestion d'un plan catastrophe ne me fait pas peur en termes de victimes dans les milieux hospitaliers. Je ne crains pas de noyer un hôpital. C'est quelque chose qui ne fait pas peur à beaucoup d'hôpitaux. Oui, la première heure post-attentat [22 mars 2016] à Saint-Pierre (Bruxelles), ils ont eu plein de gens qui se sont présentés. À Brugmann à mon avis aussi, mais ça se régule très très vite. Parce que, je te dis, la chance, c'est que la Belgique est toute petite, la Belgique est vraiment toute petite. Ça, c'est vraiment une chance.

Mémorant

Et est-ce que vous organisez un débriefing après un déclenchement de PUH ?

Responsable SIPP

C'est prévu dans nos procédures en fait. Dans chacun des services, on a une page où on leur demande "par qui, comment et à quelle heure vous avez été prévenu du déclenchement du plan ?" "Quelles actions vous avez été amenés à prendre pour le plan d'urgence ?", "par qui, comment et à quelle heure vous avez été prévenu du retour à la situation normale ?", "avez-vous des commentaires ou des remarques permettant d'améliorer la mise en œuvre du plan à l'avenir ?". La fiche doit mentionner l'auteur, mais aussi le nom et la signature du chef de service. Et ça, c'est censé m'être remis après l'épisode.

Technologue-chef adjoint

Donc en fait, le secret d'un PUH, c'est que les services communiquent. Et il faut que les services de radio communiquent avec le SIPP, ce qui se passe très bien ici. Mais je sais que ça cale dans certains hôpitaux parce que la radiologie vit vraiment en autarcie totale. Aucun contact avec la DDI, aucun contact. Et nous, on a voulu depuis quelques années changer ça et avoir des contacts de nouveau avec les services.

Responsable SIPP

C'est un peu la réputation de Saint-Pierre-Ottignies. On a un hôpital où les gens se connaissent assez bien.

Technologue-chef adjoint

C'est vraiment pratique parce qu'on sait qui appeler, quand, on a le numéro de téléphone et c'est vrai qu'on se connaît. Il y a des hôpitaux où ils ne se connaissent pas du tout. Par exemple, et je le sais parce que je connais quelques personnes, si je leur dis le plan PUH, ils n'ont aucune idée de ce dont on parle, et il n'existe même pas dans le service.

Mémorant

On parlait tantôt des simulations, des exercices. En avez-vous organisé récemment ? Est-ce que c'est quelque chose de ponctuel ou vous pensez le faire de façon régulière ?

Responsable SIPP

Ça s'était fait avec une personne qui travaillait dans le comité "qualité" et qui venait des urgences. Elle était aussi formatrice par rapport aux situations d'urgence pour ses collègues médecins et infirmiers qui doivent se former aux situations d'urgence. Donc elle avait fait ça très bien et maintenant elle est partie. Donc c'est difficile à relancer. Mais ça, c'est spécifique aux situations médicales, c'est PUH MED. Et par rapport à l'incendie, par contre, là on forme le personnel : tous les ans, on a un camion qui vient pour l'ensemble du personnel, on a des équipiers d'intervention qui vont être formés là au printemps. Les invitations vont partir : c'est à partir de fin avril, début mai et juin. Et on a des formations pour le personnel soignant : là, on simule la mise en sécurité des patients, on enfume une chambre, on met en scène une situation "feu" pour voir comment réagir par rapport à l'incendie et comment mettre en œuvre l'évacuation de patients. Là, on a voulu faire pour la radio, mais si je devais évacuer tout le bâtiment dans lequel se trouve la radio, j'aurais des gens qui s'énervent parce qu'ils perdent 2 h. Il ne faudrait pas de réunion à tel jour, telle heure parce que voilà. Mais là on fait des exercices d'évacuation et on forme beaucoup de monde parce que du coup ils repassent chaque année, ils reviennent. Et ça marche bien parce que par rapport à l'incendie, on a eu cet été deux départs de feu en psychiatrie et l'infirmière a pris l'extincteur. C'était le samedi, c'était sur le matelas. Le patient a déclenché un incendie volontaire. L'infirmière a pris l'extincteur et l'a éteint. Elle

était stressée, mais elle n'était pas en mode panique. Elle a dit : "c'est grâce aux formations, le fait que j'ai utilisé l'extincteur, c'est grâce aux formations". Et le lendemain, il a remis le feu. Mais elle, le matin en arrivant, elle s'est dit " je vais avoir un problème avec ce patient". Donc, elle a pris l'extincteur qu'elle avait utilisé la veille, normalement elle aurait dû en prendre un autre, mais elle s'est dit "je vais regarder s'il fonctionne encore". Donc elle voit qu'il a encore de la pression. Et donc, plus tard dans la matinée, le patient vient lui-même dire qu'il a mis le feu à la poubelle de la salle de bain et donc elle avait l'extincteur à côté d'elle, elle avait prévu le coup. Elle part avec, à la limite un peu blasée quant à la situation. Et là du coup, le patient a été évacué dans une autre unité, mais il n'est pas resté à Saint-Pierre. Mais ça, quand j'organisais des formations, j'ai beaucoup dit que c'était utile en partant de cet exemple. On a ces trois niveaux-là : les équipiers d'intervention, l'ensemble du personnel et aussi un focus plus sur le personnel soignant pour avoir des mises en situation, évacuation et utilisation d'un extincteur. Donc là, ils l'utilisent dans la douche. On le fait fonctionner pour qu'ils apprennent à utiliser l'extincteur. On remet à chaque fois la goupille dessus : donc ils tirent la goupille, amorcent et refont ces gestes-là et ils réutilisent l'extincteur pour s'habituer à la pratique. Parce que c'est assez facile à faire, mais si la personne n'a jamais utilisé un extincteur de sa vie, elle n'osera pas trop. Il faut l'avoir appréhendé, il faut l'avoir fait trois fois, pour ne pas être en panique.

Mémorant

Et est-ce que ça se fait en radio pour le personnel ?

Responsable SIPP

Oui, on en a besoin pour les équipiers d'intervention. Le but n'est pas seulement d'avoir des gens dans chacun des services, c'est surtout d'avoir une permanence toute la semaine et jour et nuit. Et donc la nuit, c'est toujours la nuit qu'on a un problème, ce n'est pas le jour. Le jour, quand je fais des exercices de mobilisation, il y a toujours beaucoup de monde qui vient. La nuit, là, on a moins de service. Et donc on a identifié les services qui fonctionnent toujours la nuit. Donc la radiologie, c'est un service qui a toujours une garde. Et donc les gens de la radiologie, ils font une formation sur une journée, ils sont équipiers d'intervention. Pour les techniciens de la radio, ça fait partie des formations qu'ils doivent suivre.

Technologue-chef adjoint

Tous ceux qui font des nuits, en fait chez nous, sont formés. Grosso modo, on arrive à mettre 80 à 85 % chaque année du personnel en formation.

Responsable SIPP

Ce qu'on fait en plus aussi, c'est que, puisque du coup, ils doivent parfois bouger pour aller identifier, reconnaître s'il y a le feu ou bien intervenir, c'est que je fais des visites des

installations techniques avec les équipiers. Je fais ça tous les deux ans environ et donc je passe quelques matinées, quelques après-midi par petits groupes et je leur fais visiter tout l'hôpital. Et puis, ils sont très intéressés parce que c'est une visite, ça leur permet de voir des choses différemment et beaucoup de gens ne connaissent pas si bien que ça l'hôpital en fait, parce qu'ils restent dans un endroit, ils visitent plus large, puis ils font ça avec d'autres collègues. La plupart apprécient de voir à la fois les formations incendie et faire des visites.

Technologue-chef adjoint

Ça, c'est efficace. C'est comme ça que j'ai su comment aller sur le toit de mon bâtiment.

Technologue-chef adjoint

Ce qui a été super utile dans le PUH, c'est l'accréditation.

Responsable SIPP

Ça, c'est sûr. J'espère qu'ils vont maintenir les accréditations. Parce que c'est vrai que derrière on est obligé de répondre aux accréditeurs et ils posent des questions sur beaucoup de choses et on est obligé d'être en ordre.

Technologue-chef adjoint

Parce que, sinon, c'est quelque chose qui n'intéresse pas les hôpitaux, alors.

Responsable SIPP

Forcément que c'est dur.

Technologue-chef adjoint

Ça a un coût et ça n'a pas de retour. C'est le coût financier et le coût en ressources humaines et pour ne pas avoir de retour. En fait, au final, au plus un PUH est bien géré, au moins il y a de retour parce qu'en fait ça tourne bien. C'est ça le problème, c'est que les directions ne s'en rendent pas compte.

Responsable SIPP

C'est comme vous le disiez, c'est une dépense de temps et d'argent pour quelque chose qui pourrait arriver hypothétiquement.

Mémorant

Oui, donc si l'analyse des risques est bien faite et qu'on sait plus ou moins quels sont les risques qui potentiellement pourraient arriver, on peut définir les ressources à allouer à la gestion du risque.

Responsable SIPP

Pour l'informatique, c'est ce qu'ils font. Et là je crois qu'ils ont bien raison, c'est que c'est un risque émergent. Et les différents hôpitaux qui ont été impactés, ça a été tellement catastrophique, qu'ici ils ont quand même réagi par rapport à ça. Ce qui fait que derrière, on s'en

sort plutôt bien. Il n'y a pas eu des attaques qui nous ont immobilisés comme d'autres hôpitaux. C'est dur pour un directeur général, alors qu'on n'a pas été attaqué, de dire qu'il faut investir dans la sécurité informatique.

Technologue-chef adjoint

Et c'est vrai, par rapport au risque, le fédéral te dirait qu'il vaut mieux une guerre nucléaire qu'une panne du réseau mondial informatique qui bloque toutes les banques. Donc en termes de crise, le fédéral, il préfère une guerre nucléaire qu'une perte de réseau. Parce qu'en fait, une guerre nucléaire, tu sais comment répondre, tu sais quoi faire. Une perte de réseau mondial global, tu n'as plus rien du tout.

Responsable SIPP

Mais après, la loi va prévoir que certains secteurs doivent répondre à certaines normes de sécurité informatique. Les hôpitaux seront dans ce cas.

Technologue-chef adjoint

C'est la cata, tu perds le réseau, tu n'as plus rien.

Responsable SIPP

Après, l'impact n'est pas le même en fonction de la cible. Une banque ne peut pas se faire attaquer, ce serait la catastrophe. Un hôpital ne peut pas se faire attaquer, c'est aussi une catastrophe. Après je ne sais pas, les grandes surfaces, à la rigueur, ce n'est pas si grave que ça.

Technologue-chef adjoint

Oui, mais encore. Il suffit de regarder la guerre qu'il y a eu quand les gens se sont battus pour du papier toilette dans les magasins. Le principe de la catastrophe dans les cours de sensibilisation cybersécurité ce n'est pas de faire gros, mais c'est de faire peur à la population. Et en fait le moyen de faire peur à la population, c'est de toucher les denrées alimentaires. La grève qu'il y a eu dernièrement : des agriculteurs avec les centres d'approvisionnement, il y a des magasins qui ont été dévalisés par des gens parce que c'est la peur. La peur, c'est l'approvisionnement primaire. Les gens ils ne pensent pas à l'hôpital piraté, ils ne pensent pas aux banques, ça ne leur fait pas peur ça. Ce qui leur fait peur, c'est de ne pas avoir à manger le samedi, le dimanche. Et ça, c'est le moyen de faire peur à la population. Tu touches aux termes de soins et de nourriture. Ils veulent être sûrs que dans un hôpital, ils soient sécurisés : dans une salle d'attente, on ne vient pas les attaquer. Et ils veulent être sûrs d'avoir à manger et à boire.

Mémoire

Est-ce que pour vous il y a des points d'attention qu'on n'a pas abordés ?

Technologue-chef adjoint

Je pense qu'il faut, dans les points d'alerte, mais nous on l'a ici, il faut une coordination et il faut que les gens parlent. Il faut que les gens parlent et il faut la culture du "pas de tabou". Donc, c'est à dire moi, je connais le responsable SIPP depuis des années et on n'a pas de tabou dans nos discussions. Je ne vais pas édulcorer s'il y a quelque chose qui ne va pas dans le service. Et ça, malheureusement, il y a des hôpitaux qui, pour donner une bonne image du service, édulcorent très très fort les problèmes envers le SIPP ou la direction. Et ça, il ne faut pas, parce que c'est comme ça que tu passes à côté de quelque chose. C'est de dire "non, non, tout va bien ou tout est prévu", mais non, il n'y a rien qui est prévu et il faut qu'on le mette en place. Et ça, dans des plans d'urgence, il faut la discussion sur ça.

Responsable SIPP

Moi je rejoins aussi ce qu'il dit : quand on a dû créer le plan d'urgence ici, on a dû mettre autour de la table des gens qui n'ont pas l'habitude. C'est-à-dire que chacun faisait son truc de son côté et on dit "maintenant, il faut se mettre en commun". Ça, c'est important. Ça ne peut pas être porté par une personne dans un coin, ça doit vraiment être interdisciplinaire. Et donc ça, pour ça, à l'hôpital, les gens aiment se rencontrer, ils aiment bien connaître les gens des différents services. Et donc ça a été plus facile.

Mémorant

En plus vous êtes monosite ici.

Responsable SIPP

Oui, avoir un seul site, ça peut aider aussi.

Technologue-chef adjoint

On a quelques polycliniques, mais on n'a pas de gros centres autres et ce sont de toutes petites polycliniques. Mais pour avoir vu quelques autres PUH de gros hôpitaux, tu vois que c'est ce qui manque, c'est qu'il y a quelqu'un qui a fait dans un coin un PUH, mais qui a jamais transmis ça ailleurs. Et donc parfois, certains ne l'ont jamais ouvert. Ou il est irréalisable.

Mémorant

Et vous avez vécu donc le passage du plan MASH au PUH.

Responsable SIPP

Vraiment la toute fin du MASH. Mon prédécesseur était déjà fort impliqué dans le plan MASH en fait, comme il était établi. En fait, il y a quand même une dynamique qui était liée aussi à l'accréditation. Et puis la crise COVID. Avant la crise COVID, les gens ne savaient pas ce qu'était le plan d'urgence hospitalier. Avec les accréditations en plus. Le fédéral est arrivé avec son plan d'urgence un petit peu au bon moment aussi en fait. Ça a permis de redynamiser les choses.

Technologue-chef adjoint

Il n'y avait pas grand-chose avant. Ça fait une quinzaine d'années que ça existe. PUH un peu moins d'une dizaine d'années. C'était le MASH avant. Et le MASH, ça fait une quinzaine, vingtaine d'années, quelque chose comme ça.

Mémorant

Les premières lois, c'était en 1991, mais ça n'a pas été appliqué tout de suite.

Technologue-chef adjoint

Oui, ça devait être 2000.

Mémorant

Pour le PUH, en 2001, ils ont commencé à y penser. Et les attentats ont donné un coup d'accélération.

Technologue-chef adjoint

Oui, on a commencé à lancer très très fort le PUH en 2015, 2016. Avant, on avait un peu de MASH, mais très très peu en termes de gestion de crise. Et ici, on est très très fort en train de se lancer parce qu'il se rendait compte qu'il y avait plein de choses qui manquaient en fait.

Responsable SIPP

Après voilà, on discute souvent avec les responsables. Certains voudraient un truc tout fait du genre "on a une crise, qu'est-ce qu'on fait ? Tac tac tac ...". Ça ne se passe jamais comme ça. Et en fait, les gens, le fait d'avoir un peu de procédures, de la documentation, des repères, ça permet sans doute d'être un petit peu plus fonctionnel dans la crise, mais ça ne permet pas de vivre une crise dans un mode normal. C'est une crise, et donc les gens sont impactés, ils sont stressés, ça va être dur. Il va falloir trouver des solutions. Les solutions, on ne peut pas toutes les trouver. Donc il faut savoir trouver et être innovant. Pendant la crise COVID, on avait tout un groupe qui cousait des protections, donc il y avait des brancardières, il y avait des gens de la stérilisation et elle cousait, on avait des gens, on avait réservé une salle et elle cousait pour faire des protections parce qu'on n'arrivait pas à en acheter. On avait des réseaux qui faisaient des petites montures pour pouvoir faire une visière. Donc ils faisaient une impression 3D, ils s'étaient refilé les plans, et du coup ça permettait avec une feuille transparente de projection, ils mettaient ça dessus et ils avaient une visière. Tout ça, ce n'est pas CE. Mais il n'y avait plus de matériel normé, il y avait plus : impossible à trouver. Et alors, qu'est-ce qu'on fait ?

Technologue-chef adjoint

En fait il faut dans tes cellules PUH quelques bricoleurs inventifs et des gens qui ne sont pas fermés. Le moyen que ça marche en fait, c'est d'avoir des gens qui ne sont pas fermés.

Responsable SIPP

Il y avait des bénévoles qui cousaient, il y avait des gens qui étaient des bénévoles. Moi, est-ce que j'ai simplement demandé, c'est qu'on les assure au cas où ils faisaient un accident de travail. Je vois ça depuis 20 ans que je donne des cours. Le seul moyen que des cellules PUH qui fonctionnent, c'est que les gens qui sont dans les PUH ne soient pas trop psychorigides. Mais c'est vrai, ça doit être des gars qui ont une idée de se dire "OK, je vais un peu bricoler, je vais un peu trouver une solution" parce qu'on peut donner quelques livres de recettes, on peut donner quelques ingrédients, mais il faudra toujours faire une nouvelle recette sur le plan cata. Et le seul moyen d'avoir des gens qui font une nouvelle recette est des gens qui sont un peu innovants, qui peuvent sortir du cadre. Si on a un gars qui est carré comme ça, ça ne va pas.

Mais c'est vrai. Un exemple d'adaptation, c'est qu'à un moment donné, on avait identifié le risque sur le personnel soignant. Il fallait avoir des masques pour le personnel soignant. Sauf qu'on a donné des masques en tissu au personnel de l'entretien et aux techniques et il se rebellait parce qu'ils se sentaient pas protégés. Et donc on a distribué aussi des masques à ce personnel-là. Pas parce qu'on avait identifié le risque, mais on s'est dit "mais ils vont se mettre en grève, ils vont arrêter de travailler" et on veut quand même qu'ils continuent à bosser, qu'ils se sentent en sécurité. Et alors, est-ce que c'était important le masque ? Oui, certainement. Mais on devait donner les moyens là où on pouvait, là où on avait analysé le risque. On s'est dit "On doit aussi en donner à ce personnel-là parce que sinon on va avoir d'autres problèmes, ils vont commencer à se rebeller, là". C'est l'adaptation et c'est de la tension entre les personnes parce que, du coup, le médecin hygiéniste n'était pas content. Je me rappelle d'une discussion au début de la crise COVID où le médecin hygiéniste a appelé la radiologie en lui demandant de rendre tous les masques. La radiologie devait arrêter de mettre un masque parce qu'on en avait plus les moyens, on devait distribuer les masques uniquement aux fonctions hyper importantes. Et donc du coup, le médecin hygiéniste leur a dit "vous arrêtez de mettre le masque".

[Technologue-chef adjoint](#)

Ce qui est très facile, c'est dans la demi-heure, on a dit "OK, on arrête de faire vos examens", ça a tenu une demi-heure, 1 heure. Puis quand ils ont pris les boîtes, on a dit OK, on arrête tout. Nous, on ne sait pas qui est contaminé et qui n'est pas contaminé. Tout passe par chez nous et bien, on arrête, hop ! Et puis alors là-dessus, on a été inséré dans le groupe où le médecin hygiéniste a compris que sans nous, l'hôpital fermait parce que tout passait par chez nous. Parce que c'est vrai qu'au final, la radio, c'est la pierre angulaire d'un hôpital. S'il n'y a pas de radio, il n'y a pas d'hôpital, vous pouvez faire ce que vous voulez. Donc, dans un PUH, il faut compter avec la radio et parfois elle est oubliée. Ici, pas. Dans d'autres hôpitaux, elle l'est. Alors, si vous dégradez la radio, vous n'êtes plus en capacité d'accueillir des patients. Dans les plans

“catastrophe”, vous ne pouvez pas accueillir un polytrauma dans un hôpital où il n'y a pas un scanner de garde.

Mémorant

Mais c'est sûr, un des accents de mon mémoire est celui-là, notamment dans la théorie.

Technologue-chef adjoint

Bien sûr. Si tu n'as pas de radio, tu ne peux pas évacuer un polytrauma, tu ne peux pas, ce n'est pas possible, tu ne sais pas prendre de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de jambes ou de bras délabrés, tu ne sais pas du tout en fait. Donc la radio, c'est un des services essentiels. Et c'est dur parce que les urgences, elles n'aiment pas quand tu dis ça : parce que les urgences c'est eux qui aiment bien dire "moi c'est le service d'urgence qui fait tout". Tu n'as pas de radio...

Responsable SIPP

Mais c'est pour toutes les fonctions vitales.

Mémorant

Oui, tout à fait. Mais je veux dire, tu sais pallier certaines carences, mais pas la radio.

Responsable SIPP

Après moi, par exemple, je ne suis pas dans un processus opérationnel, donc sans moi, on sait continuer.

Technologue-chef adjoint

Tu sais pallier beaucoup de choses, de la chirurgie, tu sais faire venir un patient dans un bloc, si dans ton service tu n'as pas de scan, tu n'as personne pour faire ton scanner, ça ne sert à rien.

Responsable SIPP

Mais si tu retires la stérilisation, tu retires l'entretien.

Technologue-chef adjoint

Ta stérilisation, tu sais la retirer, mais tu sais rester avec ton matériel que tu as en stock. De la radio, non. Moi je trouve que quand on réfléchit, on se dit surtout que toutes les fonctions sont importantes. Tu vois, la radio, si tu dis que demain elle ferme, tu peux plus légalement faire tourner un bloc, tu peux plus légalement faire tourner un service d'urgences, tu peux plus accueillir d'AVC, tu dois en fait fermer tes urgences et tes soins intensifs. En fait, le reste, tu sais encore gérer. Donc c'est ça qu'à un moment donné, dans la discussion on leur a dit "les gars si on n'a pas les masques, nous on ferme tout, demain on ferme tout parce qu'on n'a pas les protections et qu'on ne sait pas".

Responsable SIPP

Mais c'est pour ça qu'il existe un plan d'urgence pour la radio. Vous n'avez plus de questions ?

Mémorant

J'ai fini.

Responsable SIPP

C'est bien. Bonne chance pour le mémoire.

Mémorant

Merci beaucoup, c'était vraiment très très intéressant.

Technologue-chef adjoint

Si on peut avoir une copie, c'est toujours intéressant.

Mémorant

Bien sûr. Merci encore.

ANNEXE 3.2 : GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI (COORDINATION PUH)

Entretien réalisé le 04/03/2024 en visioconférence via TEAMS

Personne interrogée :

Coordinatrice adjointe PUH

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Coordinatrice adjointe PUH

Je vous donne l'autorisation.

Mémorant

Pour débiter, quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Coordinatrice adjointe PUH

Moi, je suis médecin urgentiste et comme c'est un hôpital à plusieurs sites, je coordonne un des trois sites. Donc je suis un des médecins responsables, si tu veux, du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi. Et j'ai plusieurs casquettes en plus puisque je suis notamment le coordinateur médical du PUH.

Mémorant

OK donc pour la partie MED du PUH. Est-ce que vous avez participé à l'élaboration du PUH actuel de votre institution de soins ?

Coordinatrice adjointe PUH

Oui, ++++. Moi je suis arrivé il y a quatre ans si je ne m'abuse, avant le COVID, le temps passe très très vite, au Grand Hôpital de Charleroi. Et c'est à ce moment-là que [le coordinateur PUH] m'a demandé de reprendre les rênes ou en tout cas d'actualiser le plan d'urgence hospitalier. Et d'où, oui, ma participation est assez importante. Dans mon ancienne vie, c'était moi qui avais écrit le plan d'urgence hospitalier avec d'autres collaborateurs à Bruxelles, à Saint-Jean.

Mémorant

OK, donc vous avez déjà une expérience. Par votre position, vous participez aussi au suivi, au processus d'évaluation et à l'élaboration, l'avancement du PUH. Donc, vous participez aux réunions régulières avec tout le monde ?

Coordinatrice adjointe PUH

Les réunions régulières en théorie, je pense que c'est quatre par an. Je ne sais plus. Légalement, je ne sais plus combien c'est. On ne fait pas grand-chose en fait. C'est moi qui relis régulièrement, qui rajoute les choses quand je vois qu'il y a des changements. Bon maintenant ici il y a un gros travail qui doit être fait. D'ailleurs j'ai une réunion demain avec le directeur du PUH TECH pour relire le plan d'urgence parce que comme on déménage en novembre dans le nouveau nouvel hôpital, on doit réactualiser tout. Donc voilà. Donc oui, je vais dire, je suis assez active, j'ai [le coordinateur PUH] qui m'aide également. Le directeur côté PUH tec, il fait toute une série de procédures, mais on essaie de les regrouper tous ensemble pour avoir une uniformisation du plan d'urgence hospitalier.

Il y a le comité permanent où on se réunit, où on informe la direction s'il y a des changements, s'il y a des demandes. Par exemple, ici, j'ai travaillé plusieurs mois sur la prise en charge d'un patient irradié. On a mis en place une procédure, on a testé la procédure et voilà, on a dû présenter ça à la direction pour qu'ils soient au courant, pour avoir les budgets, pour voir ce qu'on fait au niveau des tenues et tout ça. Donc, oui, il y a toute une mise à jour. Et c'est moi qui m'en occupe principalement. Je gère aussi les contacts avec la direction si on a besoin de l'une ou l'autre chose.

Mémorant

Bien sûr, OK. Maintenant, pour évoquer plus précisément le sujet de l'imagerie médicale, est-ce que vous savez si dans votre PUH, le service d'imagerie médicale fait partie des fonctions à contacter au cas où on déclenche un PUH ?

Coordinatrice adjointe PUH

Alors, ça va aller vite en fait, non. Enfin, je veux dire, c'est le mode de fonctionnement habituel, mais il n'y a pas de fiche d'action attribuée à l'imagerie. Parce que ça tourne 24 h sur 24 et que

si eux sont débordés, ils peuvent rappeler du renfort. Mais je n'ai jamais pensé à faire une fiche d'action côté imagerie médicale.

Mémorant

C'est pour ça que je fais ça.

Coordinatrice adjointe PUH

Mes réponses vont aller vite, je n'ai rien mis en place.

Mémorant

C'est très bien. Par contre, est-ce que le chef du service de radiologie ou quelqu'un pour lui participe à des réunions de suivi du PUH ?

Coordinatrice adjointe PUH

Non. Il y a les soins intensifs. On a le plan Pandémie qui s'est mis suite au COVID qui a été plus actualisé, mais en fait non. La radiologie, non.

Mémorant

Est-ce qu'il y a une description dans votre PUH de tous les appareillages radiologiques ou diagnostiques ?

Coordinatrice adjointe PUH

Alors oui, c'est une obligation dans la description. Donc il y a, dans le plan d'urgence hospitalier, une partie guide et une partie fiches d'action. Et dans la partie guide, il y a une description de tout l'hôpital, dont fait partie la radio.

Mémorant

Donc maintenant, seulement un petit commentaire. En fait, beaucoup d'auteurs que j'ai dû analyser pour mon mémoire parlent du service d'imagerie médicale comme un service qui risque d'être un goulot d'étranglement dans la prise en charge d'un nombre massif de victimes et des patients. Est-ce que vous partagez cet avis ou pas ?

Coordinatrice adjointe PUH

Alors comment je vais dire, je pense que le fait que vous nous ayez contactés m'a un peu interpellé, je me suis dit "Merde, ça, on n'y a jamais pensé". Ce qui se passe aussi, c'est qu'au GHDC, depuis peu avec l'arrivée du nouveau médecin-chef du service d'imagerie médicale, il y a une garde de radiologues qui est plus continue qu'avant en cas d'embolisation et que c'est vrai que ce serait quand même pas mal qu'on les implique dans le PUH si jamais il se passe quelque chose. Maintenant on doit définir comment : je ne pense pas qu'on doit les appeler à chaque fois, ça dépend vraiment du type d'événement. J'étais de garde lors des attentats de Bruxelles où finalement on n'a pas été débordé. On a eu une vingtaine de victimes. Chaque hôpital de Bruxelles a eu une vingtaine de victimes. Et donc du coup, ça relativise. Enfin, oui,

peut-être dans le mauvais sens. Ça calme un peu les ardeurs quand tu fais un PUH où tu te dis, mais en fait plus personne ne vient à l'hôpital, il n'y a que les victimes et si on dispatche bien on n'en a pas énormément.

Maintenant on a un nouveau médecin qui vient d'arriver chez nous au GHDC qui est plus impliqué dans le B-fast et qui est plus dans la médecine de cata. C'est vrai que quand on a visité avec lui le nouvel hôpital, il m'a dit "tu dois quand même penser, s'il y a un grand événement, que c'est dans le garage qu'on trie les victimes" et tout ça. Donc lui, il a plus ce regard "arrivée massive de victimes". Et donc je te décris juste ma façon de fonctionner. Et donc je pense que pour le nouvel hôpital, on va faire des niveaux aussi, un petit peu comme en Belgique où il y a un plan PIM, un PIM élargi... Et donc je pense que la majorité des catas, on va savoir les gérer dans notre service en triant correctement les victimes, avec finalement une stimulation de l'équipe de psychiatrie pour voir les patients, une stimulation de la salle d'op, des soins intensifs et que ça va aller, mais qu'on doit envisager la grosse cata où effectivement on a un afflux de victimes, qui est presque un truc de guerre.

J'espère qu'on arrive à gérer. Voilà. Et donc peut-être qu'effectivement dans ce cadre-là, on doit stimuler le service de radio, mais je pense que c'est vraiment en fonction des niveaux. Parce que la radio, il y a une permanence radio, on a un scanner tout le temps, ce n'est pas comme en France. Et donc il y a déjà toute une série de choses qu'on peut faire pour toute une série de blessés. Et en plus, si on dispatche correctement les victimes, avec la centrale, le nombre de patients qu'on sait prendre, je ne suis pas convaincu qu'il faut faire quelque chose. Donc voilà, il faut mettre une échelle et intégrer la radio en fonction de l'échelle. Et voilà.

Mémorant

Oui.

Coordinatrice adjointe PUH

C'est l'impression que j'ai eue par rapport à ça.

Mémorant

En plus en Belgique, le nombre de victimes que vous pouvez accueillir dans votre service est déterminé à l'avance.

Coordinatrice adjointe PUH

La première demi-heure, la deuxième demi-heure... Puis la direction remplit un logiciel pour dire "on a autant de place" et donc à tout moment, le 112 a des contacts avec les hôpitaux pour dire "on peut encore envoyer l'une ou l'autre victime". Alors, tu as toujours eu des évacuations sauvages, mais en soi, voilà, on est quand même une grosse machine au GHDC et je pense

qu'on a une garde active de radio pour les embolisations et tout ça. Donc oui, si on a défini le type de victime qu'on risque d'avoir, ce serait logique de les appeler.

Mémorant

J'ai compris. Et donc vous avez dit qu'il n'existait pas une fiche d'actions spécifiques à la radio?

Coordinatrice adjointe PUH

Ça n'existe pas. Non, pas aujourd'hui, ce n'est pas obligatoire. Mais peut-être voilà, je vous dis, vous allez peut-être nous stimuler. Peut-être qu'on va se poser la question.

Mémorant

Et par contre, est-ce que vous savez s'il existe un plan interne au service de radiologie pour gérer les situations d'urgence ? Vous n'êtes pas censé le savoir non plus.

Coordinatrice adjointe PUH

Je vais te répondre autrement : j'aimerais bien, s'il y en a un, être au courant en tant que responsable PUH. Et donc s'il y en a un, je serai un peu frustré de ne pas être au courant.

Mémorant

Je comprends. Ça pourrait être des procédures informelles, des choses comme ça.

Coordinatrice adjointe PUH

Non, mais on se rend compte parfois, en assurant la communication, que les services ont créé un petit plan PUH. Et donc quand moi j'apprends ça, je vais chez eux en disant "Non, on va actualiser, on va mettre ça dans notre plan PUH". Ça n'a aucun sens que moi je réfléchisse à comment vous devez fonctionner et que vous, vous avez votre petit machin dans votre coin. Donc si la radio chez nous en avait un, ça serait bien qu'ils nous le disent.

Mémorant

Maintenant, je vais passer en revue des points d'attention que les auteurs que j'ai analysés ont identifiés comme importants à prendre en compte dans la création d'un plan d'urgence en imagerie médicale. Ici, si les points existent, c'est bien. Si vous ne savez pas, pas de problème. Un simple commentaire suffit. Donc, est-ce qu'il y a une procédure de renforcement rapide du personnel ? Donc comment on peut rappeler à l'hôpital du personnel ? Existe-t-il un mécanisme pour ça ?

Coordinatrice adjointe PUH

Pour le personnel radio ou pour le personnel en général ?

Mémorant

Radio. Mais en tout cas, si vous avez déjà fait un plan pour les urgences qui s'applique à l'imagerie médicale, ça marche aussi.

Coordinatrice adjointe PUH

Euh, pour la radio, non. En cas de PUH, il y a toute une série de gens qui sont rappelés. Euh, avant que je dise des bêtises, je vais quand même aller vérifier, mais je n'ai pas cette notion-là. Donc, en radio, il n'y a clairement pas de fiche. Donc je vais dire non.

Mémorant

OK. Après je vais aussi rencontrer le chef de l'imagerie médicale.

Mémorant

Est-ce que pour ce qui concerne l'identification des patients. Donc des patients qui arrivent, de façon massive ? Comment gérez-vous ça, par exemple dans les transports, entre le service d'urgence et le service de radiologie. Est-ce que le patient a une identification unique ? Si on ne connaît pas son identité.

Coordinatrice adjointe PUH

Si si, bien sûr, on prend son identité. Donc il y a plusieurs choses. En Belgique, les personnes qui arrivent par l'extérieur, on leur met un bracelet, donc ils ont un bracelet avec un code-barres. Et donc ce que l'on fait à l'entrée des urgences, on fait correspondre ce bracelet avec leur inscription. Aujourd'hui ça met, je crois, dix secondes pour la secrétaire d'inscrire quelqu'un avec lecture de carte d'identité. Et donc on crée notre propre numéro des urgences et on imprime des étiquettes. Et il y a juste un livre avec la correspondance, le bracelet avec lequel le patient arrive et l'inscription. Et comme ça avec les étiquettes, et bien on sait faire une prise de sang, une radio. Et on sait accueillir 17, 18 ou une vingtaine de patients à l'heure sans problème pour les inscrire. Et si on n'a pas l'identité du patient, alors on a un système de code avec, je sais plus exactement, la date du jour. Et donc c'est une espèce d'inscription rapide et les secrétaires ont comme consigne de, lorsqu'elles ont inscrit tous les gens, s'il y a eu une inscription rapide, elles font la coordination dans le livre et elles mettent les bonnes données du patient.

Mémorant

Oui, OK.

Coordinatrice adjointe PUH

Mais on s'est rendu compte que finalement, les secrétaires sont assez rapides et elles arrivent maintenant avec le système de lecture de carte d'identité à aller assez vite. La seule chose qu'on fait dans le cadre du PUH, c'est que le patient est trié et les premiers soins sont faits avant d'être inscrit. Mais c'est à l'entrée du garage, ça veut dire un antidouleur, un pansement si ça saigne ou une compression. Alors on regarde s'ils ont un bracelet catastrophe, s'ils viennent de l'événement, ou bien on leur remet un bracelet qu'on reçoit du SPF, des bracelets qu'on peut leur mettre s'ils qui sont impliqués dans l'événement. Mais, et donc il y a aussi une plateforme qui fait que l'infirmier doit encoder. Donc par rapport au code-barres du bracelet qu'ils ont, ils

encodent le triage du patient et donc la secrétaire aussi doit faire ça pour que les autorités sachent en permanence le nombre de victimes liées à la catastrophe, la manière dont elles ont été triées et le lieu où elles se trouvent.

Donc si tu veux, il y a deux identifications. Il y a l'identification pour les autorités qu'on a adaptée dans notre hôpital et on fait correspondre à notre inscription à nous. Mais on fait une inscription rapide ou normale et le patient a des étiquettes comme tout patient qui se présente en dehors de la cata pour que justement laboratoires et radios aient toutes les infos et puissent avoir toutes les infos sur PC.

En cas de panne informatique, il y a des dossiers qui sont précréés avec des numéros, avec déjà des étiquettes. Donc si tu veux, il y a dix ans, on n'inscrivait pas les patients : on avait ces dossiers-là, on utilisait ces dossiers-là. Or ces dossiers, ils existent toujours. Comme ça, si jamais il y a le moindre problème, on peut les sortir. Mais on s'est rendu compte par l'expérience, enfin moi surtout c'était à Bruxelles où on avait le 31 décembre une espèce d'exercice chaque année où on avait effectivement une centaine de patients en 3-4 heures qui arrivaient à partir de minuit à cause du Nouvel An. On s'est rendu compte qu'en fait les secrétaires savaient inscrire à cette vitesse-là, du moment qu'elles étaient bien installées. Enfin voilà, il y avait moyen. Donc il faut vraiment une grosse cata pour que le secrétariat soit dépassé.

Il y a, si tu veux des dossiers préinscrits avec un numéro, avec des étiquettes pour pouvoir fonctionner avec la radio. Mais on se rend compte qu'aujourd'hui on ne les utilise pas, mais ils sont toujours là en backup en cas de panne informatique ou si on est vraiment débordé et que même une inscription rapide on n'y arrive pas.

Mémorant

C'est intéressant ça. Ça, c'est plus spécifique à la radio. Donc afin de pouvoir utiliser au mieux les ressources, les appareils. Est-ce qu'une procédure d'annulation des rendez-vous non-urgents, que ce soient des hospitalisés ou des externes, pour permettre de gérer une situation d'urgence?

Coordinatrice adjointe PUH

Alors en théorie. Comment je vais dire. Quand je travaillais à Bruxelles, quand il y a eu les attentats de Bruxelles, on a tout arrêté. Quand je suis arrivé au Grand Hôpital de Charleroi, je voulais imposer ça aussi. Mais clairement, la direction m'a dit "non". C'est une décision de la cellule de coordination hospitalière. Donc en fonction de l'événement, la CCH va décider si on arrête les consultations ou pas, en fonction du nombre de victimes. La salle d'op doit libérer une salle d'examen ou plus. Et donc c'est vraiment en fonction de l'événement que les dirigeants vont décider ce qu'ils font. Oui, tout à fait. Et ce n'est pas imposé dans le PUH. Il est suggéré que la direction prend la décision au moment de l'événement.

Mémorant

C'est ça, au cas par cas, si c'est nécessaire.

Coordinatrice adjointe PUH

Oui.

Mémorant

Est-ce que, avec les radiologues et les urgentistes, vous avez prévu un protocole d'examen type comme on parle dans la littérature de CT Total body pour accueillir des patients polytraumatisés par exemple, qui favorisent donc la prise en charge rapide.

Coordinatrice adjointe PUH

Alors, le GHDC est en train de travailler pour avoir un trauma center. Et donc effectivement, les services sont en train de travailler sur ça. Mais déjà aujourd'hui, dès qu'on a un polytraumatisé, on fait un "FAST" et puis on les envoie faire un "CT Total body". La procédure, on va dire, est en cours, mais là, elle n'est pas conçue dans le cadre d'un plan catastrophe. [...]

Mémorant

Non non, mais les auteurs disaient que cela pouvait aider la prise en charge rapide en cas de plan cata.

Coordinatrice adjointe PUH

Mais je pense que ça va aider, effectivement. Donc, il y a toute une démarche là-dessus. Il y a un travail pluridisciplinaire avec des radiologues, les intensivistes, les chirurgiens et les urgentistes. Il y a déjà toute une série qui n'a pas fait la formation ALS. Et donc je pense que ça aidera. Mais par exemple, tu vois, on a un protocole neuro AVC avec les radiologues. Ça, ça existe déjà : une filière rapide pour les AVC.

Mémorant

Tout à fait. Donc il y a un dialogue sur le sujet.

Coordinatrice adjointe PUH

Oui.

Mémorant

Pour ce qui concerne la communication des résultats après l'examen envers les urgentistes, est-ce qu'il y a un système de communication rapide, même partiel ou faut-il attendre que les radiologues encodent le protocole ?

Coordinatrice adjointe PUH

Dans la vie de tous les jours, on doit attendre que le radiologue encode le protocole, ça va assez vite, en tout cas en termes de scanner, ça va assez vite. En cas d'AVC, si ça se passe la journée, le radiologue est là, le neurologue descend et ils en discutent. Et donc ça, ça se fait assez

facilement. Si ça se passe la nuit, en pleine nuit, c'est soit le technicien, soit l'urgentiste qui appelle le radiologue en lui demandant de regarder. Le plus souvent, ils nous disent "je regarde et tu as le protocole rapidement". Ils nous disent rarement par téléphone, mais ça arrive. Mais la majorité des cas, on les appelle, ils regardent et ils nous mettent un protocole sur l'ordinateur, sur le TELEVIST. À mon grand dam. On aimerait bien qu'ils nous disent par téléphone, mais voilà. Il y en a certains qui le font, mais le plus souvent c'est via le PC.

Mémorant

Oui, au moins pour des choses urgentes et rapides, même partielles sans avoir tout le protocole complet.

Coordinatrice adjointe PUH

Voilà. Il faut savoir que depuis peu, on a aussi un logiciel qui analyse les radios et qui nous dit s'il y a une suspicion de fracture. Donc côté radio, on n'a jamais le protocole tout de suite, mais on a cette application qui nous dit s'il suspecte une fracture ou pas. Et côté scan, on a le protocole, on va dire, dans l'heure. Et si c'est une urgence, on peut toujours appeler le radiologue de garde qui va plus vite pour nous le protocoler.

Mémorant

Tout à fait. On passe à autre chose, existe-t-il un document dans lequel sont bien définis les rôles et les fonctions des différents membres du service d'imagerie médicale en cas d'activation du PUH. Donc s'il y a une répartition des rôles et responsabilités au sein du service.

Coordinatrice adjointe PUH

Pas pour la radio, vu qu'il n'y a pas de fiche, mais pour les urgences, pour les soins intensifs, pour la salle d'op. Voilà, il y a une cinquantaine de fiches d'actions qui définissent les missions de chacun, la cellule de coordination, le service social. Donc il y a effectivement plein de fiches d'actions bien identifiées dans les rôles.

Mémorant

Ça c'est plus une question pour le PUH TEC, mais bon je vous la pose quand même, y-a-t-il une procédure, des solutions pour palier à l'interruption de l'approvisionnement électrique, d'eau, de climatisation.

Coordinatrice adjointe PUH

C'est une obligation. Et donc le plan d'urgence : on nous a imposé qu'il y ait un seul plan d'urgence, que ce soit un événement externe ou un événement interne. Donc c'est un peu complexe du coup de faire des fiches d'actions, mais voilà, on doit intégrer les deux situations. Maintenant, il y a effectivement une procédure en cas de panne informatique, il y a procédure

en cas de distribution des comprimés d'iode, s'il se passe quelque chose, s'il y a un problème d'eau. Donc oui, il y a plusieurs procédures qui existent, qui sont accessibles sur l'ordinateur.

Mémorant

Est-ce qu'il y a des précautions particulières pour une cyberattaque en plus des pannes informatiques ?

Coordinatrice adjointe PUH

Alors, c'est en cours de travail, mais ça, c'est plus le PUH TEC qui sait vous expliquer. Moi et le coordinateur PUH, on a été contactés par un monsieur qui effectivement définissait nos besoins et comment est-ce qu'on fonctionnait pour pouvoir réagir en cas de cyberattaque. Donc il y a un plan qui est en construction par rapport à ça.

Mémorant

Pour garantir un approvisionnement en matériel, pour avoir assez de stock du matériel nécessaire à la prise en charge des patients, existe-t-il une procédure pour les urgences ? Pour l'imagerie médicale ?

Coordinatrice adjointe PUH

En fonction de l'événement, dans la fiche d'action, il est demandé à l'équipe des urgences de voir s'ils ont besoin de plus. Parce que prévoir des chariots avec plein de machins qu'on n'utilise pas, ça n'a pas beaucoup de sens. J'avoue que j'ai épuré les chariots. Et je préfère que si on sait que c'est une explosion et qu'on va avoir besoin de telle ou telle chose, on contacte la pharmacie de garde en disant "on a besoin de tout ça, on a besoin d'autant de matériel".

Mémorant

Mais donc une procédure pour réapprovisionner en matériel s'il le faut est prévue.

Coordinatrice adjointe PUH

Oui. Parce qu'on a toujours un petit peu de temps entre l'événement et l'arrivée des patients et donc il y a toute une phase d'organisation et de définition des besoins en fonction de ce qui se passe.

Mémorant

À la suite des événements, est-il prévu un mécanisme de retour à la normale, de retour à l'activité normale du service ? Je parle ici de la procédure de désactivation du plan d'urgence.

Coordinatrice adjointe PUH

C'est la cellule de coordination qui va prévenir qu'on revient à l'activité normale par les différents biais de communication qui existent, que ce soit l'intranet, la parole, le téléphone...

Mémorant

Et donc, pour ce qui concerne, par exemple, la refixation des rendez-vous en ambulatoire, c'est le secrétariat de chaque service qui va s'occuper.

Coordinatrice adjointe PUH

C'est la cellule de coordination, c'est la direction qui va décider si on interrompt les rendez-vous. Et il n'y a rien d'écrit dans le plan sur la manière de faire.

Mémorant

Et pour remettre en état de fonctionnement par exemple des appareillages endommagés ?

Coordinatrice adjointe PUH

D'appareillage endommagé ?

Mémorant

Par exemple dans un problème interne à l'hôpital. Donc chaque service le gère avec les assurances, les contrats d'assurance qu'il a pris pour ces appareillages où il y a une vision d'ensemble de l'hôpital ?

Coordinatrice adjointe PUH

Je ne sais pas, jamais pensé. Jamais pensé parce que je pense que ce n'est pas à la coordination PUH de faire ça. Enfin, je veux dire à la direction d'organiser après et de gérer. Enfin je ne vois pas comment moi médecin, je sais imaginer tout ça.

Mémorant

C'est seulement s'il y avait des dégâts, j'imagine que c'est au service à gérer comment le réparer.

Coordinatrice adjointe PUH

Oui, pour ça, il y a des procédures de base, tu vois, on va contacter, voir la garantie... Mais voilà, il n'y a rien qui est écrit dans le PUH.

Mémorant

Est-ce qu'il est prévu un moment de débriefing une fois qu'on a arrêté le PUH.

Coordinatrice adjointe PUH

Oui, c'est organisé par la direction a priori, pour l'ensemble du personnel. Donc il y a plusieurs choses. Les gens peuvent sur leur fiche d'action mettre leurs commentaires. Et puis la direction doit organiser un débriefing de l'ensemble de l'hôpital pour rediscuter de ce qui s'est passé.

Il n'y a pas d'ordre au niveau des urgences, mais si ça nous arrivait, on le ferait avec [le coordinateur PUH], on organiserait ça aussi au niveau des urgences. Mais, pour tout le monde, c'est au niveau de la direction.

Mémorant

Est-ce qu'il existe des simulations, des exercices ?

Coordinatrice adjointe PUH

C'est une obligation. Donc on a fait un exercice avec la direction. Et tout événement où on déclenche un PUH est considéré comme un exercice aussi. Alors on n'a pas encore fait chez nous un vrai exercice avec des victimes dans le service des urgences, c'est plus sur table pour l'instant.

Mémorant

Et ça, vous l'avez fait pour le service des urgences ou pour tout l'hôpital ?

Coordinatrice adjointe PUH

On l'a fait avec la direction, avec la cellule de coordination hospitalière. Et les urgences, c'est plus sur table.

Mémorant

OK, je suis arrivé à la fin des questions. Est-ce que vous avez des points d'attention en plus que je n'aurais pas cités ou des choses que vous voudriez ajouter ?

Coordinatrice adjointe PUH

Non, je pense que j'ai dit tout ce que je pensais.

Mémorant

Merci beaucoup de votre temps et de vos réponses.

Coordinatrice adjointe PUH

N'hésitez pas si vous avez d'autres questions.

Mémorant

Merci beaucoup encore, je sais bien que c'est compliqué parce que vous ne travaillez pas dans un service d'imagerie médicale, donc évidemment toute cette partie du service ce n'est pas la même chose. Et s'il n'existait pas un fichier d'action spécifique à l'imagerie médicale, il y a moins de choses. Mais c'était quand même intéressant d'avoir vos commentaires et vos idées.

Merci beaucoup !

Coordinatrice adjointe PUH

Merci à vous. Bon travail. Tenez-moi au courant, comme ça, je peux voir votre travail.

Mémorant

Bien sûr, je vous enverrai mon mémoire dès qu'il sera finalisé.

ANNEXE 3.3 : HÔPITAL ÉRASME - CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES (SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE)

Entretien réalisé le 06/03/2024 à l'Hôpital Érasme

Personne interrogé :

Radiologue chef de clinique spécialisé dans la radiologie d'urgence

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Radiologue

Oui, bien sûr.

Mémorant

Pouvez-vous me dire quelle est votre fonction ici au sein de l'hôpital et depuis combien de temps vous l'exercez ?

Radiologue

Alors, je suis radiologue abdominale. Dans notre service, on est divisé en cliniques. Je suis dans la clinique de radiologie abdominale depuis quatorze ans et depuis 2020, je suis directeur de cette clinique.

Mémorant

Est-ce que vous avez participé à l'élaboration du plan d'urgence actuel de l'hôpital ou pas ?

Radiologue

Non, je n'ai pas participé. J'ai participé à l'élaboration de la procédure pour la prise en charge des polytraumatisés qui est une partie du plan d'urgence. Mais je n'ai pas participé directement à l'élaboration du plan d'urgence au sens large.

Mémorant

Savez-vous si quelqu'un du service de radiologie a participé à ça ?

Radiologue

Pas que je sache. On appelle ici le plan d'urgence le plan MASH. Il est prêt depuis toujours. Donc ça n'a jamais été revu, en tout cas aucun des radiologues à ma connaissance n'est impliqué dans ça.

Mémorant

En lisant la loi belge, le service de radiologie apparaît trois fois dans les règles entourant l'élaboration du PUH. Le service d'imagerie médicale est une des fonctions à contacter en cas d'activation du plan d'urgence hospitalier. Est-ce le cas ici ?

Radiologue

Oui, en fait, on a des liens de communication privilégiés avec les urgences et le labo de choc. C'est eux qui fondamentalement donnent l'alarme. Et donc c'est les mêmes voies de communication qui sont activées pour le plan d'urgence. Donc, si on prévoit une arrivée massive de patients et tout ça, c'est toujours les urgences qui nous appellent via les bips de garde.

Mémorant

Pour contacter le radiologue qui est présent sur place.

Radiologue

Exact.

Mémorant

Est-ce qu'un représentant du service de radiologie participe aux réunions de suivi du PUH ? J'imagine que ce sera la même réponse.

Radiologue

Honnêtement, non. En fait, pour ce qui concerne les polytrauma, ce qui n'est pas tout à fait le plan d'urgence, on a mis en place des réunions de morbi-mortalité, des réunions de revue de cas à problèmes. Assez récemment. À cela, je participe. Mais pour le plan d'urgence tout court, non.

Mémorant

Est-ce qu'à votre connaissance, il y a une description de tous les appareils radiologiques pour les urgences ?

Radiologue

Certainement. Il y a un cadastre des machines. Oui, absolument.

Mémorant

Dans l'analyse que j'ai faite, plusieurs auteurs identifient le service d'imagerie médicale comme un potentiel goulot d'étranglement en cas d'arrivée massive des patients. Est-ce que vous partagez cet avis ?

Radiologue

De l'avis général, on arrive à absorber. Mais c'est vrai que si on fait face à une situation d'urgence où il y a plusieurs actes à faire en même temps, effectivement, il faudra activer des mesures supplémentaires. Par exemple, quand on reçoit les patients, la plupart du temps on doit faire des scanners. Érasme n'a qu'un scanner allumé en permanence. L'autre, il est activable, mais il n'y a pas de personnel en permanence. Donc, en fait, les moyens techniques sont présents, mais le potentiel humain doit être déployé. C'est faisable en temps rapide. Parce qu'on a trois scanners, plus un quatrième de l'autre côté, donc on a un parc de machines assez conséquent et donc on est capable de le faire. C'est juste que toutes les machines ne sont pas 'staffées'. Et il y a un seul radiologue normalement, par exemple la nuit, mais tout le monde est rappelable. On peut staffer les équipes facilement.

Mémorant

Donc ça, c'était pour la partie générale. Est-ce qu'il existe une fiche d'action dans le plan d'urgence ? Quelque chose de spécifique pour l'imagerie ?

Radiologue

Je crois que oui. Tout est dans un système de fichier partagé. Je crois que ça existe. Je peux te le retrouver, mais je ne suis pas sûr à 100 % parce que ce n'est pas moi qui l'ai rédigé, mais elle existe.

Mémorant

Cette fiche est adaptée et évolue avec le temps ?

Radiologue

Je ne sais pas, je ne crois pas, pour le simple fait que je ne l'ai jamais vue. Je sais parce que toutes les procédures ont été rédigées par écrit quand on a obtenu l'accréditation. Donc la fiche existe, mais il n'y a pas vraiment de processus de révision constant.

Mémorant

À travers la littérature et les études que j'ai compilées dans le cadre de mon mémoire, j'ai identifié des aspects qui peuvent causer un dysfonctionnement du service d'imagerie médicale lors d'un afflux massif de patients ou d'un événement catastrophique. Est-ce qu'il existe une procédure pour renforcer rapidement le personnel sur place, un processus de rappel rapide ?

Radiologue

Oui, absolument. Il y a des listes de radiologues d'astreinte, il y a des réserves. Et des technologues aussi, il y a des listes de rappelables.

Mémorant

Et ces listes sont mises à jour ?

Radiologue

Ça, c'est d'office. Il y a des listes de rappelables tout le temps en fait. Donc il y a des radiologues en première ligne. Enfin, en journée, on est tous là. La nuit, il y a un radiologue sur place et une série de radiologues rappelables. Tout le monde est prêt à répondre à l'alerte et est conscient de son rôle de garde quand c'est le sien.

Mémorant

Pour ce qui concerne l'identification du patient, donc quand le patient arrive aux urgences, comment ça marche en cas d'afflux massif de patients ou dans le cas où on ne connaît pas l'identité du patient ? Donc la personne n'a pas de pièce d'identité sur lui ?

Radiologue

Alors normalement, si le patient n'a pas de pièce d'identité, nous en radiologie, on donne un code fictif. Et on met l'horaire de l'examen. Et après quand on a l'identité, on fait l'association du dossier. C'est ça qu'on fait. On donne une espèce d'identifiant radiologique pour retrouver les images dans l'archive. S'il y en a plusieurs, normalement, quand l'arrivée du patient est annoncée, nous on demande déjà l'identité pour pouvoir l'encoder. Donc, pour accélérer le flux, dès qu'un trauma ou un patient est annoncé, donc il est encore dans la rue, nous on demande déjà l'identité pour pouvoir, si c'est possible, très précocement l'encoder. S'il n'y a pas d'identité, alors on encode avec un numéro fictif.

Mémorant

Et sinon, de base, ce sont les urgences qui créent la fiche d'identification du patient ?

Radiologue

Exactement, les urgences créent la fiche d'identification du patient et nous communiquent directement le numéro de dossier. En fait, ils encodent les données et un numéro de dossier est créé : il s'agit de la date de naissance à l'envers, M ou F pour masculin ou féminin et la première lettre du nom de famille. Donc tout ça, c'est codifié.

Mémorant

Et donc ce numéro suit le patient ?

Radiologue

Exact, le numéro identifie le patient au sein de l'hôpital.

Mémorant

Est-ce qu'il y a un mécanisme prévu pour l'annulation, par exemple, des examens non-urgents, pour avoir plus de disponibilité des ressources d'appareillage ?

Radiologue

Il n'y a pas vraiment de procédure établie, mais il y a moyen de déplacer les examens ailleurs, sur les autres machines, parce que justement on a plusieurs machines, donc il y a moyen de déloger si c'est possible, sinon on annule. Après, ça dépend du degré d'urgence.

Mémorant

C'est donc fait au cas par cas ?

Radiologue

Ce sont les seniors coordinateurs qui font le tri des examens urgents versus pas urgents.

Mémorant

Mais il y a une possibilité ?

Radiologue

Oui, ça se passe sans problème.

Mémorant

On évoquait tantôt le protocole que vous avez créé. Il s'agit d'un protocole polytrauma ?

Radiologue

On a créé une procédure de prise en charge des patients polytraumatisés pour qu'il n'y ait pas de perte de temps et que tout soit codifié. Donc, en fait, on a fait une espèce de mode d'emploi, avec des passages très précis aux urgences, au déchocage... pour que les choses se déroulent sans problème et qu'il n'y ait pas de discussions. Donc en fait, c'est pour fluidifier la communication, pour accélérer le processus et pour avoir la radiologie intégrée dans la prise en charge. Parce que notre plus grand problème, c'est un problème logistique, c'est que notre scanner qui est quand même la clé pour notre diagnostic est au premier étage. Donc en fait, le patient doit prendre l'ascenseur, donc le patient arrive au -1 à l'étage des urgences. Puis, si l'urgentiste juge nécessaire la réalisation d'un scanner, le patient doit prendre l'ascenseur, ce qui est une opération extrêmement chronophage. Et donc on a essayé d'optimiser pour que ceci ne soit pas source de trop de perte de temps. Et donc en fait, il y a toutes des alertes qu'on donne pour que la table soit libérée quand ils prennent l'ascenseur. Il y a tout un système pour essayer d'optimiser, pour faire avec les contraintes logistiques de l'hôpital. Et ça, c'est d'application le jour comme la nuit, tout le temps. Et c'est aussi fait pour avoir le compte rendu en priorité, faciliter la communication des résultats. Donc de la prise en charge à la communication des résultats, tout est écrit dans la procédure. C'est la chose qu'on applique le plus souvent parce que le plan d'urgence hospitalier, c'est complètement anecdotique, alors que le polytrauma, c'est

vraiment, je ne dis pas le quotidien, mais c'est vraiment tout à fait récurrent. Et donc on le teste et si ça dysfonctionne, on l'adapte. Cette procédure-là est soumise à révision très régulièrement.

Mémorant

Ce protocole intègre la question du stockage dans le PACS ?

Radiologue

Ça, c'est automatique, ça fait partie du système de stockage habituel parce qu'on a d'énormes archives. Donc ça, il n'y a aucun problème.

Mémorant

Parfait. Et donc on parlait aussi de la communication des résultats de façon rapide avec les urgentistes. Il y a un mécanisme prévu pour ça ?

Radiologue

Nous, on fonctionne avec des bips, donc des téléphones, mais donc il y a une communication orale qui est immédiate et la communication écrite suit immédiatement. Pour le patient polytraumatisé, je ne te dis pas pour le plan d'urgence, le radiologue est présent au moment de l'examen : il donne à l'urgentiste qui est présent, enfin on l'appelle le traumaleader qui est présent au moment de l'examen les informations vitales et il lui donne une fiche, un papier, où il met par écrit ces informations vitales sous la forme d'une formule codifiée sur laquelle on a travaillé afin d'éviter que cette transmission ne soit qu'orale. Donc en fait, on dit oralement, on remplit la fiche selon des codes et après eux ils partent déjà avec la prise en charge et nous on rédige le compte rendu à notre console. Une fois le compte rendu définitif prêt, on les appelle en disant que tout est dans les archives, dans le dossier patient. Donc là, ils peuvent l'ouvrir.

En résumé, les observations préliminaires sont données via une communication orale et un papier sommaire, puis une communication écrite détaillée dans des temps qui sont définis. Donc, au moment même, donc délai zéro, et dans les quinze minutes, le compte rendu définitif est prêt.

Mémorant

Indépendamment du plan d'urgence, un mécanisme est donc prévu ?

Radiologue

Oui, mais dans le plan d'urgence, ça serait pratiquement la même chose, c'est exactement la même mécanique.

Mémorant

Et est-ce qu'il y a une définition des rôles et des fonctions au cas où on active un plan d'urgence collective ?

Radiologue

Écoutez, je pense que dans la procédure, il doit y avoir. En tout cas, nous on a toujours un junior et un senior au moins. Et donc en fait, la définition des rôles, c'est que le junior est à la machine et le senior en coordination. Donc si besoin, le senior vient à la machine. Mais en tout cas on a toujours junior et senior. Et après on a plusieurs seniors si c'est nécessaire et plusieurs juniors aussi. Mais normalement la dialectique junior-senior est bien codifiée.

Mémorant

Pour ce qui concerne la partie plus technique des machines, donc au cas où il y a une interruption d'approvisionnement en eau et en électricité, est-ce que des choses sont prévues ?

Radiologue

Alors ça, je ne sais pas répondre à cette question. J'imagine que oui, mais honnêtement je ne sais pas répondre. Nous, on a deux scanners au premier étage et un troisième qui est très vieux. Donc c'est toujours le même scanner, donc le CT1, qui est pris pour les urgences. Donc le CT1, c'est le CT qui n'est jamais éteint et qui fonctionne 24/7. Au cas où il y a une panne du CT1, tout est dévié sur le CT2. Donc, on a ce mécanisme de shift de machine en cas de panne, mais en cas de coupure électrique générale, ça non, ça je ne sais pas vous dire. Il doit y avoir, mais je ne sais pas. Mais en cas de panne de la machine, oui, c'est prévu.

Mémorant

Est-ce qu'il y a une procédure particulière en cas de cyberattaque ou une défaillance du système informatique ?

Radiologue

Ça, je ne sais pas te dire. Aucune idée. Mais je crois que le réflexe serait de fonctionner avec des traces écrites quand même. Parce que le problème de la radiologie, c'est que tu donnes beaucoup d'informations. Donc les gens ne retiennent pas. Dans un système de stress, les gens ne retiennent pas ce que tu dis. Donc il faut écrire. Donc même de manière sommaire, on ne peut absolument pas se fier à l'information orale. Dans le passage d'informations, on perd beaucoup de détails, donc c'est très dangereux pour nous de ne donner que des infos orales. Donc à chaque fois qu'on donne une info orale, il y a une info écrite qui suit. Donc si on n'a pas d'informatique, c'est fait sur papier, mais c'est toujours fait par écrit.

Mémorant

Est-ce qu'il y a un système permettant d'assurer un stock de matériel suffisant pour permettre de continuer à faire des examens en cas de nombre important d'examens à réaliser ? Notamment pour le produit de contraste ?

Radiologue

Ça écoute, je pense que c'est une info à poser aux technologues. J'imagine que oui, mais les radiologues ne s'occupent vraiment pas du matériel. Parce que les paramédicaux sont toujours avec nous, ils font partie de l'équipe, comment dire, d'urgences. Et donc tout ça c'est vraiment de leur ressort quoi. On peut demander si tu veux, mais j'imagine qu'il y a une procédure, mais je ne sais pas te répondre.

Mémorant

Est-il prévu un mécanisme de retour à la normale ? Ici, il n'y a pas de fiche d'action spécifique, donc c'est difficile, mais comment on revient à une situation normale, normalement pour replacer les rendez-vous ?

Radiologue

Je ne crois pas qu'il y a quelque chose de codifié, mais comme ça nous arrive de temps en temps de devoir déplacer des patients pour des raisons non-urgentes, genre les pannes, normalement on a toute une coordination qui suit derrière. Donc les patients ne sont pas abandonnés. Mais tout ça, c'est encore une fois du ressort du secrétariat. Il y a des coordinateurs ou des coordinatrices pour chaque modalité. Et donc s'il y a quelque chose qui se passe, par exemple, au scanner, il y a une personne précise qui s'occupe de ça. S'il y a quelque chose qui se passe à l'échographie, une autre personne. Donc, en fait, l'attribution des responsabilités est très harmonisée, et donc chaque personne peut prendre en charge ça. Donc, il n'y a pas une seule personne qui doit tout faire. Pour ça, la coordination est faite par modalité. Donc elle suit.

Mémorant

Est-ce qu'il y a un moment pour le débriefing ou l'analyse de la situation ? Donc s'il y a eu un problème, est-ce qu'il y a un moment où vous prenez pour analyser cela ?

Radiologue

Alors, les moments ne sont pas codifiés. Par exemple, de manière générale, mais pas spécialement lors de l'activation du PUH, quand l'assistant qui est sur place a un problème de panne, un problème technique, un problème humain, un problème quelconque, il essaye de gérer au mieux et après il écrit un mail et on débriefe le lendemain. Ce n'est pas codifié, c'est une démarche interne. Donc les assistants qui sont en première ligne à chaque fois qu'ils ont un problème de toute sorte, je leur demande d'écrire un mail décrivant les faits. Moi, je débriefe avec les gens du service concerné. Mais ce n'est pas eux qui débriefe, c'est moi qui débriefe, c'est le responsable. Donc, en fait, l'info remonte et après c'est débriefé entre responsables. Chacun demande au personnel du terrain ce qui s'est passé et après le responsable débriefe. C'est comme ça que ça marche.

Mémorant

J'ai compris. Et est-ce qu'il existe des simulations, des exercices que vous faites pour le PUH ?

Radiologue

Non. Je devrais vous dire que oui, mais non, on ne l'a jamais fait. En fait, quand on a mis en place la procédure, on a fait des simulations, mais on ne le fait pas pour le polytrauma. Mais on ne le fait pas régulièrement, non. Et pour le plan d'urgence, je crois qu'une fois on a mis l'hôpital entier en modalité "urgences", mais vraiment une fois, une fois depuis les attentats, donc depuis 2015. Donc très anecdotique.

Mémorant

Je suis arrivé à la fin de mes questions. Vous pensez qu'il y a un besoin d'attention qu'un service d'imagerie médicale devrait avoir pour pouvoir marcher, ne pas dysfonctionner.

Radiologue

Moi, je pense que la chose la plus importante, c'est que les rôles soient définis. Donc, il faut avoir des responsables, des gens de référence, dans tous les services. Donc, nous aussi en imagerie médicale, on doit avoir un responsable. Par exemple, moi, je suis un peu référente pour tout ce qui est Urgences, j'ai un contact assez courant avec le référent de l'USI, le référent de la garde. Donc la communication avec les autres services est la chose la plus importante. En interne ça va, on tourne bien. Mais le problème arrive quand tu dois communiquer avec les autres. Donc le problème c'est les problèmes d'interface. Ce n'est pas des problèmes internes parce qu'en interne on est tous organisés, on comprend notre logique. Mais c'est dans l'interface qu'il y a parfois des problèmes et donc il faut identifier des responsables pour ce genre de choses, c'est le plus important.

Mémorant

Donc même pour des communications avec les autres services ?

Radiologue

Oui, exact. Moi je dois savoir avec qui je dois parler, si j'ai un problème. Donc, je pense que chaque service de radiologie doit identifier des responsables dans les autres services pour des problèmes concernant les examens d'urgence. Pas commencer à dire : qui était là ce jour-là, toi, parce que la garde en fait, les urgences, ça peut arriver à n'importe quel moment. Donc tu peux avoir affaire à tout le monde, mais tu ne peux pas aller à la pêche de la personne qui était là. Tu dois savoir qui est le responsable. Parce qu'il y a tellement d'intervenants et donc tu ne peux pas aller à la recherche de l'intervenant qui était là au moment du problème. Donc le plus important, c'est d'avoir des responsables pour la communication.

Mémorant

Vous voulez ajouter autre chose ?

Radiologue

Moi je n'ai rien à ajouter, tout va bien.

Radiologue

Merci beaucoup pour votre temps.

ANNEXE 3.4 : CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Entretien réalisé le 11/03/2024 aux Cliniques universitaires Saint-Luc

Personne rencontrées :

Coordinatrice PUH

Chef de service d'imagerie médicale

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui

Coordinatrice PUH

Oui

Mémorant

Pourriez-vous m'indiquer votre fonction ici au sein de l'hôpital en précisant depuis combien de temps vous exercez ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Je suis médecin-chef du service d'imagerie médicale depuis 2021 et chef de département.

Aussi chef de département, mais ça c'est une question d'organisation interne à Saint-Luc où l'imagerie est à la fois un service et un département. Et donc je participe à des réunions de la direction médicale chaque semaine.

Coordinatrice PUH

Et moi je travaille pour la direction médicale en tant que gestionnaire de projet. Donc mon n+1, c'est le directeur médical, mais j'ai aussi la fonction de coordinatrice du plan d'urgence hospitalier.

Mémorant

Et est-ce que vous avez participé à l'élaboration du plan d'urgence hospitalier actuel ?

Coordinatrice PUH

Oui, oui. Donc il y avait, en 2018, un plan qui existait, mais qui était fort "des bouts de chandelles" comme on dit. Et donc quand on s'est fait accréditer, on a pris l'initiative d'harmoniser ce plan et de le retravailler. Et ça, c'est le travail que j'ai fait en 2018.

Mémorant

Et aussi au processus d'évaluation et d'adaptation ?

Coordinatrice PUH

Oui, je suis vraiment la coordinatrice, donc je veille à ce que ce plan reste à jour et que les gens soient formés. Donc voilà, ça, la formation, c'est un domaine élastique.

Coordinatrice PUH

OK, et vous ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, pas à cette époque-là. C'était avant mon entrée en service, l'accréditation c'était 2018-2019.

Coordinatrice PUH

Et on n'a jamais vraiment impliqué l'imagerie médicale. Donc en fait, depuis l'année passée, fin de l'année passée, on a mis un focus sur les cyberattaques. Et donc à ce moment-là, mais c'est tout récent, on a fait le tour des services clés, dont l'imagerie, pour savoir comment ils peuvent s'adapter à ce moment-là. Mais à part ça, il n'y a rien de spécifique à la radiologie. À part les numéros des personnes de garde. Toi, tu es dans le plan d'urgence, avec ton numéro de téléphone, etc. Mais ça ne va pas plus loin que ça.

Mémorant

En analysant la législation qui entoure le PUH, la radiologie, donc le service d'imagerie médicale, est citée à trois moments. Premièrement, le service d'imagerie médicale fait partie des fonctions à contacter à un moment dans la chaîne pendant l'activation du PUH. Est-ce qu'ici c'est le cas ?

Coordinatrice PUH

Ça, c'est le cas.

Médecin-Chef imagerie médicale

Maintenant, est-ce qu'il n'y a que le chef de service qui est contacté ou est-ce qu'il y a d'autres membres de l'imagerie ?

[Coordinatrice PUH](#)

On va regarder. Non, il y a d'autres membres, il y a des référents par secteur. Oui, je vais prendre le PUH et te dire tout de suite.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Il n'y a que des médecins. Où est-ce qu'il y a aussi des coordinateurs-technologues.

[Coordinatrice PUH](#)

Je vais voir.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Mais comme ça j'apprends des choses.

[Coordinatrice PUH](#)

Donc finalement, je vais projeter notre plan. Je l'ai aussi ici imprimé, mais ce n'est jamais la dernière version. J'évite de regarder là, parce qu'il y a toujours des modifications qui ne sont pas imprimées à ce moment-là. Donc on a un système qu'on appelle PACO pour partage de connaissances. C'est un genre de site web centralisé où tous les documents se trouvent, entre autres le PUH, toutes sortes de procédures. Et c'est ça, c'est là où je vais regarder parce qu'on peut faire des modifications à tout moment. Donc ici, voilà, ici, c'est les répertoires téléphoniques.

[Mémorant](#)

Je peux continuer. Est-ce que vous participez aux réunions de suivi du PUH ?

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Non.

[Mémorant](#)

Et qui participe à ce type de réunions ?

[Coordinatrice PUH](#)

Officiellement, on a un bureau, mais c'est très théorique. Il y a le directeur médical dedans... Mais en fait, en pratique, c'est moi qui travaille là-dessus avec un ex-urgentiste qui est maintenant infirmier de coordination de l'équipe mobile des infirmiers, et qui s'y connaît très très bien et qui donne les formations avec moi. Donc un ICO, infirmier-chef de coordination, qui a toute une expérience en PUH. Il fait aussi un travail à l'armée. Et il y a aussi un infirmier urgentiste. Et la cheffe du service des urgences. Ce sont vraiment les personnes avec qui on est en contact régulièrement. Et après, quand il y a un événement qui se passe, alors on va faire un feed-back au Comex, le comité exécutif de l'hôpital, et ça fait fonction de réunion du bureau en

fait. Officiellement, on doit faire des réunions chaque année, etc. Mais on fait ça de façon très pragmatique.

[Coordinatrice PUH](#)

Pour revenir à la question sur la chaîne de rappel, donc on a un répertoire téléphonique. Ça, c'est des médecins rappelables. En effet, il n'y a que des médecins, là. Donc, pour l'imagerie générale, c'est le chef de département de l'imagerie médicale. Médecin assistant avec un numéro.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

C'est celui qui est de garde. On a la garde 24 h sur 24.

[Coordinatrice PUH](#)

Et puis médecin en imagerie pédiatrique. Un médecin pour CT-scan thoraco-abdo.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Le suivant, il faut peut-être mettre à jour parce qu'il est pensionné depuis octobre.

[Coordinatrice PUH](#)

Il n'est plus là. Je vais noter. Et il est remplacé par quelqu'un ?

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Docteur [...].

[Coordinatrice PUH](#)

Et puis l'imagerie interventionnelle.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Il faudra le changer à la fin de l'année.

[Coordinatrice PUH](#)

Il est toujours là.

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Il est encore là. Mais à la fin de l'année, il sera pensionné.

[Coordinatrice PUH](#)

Et donc à part ça, je vais voir si on a d'autres choses sur l'imagerie dans notre plan, mais donc on ne voit pas de techniciens. Tu penserais que ce serait utile de les mettre ?

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Il y a toujours un technicien, même deux sur place. Puisqu'en garde, on a deux technologues sur place : un en salle d'urgence pour les radiographies et un au scanner au -2.

[Coordinatrice PUH](#)

Et tu penses qu'il faudrait les mettre dans le PUH ?

[Médecin-Chef imagerie médicale](#)

Je pense qu'il faudrait les mettre, qu'il soit informé que le PUH est déclenché avec impact sur l'imagerie. Donc c'est des numéros qui sont dans l'intranet, ils ont des téléphones aussi.

Coordinatrice PUH

Et donc ce n'est pas un nom qu'on doit mettre, c'est un numéro.

Médecin-Chef imagerie médicale

C'est un numéro, comme pour l'assistant de garde en fait.

Mémorant

Donc il y a toujours un assistant qui est présent ?

Médecin-Chef imagerie médicale

24 h sur 24, il y a un assistant de troisième année minimum. Et il y a pour chaque secteur un radiologue rappelable. Donc imagerie, thoraco-abdominale, imagerie neuro, imagerie ostéo-articulaire, imagerie pédiatrique et imagerie interventionnelle.

Coordinatrice PUH

Donc il y a aussi un médecin assistant qui est mentionné ici en radiologie aux urgences.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, ça, c'est le [XXXX].

Coordinatrice PUH

Ici est marqué le [YYYY].

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, donc il y a deux assistants. En fait, la nuit, il n'y a qu'un seul assistant. Mais le samedi et le dimanche en journée, il y a deux assistants : un qui est aux urgences et un qui fait les scans.

Coordinatrice PUH

Oui, oui. Donc celui-là, il n'est pas mentionné.

Médecin-Chef imagerie médicale

Et le [YYYY], c'est celui qui est tout le temps-là, jour et nuit.

Coordinatrice PUH

Oui, donc l'information est correcte, mais il faudrait qu'on rajoute l'autre ou pas, il est déjà dedans.

Médecin-Chef imagerie médicale

On pourrait ajouter l'autre aussi. Et on pourrait rajouter les technologies.

Coordinatrice PUH

Je vais te recontacter après pour mettre à jour. Donc le numéro de l'assistant qui n'est pas aux urgences, mais qui est de garde quand même.

Médecin-Chef imagerie médicale

Sont contactés après cette mise à jour toutes les personnes qui sont sur place pour la garde et les responsables des secteurs. Moi si on me contacte, je peux être de garde, mais je peux être aussi chez moi à la maison. C'est plus simple que de contacter les 25 membres du service. Moi si je reçois ça, on a le listing des numéros de GSM, on sait prévenir s'il faut les personnes concernées.

Coordinatrice PUH

Oui, bien sûr. Il y en a aussi un système qu'on appelle le « PUH call out ». Donc c'est un système d'appel automatique. Et donc, quand un plan d'urgence doit être déclenché, il y a d'abord une concertation entre trois fonctions : le superviseur des urgences (et pas le chef de service parce que ça dépend qui est sur place), la garde administrative (ça, c'est un groupe de sept, huit directeurs techniques, informatiques et administratifs, en bref, pas des soignants) et l'infirmier-chef de coordination que j'ai déjà mentionné. Et donc ces trois personnes vont se concerter. Le superviseur des urgences va avoir le poids le plus important, parce qu'en principe, c'est lui qui pourra le mieux évaluer la situation. Parce que notre plan d'urgence, on l'a fort conçu pour un afflux de victimes. Donc c'est vraiment dans ce sens-là qu'on a travaillé tout le document. Et donc c'est le superviseur des urgences qui va être en première ligne et qui va avoir en principe le plus d'informations. Sauf s'il s'agit de quelque chose en interne : dans ce cas-là, ça peut partir du technique aussi. Donc ces trois personnes vont se concerter et là, la garde administrative générale (GAG) peut alors contacter notre centre de contrôle qui va pouvoir déclencher le PUH Call out, ce système téléphonique. Et ça appelle toutes les personnes qui sont de garde et la personne décroche et entend une voix. [médecin-chef de radiologie], tu l'as déjà reçu ?

Médecin-Chef imagerie médicale

J'ai déjà eu plusieurs fois, oui.

Coordinatrice PUH

Parce qu'on fait des tests de temps en temps. Et donc celui qui décroche entend une voix qui dit "un plan d'urgence est déclenché, tenez-vous près du téléphone". Et donc toutes les fonctions qui sont de garde sont déjà au moins mises au courant. On ne leur demande pas de revenir par cette voie-là parce que sinon tout le monde va revenir. On a cette option, mais on ne va, je pense, jamais l'utiliser. Donc c'est plutôt pour alerter et prévenir.

Mémorant

Toujours pour les obligations légales, est-ce que dans le plan d'urgence sont répertoriées toutes les machines du service matériel médical à utiliser pour les urgences ?

Coordinatrice PUH

Non, c'est une obligation légale ?

Mémorant

Non, en fait, il faut répondre par oui ou non à la question de savoir si telle machine est présente...
Le nombre pas, la loi a changé récemment.

Médecin-Chef imagerie médicale

Nous, on a un scanner 24 h sur 24 qui est disponible.

Coordinatrice PUH

Oui, mais est-ce qu'on l'a mentionné dans le plan d'urgence ? On a suivi le Template qui est sorti en 2016, un truc comme ça. Et il y avait une première partie où il y a ce genre d'information. On l'a complété, on ne le regarde plus.

Mémorant

C'est sans doute toujours à jour.

Médecin-Chef imagerie médicale

Et on a quatre scanners donc s'il tombe en panne, on a d'autres scanners pour pouvoir continuer à travailler.

Coordinatrice PUH

Et donc en pratique, c'est la partie deux "fiches-actions". Nous on a scindé en deux notre plan d'urgence, une partie 1 qui a cette partie un peu légale. Et la partie 2 est vraiment celle qu'on va utiliser, parce que là il y a une fiche par fonction. Donc la personne voit ce qu'elle doit faire et on fait des exercices avec ça. Voilà, il n'y a pas de fiches pour la radiologie, mais peut-être qu'il faudrait en mettre une. Il y a d'abord les fiches-actions et puis il y a les répertoires téléphoniques. Voilà, pour donner un exemple, il y a la responsable du garage qui a une fiche.

Mémorant

Maintenant, seulement un petit commentaire sur un point. Dans la littérature, les auteurs que j'ai analysés pour préparer la partie théorique parlent de la radiologie comme un risque de goulot d'étranglement. Donc que le service puisse retarder, en cas d'afflux massif de patients, la prise en charge des patients eux-mêmes. Est-ce que vous partagez l'idée ?

Coordinatrice PUH

Quand on pose la question aux personnes du service des urgences de savoir ce qui est le plus important pour eux pour pouvoir travailler, ils parlent toujours des labos et de l'imagerie. Donc c'est vrai que si l'imagerie ne fonctionne pas, ça va être compliqué. Mais est-ce un risque de goulot d'étranglement ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Aujourd'hui, dans la configuration actuelle en garde, on a la possibilité de faire travailler un scanner non-stop, mais un scanner à la fois, c'est-à-dire qu'on n'a pas le personnel pour faire

fonctionner deux scanners en parallèle aujourd'hui. Donc après, pour le scanner, il y a des prises en charge qui peuvent être rapides. Il va falloir avoir un tri des patients par priorité. On va traiter les patients le plus vite possible, dans l'ordre des priorités déterminées par les urgences.

Coordnatrice PUH

Et en cas de plan d'urgence avec beaucoup de polytrauma et donc beaucoup de scanners à faire.

Médecin-Chef imagerie médicale

Donc il y a deux technologues de garde, un en salle d'urgence, un au scanner, celui qui est en salle d'urgence n'a pas forcément la compétence pour faire du scanner. Il sait faire des radiographies, mais certains d'entre eux ne savent pas faire de scanner. Ou alors ils savent utiliser un scanner sur les quatre, mais pas celui qui serait utilisé. Et donc aujourd'hui, on pourrait le faire descendre pour donner un coup de main en termes de manutention pour aider son collègue au scanner. Mais je pense qu'il sera plus utile à faire peut-être des radios parce que des polytrauma, on peut aussi déjà avec les radios répondre à certaines questions. Donc à mon avis, il aura son utilité en haut [aux urgences], ce qui fera qu'en bas au -2 au scanner [imagerie médicale], on aura un technologue seul pour cette activité-là, ce qui est le cas aujourd'hui et ce qui fonctionne. Simplement vous parliez de goulot d'étranglement, oui, il y aura un patient à la suite qui sera pris en charge au scanner.

Coordnatrice PUH

Mais qu'est-ce qui est le plus utile et important à avoir quand il y a vraiment beaucoup de patients qui entrent. Disons avec un accident de la route ou quoi. C'est la radiologie ou c'est le scanner.

Médecin-Chef imagerie médicale

Enfin, ça dépend. Est-ce que le patient est stable ou pas stable ? Parce que c'est ça, il y a des patients qui vont aller directement au bloc opératoire. Enfin, tout dépend du degré d'urgence. Nous, on n'aime pas trop avoir des patients instables sur la table du scanner parce qu'on ne peut pas être là non plus à tout moment durant le temps d'examen. Et puis même si on fait les choses vite, ça prend quelques minutes et pour un patient qui est instable, ça peut basculer. Donc voilà, il y a des patients qui sont censés aller directement au bloc opératoire pour une exploration chirurgicale. Après, il y a des patients qui sont stables ou stabilisés, qui vont avoir un bilan, un bilan d'imagerie et je pense qu'un scanner en garde, si on parle d'un scanner thorax abdominal avec injection de produit de contraste, il faut compter dix, quinze minutes je pense, quinze minutes minimum par examen. Donc c'est sûr que si on a dix patients dans ce cas de figure là, il va falloir que certains attendent.

Coordnatrice PUH

Et aux urgences, il y a quoi ? Il n'y a pas un scanner ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y a radio et écho à l'étage 0 dans le service des urgences.

Coordinatrice PUH

Et ce n'est pas la radiologie qui va être plus utile pour aller vite et pour faire des petits ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Pas pour certaines pathologies. Voilà, pour tout ce qui est abdominal, ça n'a pas d'utilité. Donc là c'est le scanner. Il y a l'échographie éventuellement qui peut être utile en urgence pour l'abdomen : rechercher du liquide, un saignement. Donc nous, ce qu'on fait, c'est qu'il y a radios de thorax et radios du bassin qui sont faites chez les polytraumatisés et fast echo donc une échographie rapide de l'abdomen pour rechercher certaines pathologies urgentes.

Coordinatrice PUH

Là tu parles aux urgences ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Aux urgences. Et après, si le patient a besoin d'avoir un scan, il descend et ça peut être un scan. Alors si c'est un polytrauma, c'est un scan général thoraco-abdominal complet avec injection de contraste. Et ça c'est fait normalement pour un vrai polytrauma, après le bilan aux urgences rapide qui est radiographie et FAST-echo. Mais donc est-ce que c'est un goulot d'étranglement ? Oui, potentiellement.

Si on parle d'afflux de nouvelles victimes et si j'ai dix polytraumatisés qui sont à la limite entre stables, instables ou qui viennent d'être stabilisés, je n'aurais pas les moyens aujourd'hui de les imager tous en même temps. Mais l'urgentiste n'aura pas les moyens de les examiner tous en même temps. Enfin, voilà, notre goulot d'étranglement est à l'image des autres services. Et normalement il y aura des patients plus urgents et moins urgents. Ils seront vus par les urgentistes dans cet ordre-là et ils seront 'imagés' dans cet ordre-là. Donc, finalement, l'urgent, le patient instable, il va être stabilisé parce que c'est ça aussi, c'est que le patient instable, il doit être accompagné par des médecins. Donc si le patient est instable, l'urgentiste va devoir venir au scanner pour accompagner son patient. Il ne peut pas nous le confier et partir parce que nous, on n'a pas les compétences pour surveiller et traiter le patient s'il décompense. Donc ce qui veut dire que pendant ce temps-là, l'urgentiste, il ne peut pas s'occuper d'un autre patient, il suit le patient. Mais un patient qui est stable, on peut imaginer qu'il est amené par les brancardiers, on l'imagine et c'est ce qui est fait pour pas mal de polytrauma aujourd'hui quand ils sont stables : ils viennent, ils sont imagés et ils remontent.

Mémorant

Et donc oui, surtout que ce n'est pas sur le même niveau, ça prend du temps le transport du patient ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Je pense qu'il faut compter quand c'est la nuit, quand il n'y a pas de monde dans l'hôpital, c'est cinq minutes, il y a un ascenseur.

Coordinatrice PUH

Il faut quelqu'un pour le chercher. Enfin, sauf s'il est accompagné, c'est le personnel lui-même.

Mémorant

Maintenant, seulement pour passer en revue les causes de dysfonctionnement dans le service d'imagerie médicale lors d'un afflux massif de patients ou d'un événement catastrophique. Et donc, par exemple, le manque de personnel, vous avez expliqué donc comment on avertit le personnel de l'activation du plan de centre hospitalier. Mais pour faire revenir sur place du personnel ?

Coordinatrice PUH

Alors, on dit que tout rappel est nominatif, que donc la personne, la hiérarchie va appeler les personnes pour les faire venir. Parce qu'on veut éviter aussi que tout le monde revienne, comme aux attentats du 22 mars, il y avait un monde fou aux urgences et pas trop de victimes en fait. Donc les gens ont souvent envie de venir et de venir aider, mais on dit "ne revenez pas, revenez seulement si on vous appelle, donc restez près de votre téléphone, etc. Mais ne revenez pas spontanément."

Médecin-Chef imagerie médicale

C'est ça qui est important, c'est d'avoir aussi une visibilité de la situation. Il faut que la personne, quand elle est informée qu'il y a un plan d'urgence, sache si on a un petit plan d'urgence, un gros plan d'urgence. Est-ce que je vais devoir éventuellement contacter un technologue qui n'est pas de garde pour avoir deux scanners qui tournent parce qu'il y a 50 personnes qui sont en attente aux urgences ? Ou est-ce que c'est quatre personnes et finalement ça va ?

Coordinatrice PUH

Et donc le but est de ne pas seulement avoir cette alerte-là, mais la personne de garde administrative doit aussi mettre un message de tout ce qu'il sait sur le WhatsApp de la direction. Et là je ne sais pas si tu es dedans.

Médecin-Chef imagerie médicale

Moi je suis dans le WhatsApp du CODIM

Coordinatrice PUH

Non, c'est un WhatsApp qui s'appelle CCH, cellule de coordination hospitalière pour le PUH. Mais donc c'est peut-être effectivement très utile que tu sois dedans. Et donc parce que là tu vas avoir les informations.

Médecin-Chef imagerie médicale

On n'est pas venu pour rien.

Coordinatrice PUH

C'est ce que je me disais. Oui, oui, on va l'inviter.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je ne sais pas si [l'ancien médecin-chef] était dedans, mais c'est vrai que moi je ne connaissais pas.

Coordinatrice PUH

Je ne suis pas sûr.

Mémorant

Oui, donc, pour l'imagerie médicale, si c'est nécessaire, on peut le faire. Mais pas de procédure.

Médecin-Chef imagerie médicale

Voilà, c'est ça. Parce que nous, comme dit, on peut faire fonctionner le scanner 24 h sur 24, on a le personnel pour le faire. La question c'est "est-ce qu'il y a un afflux qui nécessite d'aller plus vite que ça ?". Et à ce moment-là, ça demanderait de rappeler du personnel en plus.

Mémorant

Parfait. Maintenant, c'est pour l'enjeu de l'identification du patient. Donc effectivement, comment fait-on pour donner un code d'identification au patient, ce code le suivant pendant tout le parcours de soins dès l'entrée, indépendamment de savoir si on connaît l'identité du patient ou non ? Est-ce qu'il a un système ?

Coordinatrice PUH

Oui, on a un système. Dès qu'il y a activation du plan d'urgence hospitalier, on va changer un peu le flux aux urgences. Donc l'identification va être plus rapide. Donc aux urgences, ils vont basculer dans un système, donc notre dossier informatique qu'on l'appelle le TPI. Donc il y a un bouton que quelqu'un peut pousser et donc les informations seront plus sommaires. On va plus vite voir tous les patients. Enfin, moi je ne travaille pas avec ce programme, mais c'est prévu. Et s'il y a vraiment un grand flux, on va donner des bracelets avec juste un, deux, trois, quatre, cinq. Donc PUH un, PUH deux, PUH trois, PUH quatre. Et seulement après, quand il y a un peu plus de temps, le service social et les services de l'accueil aux urgences vont compléter les informations sur l'identité des personnes pour qu'on puisse vraiment faire le lien avec le dossier médical qui existe peut-être déjà pour ce patient-là ou pas. Et puis le but est aussi

d'utiliser le système BITS (Belgian Incidence Tracking System). Je ne sais pas si d'autres hôpitaux l'ont mentionné aussi.

Mémorant

Quelques-uns l'ont mentionné aussi.

Coordinatrice PUH

C'est quelque chose de récent. Et donc ça, c'est un système de bracelet aussi. Donc ça veut dire qu'on va mettre deux bracelets aux patients, le nôtre et celui du BITS, si on n'en a pas déjà un : parce que donc le BITS est un système national et donc la Croix-Rouge ou le 112 pourront créer un événement dans le logiciel du BITS. Et donc l'idée est qu'indépendamment du lieu où le patient se trouve, on puisse tous regarder dans ce système pour voir où il se trouve avec ce même bracelet. Donc le premier, le premier qui accueille ce patient, il n'a pas encore de bracelet, il en met un. Et il le met dans l'événement. Mais donc c'est pour des événements qui sont de grande ampleur, qui impliquent plusieurs hôpitaux. Le but est donc de pouvoir localiser les patients. Et chacun a une vue sur les patients qui sont chez lui. Mais donc on n'est pas encore routinier pour utiliser, mais c'est bien le but de l'avoir. Donc voilà, on a notre système adapté en interne et on va utiliser aussi le BITS.

Mémorant

Et donc ces codes d'identification servent aussi pour l'encodage sur la machine.

Médecin-Chef imagerie médicale

Aujourd'hui, tous les patients, ils ont leur bracelet, on les encode dans la machine. On se base sur cet encodage pour ça.

Coordinatrice PUH

Ça, en principe, ça ne doit pas changer si c'est un plan d'urgence.

Médecin-Chef imagerie médicale

Dans un second temps, d'un point de vue informatique, on peut corriger et faire le lien avec l'identité du patient une fois que sa fiche est à jour.

Mémorant

Maintenant, c'est plus pour voir si quelque chose a été pensé pour optimiser l'utilisation des appareils. Donc si par exemple l'événement arrive en journée, est-ce qu'il y a un système pour annuler les examens non-urgents pour libérer de la place ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y a des humains, il n'y a pas un système, mais il y a des humains. Imaginons qu'une telle catastrophe arrive, nous, on va déjà voir quel est le taux d'occupation des machines, qu'est-ce qu'on peut faire pour faire les examens des patients qui sont programmés et si besoin annuler

des patients ou les reporter. Mais ça, c'est une gestion qui va se faire au sein du service d'imagerie, comme ça se fait tous les jours, quand on a tout bêtement une panne d'une machine, un scanner qui tombe en panne, qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on fait tous les examens ? On arrive à les dispatcher ? Est-ce que certains vont être reportés ? Qu'est-ce qu'on fait des patients qui sont déjà là ? Voilà, et ça se fait en discussion collégiale. Et donc après, s'il y a des mesures à prendre, des examens à déplacer, donc les secrétaires reçoivent des instructions et font des changements d'agenda pour pouvoir libérer la machine. Et nous, déjà aujourd'hui, il y a une machine qui est dédiée à l'activité d'urgence sur laquelle il y a très peu d'examens programmés. Il y a des examens programmés, je pense, dans la matinée parce que souvent en salle d'urgence, l'activité est un petit peu plus calme. Et puis l'après-midi, il y a quasiment toute l'activité de la salle d'urgence et à partir de 16h30 et jusqu'au lendemain matin, c'est que la salle d'urgence et les patients hospitalisés. Donc il y a déjà une machine, d'une certaine façon, qui est dédiée à cette activité. Mais s'il fallait libérer de l'espace sur les autres, ce serait possible, comme on le fait au quotidien.

Coordinatrice PUH

Donc cette machine, c'est un scanner ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, c'est le scanner.

Mémorant

Et est-ce qu'il y a des concertations entre radiologue et urgentiste pour définir des protocoles, par exemple un protocole pour les polytraumas, pour les CT polytraumas.

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y a un trauma center, donc, il y a toute une procédure qui est mise à jour régulièrement. Et donc ça, ça existe. Il doit y avoir une fiche PACO avec toutes les infos. J'ai vu il y a quelques mois, je pense, on a envoyé la fiche pour validation et pour mise à jour.

Mémorant

Y a-t-il une procédure pour communiquer rapidement les résultats du scanner et des radios entre radiologues et urgentistes ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Enfin, quand le patient est accompagné par un médecin, il peut y avoir une information communiquée oralement sur place. Voilà, même si c'est quelque chose que le radiologue n'aime pas beaucoup parce qu'on préfère avoir le temps de regarder les images et ne pas donner un compte-rendu rapide, mais partiel ou incorrect. Donc, mais ça peut déjà être une information de base "ah oui, il y a un pneumopéritoine, il y a un saignement...". Ça peut être donné par

téléphone, on peut très bien dire "écoutez, voilà, je regarde les images et je vous appelle dans cinq minutes", le radiologue peut téléphoner au [ZZZZ], donc le superviseur des urgences a un numéro de téléphone connu par tout le monde et donc on peut transmettre des informations de cette façon. Et je pense que les délais, donc nous, les comptes rendus sont faits par un radiologue en formation, un assistant qui le valide dès que le compte-rendu est prêt. Dès que son compte-rendu est prêt, il le valide de manière préliminaire au sein de l'hôpital et les urgentistes ont l'information immédiatement. Je ne sais pas si on a des chiffres, on peut éventuellement les trouver, mais entre la fin de l'examen et la rédaction du compte-rendu, surtout pour les polytraumatisés, c'est une histoire de moins de 20 minutes pour qu'il y ait le compte-rendu écrit. Et s'il y a besoin, il peut y avoir le compte-rendu oral entre temps.

Mémorant

Tout-à-fait.

Coordinatrice PUH

Notre dossier patient s'appelle TPII parce que c'est "trajet patient intégré informatique". Et donc le grand avantage, c'est que tout le monde, enfin toutes les personnes qui s'occupent de ce patient, voit tout en direct sur le même dossier.

Mémorant

Et y a-t-il une définition des rôles et fonctions des membres du service pour gérer l'urgence, donc une répartition dans les rôles ?

Coordinatrice PUH

Donc on a notre cellule de coordination hospitalière, évidemment, mais ceux qui sont repris dedans, c'est vraiment tous les membres de la direction. Et j'ai dit : les trois premières personnes qui vont décider si un plan d'urgence va être déclenché. Et après, oui. Donc tout le monde a sa fonction, tout le monde a ses choses à faire et pour un plan d'urgence qui dure plus longtemps que quelques heures, on va donc rapidement réunir cette cellule de coordination hospitalière. Elle sera menée par soit le directeur général, donc le CEO, soit si lui n'est pas présent, par le directeur médical et on va s'organiser. On ne va pas changer l'organisation de l'hôpital parce que c'est un plan d'urgence. Donc chacun va s'occuper de son département et va gérer un peu plus rapidement que dans d'autres situations. On va faire ses choses quoi. Donc oui.

Mémorant

Et pour l'imagerie médicale, j'imagine, il y a quand même un radiologue sur place.

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y a l'assistant sur place. Il y a tous les médecins qui sont rappelables, il y a tous les responsables qui vont être contactés avec l'appel automatique. Eux peuvent donc prendre les mesures adéquates.

Mémorant

C'est ça.

Coordinatrice PUH

Donc, dépendant de la situation, on va contacter d'autres personnes qui vont se mettre en route.

Médecin-Chef imagerie médicale

On peut imaginer un médecin superviseur qui vient sur place ou qui reste chez lui. Il va regarder les images de manière plus proactive. Donc souvent pendant la garde, il y a des révisions qui se font en fin de journée ou le matin, on fait un bloc d'examens. Là, si on sait qu'il y a un plan qui est déclenché, le radiologue va rester derrière son écran et faire les examens les uns après les autres, de façon à ce que l'information qui est communiquée par l'assistant soit vérifiée et validée définitivement.

Coordinatrice PUH

Et donc ça, c'était pour l'hôpital en général. Mais aux urgences, il y a aussi une structure hiérarchique qui va très clairement indiquer qui fait quoi avec une chasuble. Donc aux urgences, nous avons quatre zones en temps normal. En temps normal, on a le secteur ambulatoire, le secteur couché, le secteur de la réanimation de plus en plus sévère. Et puis encore l'unité d'observation où on va avoir un peu plus de temps pour faire résider les gens jusqu'à ce qu'ils montent aux étages ou qu'ils rentrent chez eux. Et c'est représenté aussi ici. Donc les T1, les victimes gravement blessées vont aller en secteur de réanimation. Les T2 un peu moins graves vont aller dans le secteur couché et les T3 dans le secteur ambulatoire. Et pour chaque secteur, il y aura un médecin et un infirmier qui porte la chasuble de cette couleur. Toutes les autres personnes qui vont travailler pendant un plan d'urgence vont avoir un brassard de la même couleur. En principe donc, le but est que toutes les personnes, tous les professionnels qui sont dans les urgences sont identifiables. Donc quelqu'un qui n'a rien, pas de chasuble, pas de brassard, ne devrait pas y être. Et donc ces personnes vont toutes rapporter au superviseur qui est celui qui porte le numéro de téléphone [ZZZZ]. En principe, ce sera le superviseur des urgences du moment qui va prendre ce rôle et lui va encore rapporter au médecin-chef des urgences. Donc normalement, le chef de service des urgences. Et alors au-dessus de ça, il y a cette cellule de coordination hospitalière.

Donc ces deux personnes sont encore sur place aux urgences, avec une chasuble pourpre, donc un médecin et un infirmier. Et puis vient à l'aide l'ICO. Qui a un rôle vraiment central parce que

les ICO, ils connaissent tous l'hôpital, l'équipe mobile, ils ont travaillé un peu partout et donc ils connaissent le fonctionnement. Ils peuvent faire beaucoup de liens entre les différentes personnes. Donc ça, c'est un peu la hiérarchie qui est mise en place. Mais donc voilà, rien n'est mentionné pour les services annexes, dont l'imagerie. Mais donc, les liens sont faits via cette structure.

Mémorant

Y a-t-il des solutions pour pallier le manque d'électricité ou d'approvisionnement en eau ?

Coordinatrice PUH

Donc ça, c'est le côté panne informatique. On travaille là-dessus, mais donc je pense qu'il y a quand même des choses.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je pense que certains équipements sont sur un système de générateurs. Donc on peut travailler, on peut continuer à travailler en cas de panne.

Coordinatrice PUH

Oui, donc les machines sont sur générateur.

Médecin-Chef imagerie médicale

Pas toutes, certaines, justement celles qui sont dédiées à une activité d'urgence le sont, mais pas toutes. Parce que ça a un coût important et donc mettre ça sur toutes les machines n'est pas nécessaire. Et il faudrait peut-être vérifier lesquelles le sont. Mais je sais que les machines d'urgence, on a aussi des postes informatiques en radiologie, donc des postes informatiques standard qui sont des postes d'urgences qui restent accessibles en toutes circonstances, c'est-à-dire que si on a une panne, on peut avoir accès, comme tu disais, à tout le dossier du patient, même si le reste du matériel est en panne, on sait que celui-ci, il est sur des prises spéciales, il est connecté à un réseau à part. C'est des consoles qui sont maintenues quoi qu'il arrive.

Coordinatrice PUH

PC de secours.

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y en a 5 dans le département, je pense.

Coordinatrice PUH

Et donc ça veut dire aussi que ceux-là, ces ordinateurs, ils reçoivent des informations toutes les demi-heures ou 20 minutes, ça dépend un peu de la zone. Cette information est alors stockée localement. Et donc si tout le réseau tombe en panne, il y a toujours des informations sur les patients prévus dans la journée. Enfin, des informations utiles en urgence peuvent encore être trouvées là, même si le réseau ne fonctionne plus, avec une imprimante installée localement.

Mémorant

Et y a-t-il une analyse du risque pour risque hydrogéologique, incendies... ? Donc pour un risque hydrogéologique ou incendie ?

Coordinatrice PUH

On a des matrices de risque qui ont été faites en même temps que cette accréditation, mais on retravaille là-dessus maintenant. Mais ça c'est pris en charge plutôt par le directeur qualité ? Donc avec toute une analyse de risques, c'est assez élaboré. Et puis, il y a le SIPPT qui travaille aussi là-dessus, puisque c'est un aspect aussi lié à la protection du personnel au travail. On a un service de lutte contre l'incendie qui va recevoir des avis du SIPPT. Donc c'est tout un système.

Mémorant

Et pour ce qui concerne le service informatique, les cyberattaques, vous avez dit que vous avez travaillé un peu plus dessus et c'était donc dans le but d'une meilleure protection ?

Coordinatrice PUH

Il y a deux volets dans ce travail. Il y a le volet hyper technique qui est de se protéger, évidemment, d'éviter une attaque. Et puis si ça arrive quand même d'avoir des systèmes de backup très rapides, ça, c'est vraiment le sujet pour le directeur informatique. Et à côté de ça, on travaille sur la continuité du travail, donc le *business continuity*. Et donc c'est pour ça qu'on a fait ce tour. Par exemple en imagerie, on a appris qu'on n'est pas capable de faire tout à fait l'analyse sur la machine elle-même. Il y a des petites consoles.

Médecin-Chef imagerie médicale

En fonction de ce qui tombera en panne. Si le PACS est en panne et qu'on n'a plus accès aux images sur le PACS, on peut travailler dans des conditions dégradées. Mais après, il faut voir à quel point ces conditions sont dégradées et vérifier si elles permettent encore aux urgences de travailler. Voilà, j'accepte de regarder l'examen sur un écran qui n'est peut-être pas le bon ou dans un environnement qui n'est peut-être pas idéal. Mais voilà, il y a urgence et ça me permet de répondre à la question et de prendre le patient en charge comme il faut. Ou alors pour un patient programmé, un examen de routine, ce n'est peut-être pas idéal et à ce moment-là on va le postposer. Donc on a un peu analysé les différents cas de figure. Si le PACS tombe en panne, si le DPI n'est plus accessible.

Mémorant

Indépendamment de la cause.

Médecin-Chef imagerie médicale

Ça peut être aussi hacking. Mais voilà, quels sont les outils qui nous restent ? Il y a des alternatives. On a déjà eu des pannes de PACS où il a fallu travailler en mode dégradé. On a su

le faire pendant un certain temps. Après, il y a aussi la durée. C'est qu'un hacking, ça peut durer des jours, des semaines. Donc qu'est-ce qu'on fait sur le moment pour continuer à travailler, parce que les patients sont là, parce que les urgences sont pleines ? Qu'est-ce qu'on peut faire dans une semaine si la situation doit se prolonger ? Enfin voilà, il y a toute cette discussion aussi sur l'organisation du travail dans les jours qui suivent la cyberattaque. Et donc il y a une réflexion qui a été entamée, qu'on doit poursuivre.

Coordinatrice PUH

Ça va aboutir dans des procédures un peu plus concrètes.

Mémorant

Mais c'est un point d'attention que vous avez remarqué aussi. Et donc quelle est la procédure pour disposer du matériel nécessaire, pour ne pas être en manque de matériel ? Donc, par exemple, j'imagine, pour le scanner, c'est avoir un stock de produit de contraste. Est-ce que c'est prévu ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Ça, c'est au quotidien. Donc voilà, il y a un système, un nouveau système informatique. Quand il y a un produit qui est consommé, la pharmacie est informée et donc on a un retour produit qui se fait. Donc normalement on a une pharmacie qui est maintenue en stock en permanence.

Coordinatrice PUH

Et est-ce qu'il peut augmenter le stock ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Après il y a des petits bugs et des petites choses, mais voilà, c'est comme ça que c'est prévu et que ça devrait fonctionner. Et on a aussi un contrôle humain. C'est-à-dire que les technologues, quand ils voient la pharmacie qui commence à diminuer le signalent et donc on fait le nécessaire pour pouvoir être approvisionné si jamais il y a un souci au niveau de la pharmacie. Donc ça, il y a du matériel.

Coordinatrice PUH

Ça c'est du quotidien, mais est-ce qu'on peut augmenter aussi par rapport au quotidien ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Augmenter n'est pas nécessaire. L'idée, c'est de dire que je ne ferai pas plus de patients en urgence que de patients que je fais dans une activité programmée. Une activité programmée, je vais avoir un patient toutes les 20 minutes. Il y a un attentat, il y a 20 patients qui arrivent. Je vais garder le même rythme. Donc il n'y a pas de raison de dire "je vais mettre deux fois plus de produits" parce qu'on ne pourra pas les utiliser de toute façon. Donc il y a du produit de

contraste prévu pour notre activité programmée sur les quatre scanners en journée le week-end. Et donc ça doit permettre de passer le cap.

Mémorant

Et cette réflexion est faite aussi pour les autres services de base ?

Coordinatrice PUH

Oui, la pharmacie est bien dans le plan d'urgence aussi. Donc à leur niveau, ils ont réfléchi à ça quand même. Enfin, il y a certains produits dont on a plus besoin que d'autres et donc il y a un contact direct avec la pharmacie en temps d'urgence et ils peuvent venir avec des produits directement, donc court-circuiter le transfert normal pour apporter du matériel si c'est nécessaire.

Mémorant

Est-il prévu donc un mécanisme de retour à la normale ? Donc quand le PUH est désactivé, une procédure pour revenir à une activité normale ?

Coordinatrice PUH

On a dans le PUH call out, on a un message qui va annoncer que c'est fini effectivement. Donc, au moins prévenir les gens qu'on retourne à la normale. Et puis petit à petit, les choses vont se remettre et on va donc devoir compléter les dossiers médicaux des patients qui n'étaient pas tout à fait complets. Et aussi un suivi psychosocial. Mais ça, ce sont des choses à décider aussi en fonction de la situation. Donc ce n'est pas très très élaboré dans le plan d'urgence, mais c'est mentionné quand même. Donc c'est la communication qui doit s'en occuper. On a l'unité de crise aux urgences qui est donc une unité psychiatrique finalement. Mais donc ces gens aussi vont être sollicités pour gérer les éventuels traumatismes, les chocs du personnel par rapport à ce qu'ils ont vécu.

Mémorant

Et donc j'imagine qu'effectivement, si le mode de travail à l'imagerie médicale a été changé pendant le PUH, on va devoir éventuellement refixer des rendez-vous. La procédure existe-t-elle ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Ça va se faire de la même façon que dans d'autres services, donc progressivement.

Coordinatrice PUH

Assez naturel, quoi.

Mémorant

Et par exemple, si les machines ont été endommagées dans un problème interne, il y a un service pour réparer les machines, un support technique ?

Médecin-Chef imagerie médicale

On a un responsable des machines qui est présent dans le service en journée. Pour la garde, comme dit, on a plusieurs machines, donc il y a une machine qui fonctionne, qui est celle dédiée aux urgences. On a quatre scanners dans le service. C'est pareil pour les salles de radios : il y en a deux aux urgences. Les échographes, ils peuvent être transportés donc s'il y a un souci avec l'un, on peut en chercher un autre. Donc il y a des redondances qui font que, en cas de panne, on peut continuer à travailler. Et on peut éventuellement continuer à travailler jusqu'au lendemain où on est en journée : on ne va pas appeler quelqu'un. Enfin, s'il y a une panne, je pense qu'on peut appeler les techniciens Philips ou Siemens à 2h du matin. Mais je ne pense pas qu'ils vont venir intervenir à 2h ou 3h du matin. Ils viendront le lendemain matin. Donc nous, c'est ça, c'est qu'on a de quoi fonctionner jusqu'au prochain jour ouvrable et à ce moment-là, ce sera réglé par l'équipe "de jour" avec les techniciens des firmes.

Mémorant

Donc oui, c'est la disponibilité des machines qui vous permet de gérer ça. Dernière question : est-ce qu'il y a un débriefing donc après la désactivation du PUH ?

Coordinatrice PUH

Oui. Ça, c'est bien prévu. Donc ça, c'est vraiment la tâche aussi de la coordinatrice. Donc, on tient la chronologie des actions et puis on va faire un débriefing d'abord avec le bureau, les personnes de première ligne et ça va passer aussi au Comex donc au comité de direction. Je l'ai dit au début, donc on n'a pas vraiment des réunions officielles avec le bureau, mais quand il y a des choses qui se sont passées, on va vraiment faire un rapport et tirer des leçons. Qu'est-ce qu'on peut faire mieux ? Ça, c'est des moments très, très utiles pour un plan d'urgence.

Mémorant

Et est-ce que sont organisés des simulations ou des exercices ?

Coordinatrice PUH

Oui. On fait donc des formations en principe quatre par an, avec les urgences où des assistants aux urgences, des infirmiers et tout le personnel qui tourne un peu autour se réunissent dans une salle et on donne une formation un peu théorique. Et puis il y a la carte des urgences sur la table, des pions et on joue un plan d'urgence. La garde administrative générale est présente pour l'exercice, ou bien elle est appelée, elle joue son rôle. Enfin, tout le monde joue son rôle, on essaye de faire vivre ça et à chaque fois après l'exercice, on fait un débriefing et on a beaucoup de retours encore, surtout si c'est des superviseurs qui participent à la simulation. Ils ont beaucoup de commentaires. On change des choses dans le plan d'urgence pour les améliorer.

Mémorant

Oui, OK. Et donc c'est pour le service des urgences en particulier ?

Coordinatrice PUH

Surtout, mais on fait aussi des exercices de type "évacuation" pour les unités dans la tour. Et on essaye de diversifier l'exercice pour que les différents types de fonctions soient impliqués. Par exemple, la dernière fois, on a travaillé aussi beaucoup avec les brancardiers parce qu'ils ont un rôle de lien entre les urgences et les unités. Parfois, ils doivent être au courant aussi. On n'a pas encore mis des radiologues.

Mémorant

Le service d'imagerie ne participe pas ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non. Nous on participe à des répétitions pour les polytraumas. Parfois ils font ça.

Coordinatrice PUH

Ah oui, vous avez votre système de votre côté, là, on n'est pas en tant que PUH, on n'est pas vraiment impliqué dans cette configuration finalement.

Médecin-Chef imagerie médicale

Finalement, le PUH, c'est la gestion de multiples polytraumatisés. Nous, on sait en gérer un. Maintenant, on n'est pas forcément associés au plan PUH, mais on est associé à la prise en charge du patient polytraumatisé.

Coordinatrice PUH

Maintenant, le médecin qui s'occupe beaucoup du centre de grand trauma, il est urgentiste et il est fort impliqué dans le PUH. Lui par contre, il a déjà participé à des formations chez nous. Donc il a quand même le réflexe de se dire qu'on va organiser les polytraumas de cette manière.

Mémorant

Est-ce que vous avez d'autres remarques ou points d'attention que je n'ai pas mentionnée ?

Coordinatrice PUH

Non, non. Moi je suis curieuse de savoir si dans d'autres hôpitaux il y a plus au niveau de l'imagerie, de savoir s'il y a des procédures plus spécifiques pour l'imagerie ?

Mémorant

En général, la situation est identique à celle-ci. Certains hôpitaux ont déjà commencé à créer une fiche d'action pour l'imagerie médicale et ils ont avancé un petit peu plus, mais c'est rare. La majorité est à ce niveau-ci. Donc ça s'est fait effectivement sur le protocole polytrauma, mais pour les traumacenter.

Médecin-Chef imagerie médicale

C'est ça. On est déjà d'une certaine façon prêts, mais il faut peut-être l'officialiser, le structurer.

Coordinatrice PUH

Peut-être plus l'intégrer aussi au plan d'urgence.

Mémorant

Mais la réflexion sur "comment marcher avec les pannes informatiques" ça c'est bien et pas tous les hôpitaux se sont encore lancés sur le sujet. Ils travaillent, mais vous avez déjà fait une analyse.

Coordinatrice PUH

Oui, c'est urgent en fait, on doit vraiment avancer là-dedans parce que les hacking ne sont pas rares.

Mémorant

Bien sûr.

Coordinatrice PUH

On n'en parle pas beaucoup dans la presse pour ne pas les encourager, mais ça, c'est un réel risque, c'est encore plus important qu'un afflux de victimes.

Mémorant

Merci pour la disponibilité.

Coordinatrice PUH

Merci. C'était quand même efficace.

ANNEXE 3.5 : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN

Entretien réalisé le 28/03/2024 au CHU Brugmann (site Horta)

Personnes interrogées :

Coordinateur PUH

Médecin-Chef de Service d'imagerie médicale

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, bien sûr.

Coordinateur PUH

Aucun problème.

Mémorant

Pour commencer, quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Médecin-Chef du service d'imagerie médicale depuis 2015.

Coordinateur PUH

Je suis coordinateur du PUH. J'ai donc été chargé de le mettre à jour. Je n'ai pas pu commencer tout de suite en 2021, quand j'ai pris mes fonctions, vu le COVID.

Mémorant

Vous avez commencé à travailler sur le PUH dès que vous êtes arrivé ?

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça.

Mémorant

C'est la première fois que vous avez travaillé sur un plan d'urgence hospitalier ?

Coordinateur PUH

Oui, tout à fait. Au début, j'ai eu une information/formation par ma collègue des urgences, qui était un peu référente PUH. Après, j'ai dû mettre à jour. Tu avais toute une série de fiches de consignes qui sont reprises ici. Tu as toutes les fiches de consignes, il a fallu aussi les mettre à jour. Maintenant, j'ai un petit peu regardé avant que tu arrives pour le service Imagerie/Radiologie, ce n'est pas du tout développé. C'est bien qu'on se rencontre. Maintenant, je suis fort axé sur le plan dégradé informatique suite à la panne informatique de l'année passée et c'est très vaste. C'est pour ça, notamment, que demain matin, je rencontre le [médecin-chef de radiologie] et [le technologue-chef]. On les voit avec le groupe de travail du PUH dégradé informatique. Voilà un petit peu le cadre. Le problème, entre guillemets, avec le PUH, c'est que tant qu'il n'y a pas de catastrophe, ça paraît loin. C'est quand il y a une catastrophe qu'on se dit "c'est quand même utile d'avoir des documents, d'avoir une procédure et tout ça". Hier, j'ai été au Symposium de la FIU et j'ai vu des collègues coordinateurs PUH, qui disent "C'est la même chose partout".

Mémorant

Et donc, le PUH, c'est pour aussi le site Horta, le site Brien et le site Reine Astrid ?

Coordinateur PUH

Tout à fait, c'est pour les trois sites.

Mémorant

Est-ce que vous participez au comité permanent pour le PUH, donc pour l'évaluation, l'élaboration et la mise à jour de toutes les procédures ?

Coordinateur PUH

Oui.

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, je ne suis pas associée à ces réunions. Mais depuis les attentats de Bruxelles et la crise du COVID, le service de radiologie s'est impliqué dans le processus de mise à jour du PUH, en particulier pour la partie informatique et lutte contre les cyberattaques.

Mémorant

Est-ce qu'il y a des réunions régulières du comité permanent ?

Coordinateur PUH

Non. En fait, les réunions, donc normalement, il y a le comité permanent qui doit se réunir une fois par an. Donc ça, je ne l'ai pas encore fait cette année. Je dois le faire, mais sinon, comme je le disais au début, tant que tout va bien... C'est normal, je veux dire que c'est une réaction un peu normale. Et puis, après, les réunions que j'ai, c'est plus par spécificité : pour le plan dégradé informatique, je réunis les personnes concernées. Pour tout ce qui est "risques chimiques, biologiques et tout ça", je réunis le secteur concerné. Je dépends directement de [la directrice générale]. C'est avec elle que je fais le point régulier, en précisant où on en est, les projets en cours...

Mémorant

Pour rentrer plus précisément dans le PUH, est-ce que, dans la première partie, le descriptif de l'hôpital, une liste des appareillages du service d'imagerie médicale disponible en cas de PUH est présente ?

Coordinateur PUH

Pour la radiologie, donc. Donc ici, ça, c'est sur le site de Brien [deuxième site] où on fonctionne avec des talkies-walkies si tu as une panne de téléphonie et il y a un talkie-walkie qui est destiné au service de radiologie. Et donc, on a bien l'inventaire des disponibilités d'une ou plusieurs salles d'opération et des salles de radiologie en cas de PUH.

On dit aussi qu'on peut trouver des brancards sur Brien, en radiologie.

Et tu as, dans le PUH, une liste d'appels des personnes clés, des personnes responsables de l'hôpital et notamment, tu as le médecin-chef de service de radiologie. Ici, c'est la liste avec le DEC [téléphone interne], mais j'ai une liste avec le numéro de GSM.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je confirme que je suis bien dans la chaîne d'appel et que le radiologue de garde a toujours le biper de la garde de radiologie mentionné dans le PUH.

Mémorant

OK. Et donc, au cas où on déclenche un PUH, il y a la chaîne d'appel qui se met en route ?

Coordinateur PUH

Oui, la chaîne d'appel, cette liste, avec le numéro de GSM, se retrouve au poste « opérateur ». Le poste « opérateur », on lui dit: voilà, on déclenche. Et eux s'occupent d'appeler les personnes qu'on leur demande d'appeler, les personnes concernées par le PUH.

Médecin-Chef imagerie médicale

En radiologie, j'ai un back-up d'office et c'est [un des chefs de clinique adjoints] qui est formellement désigné dans le PUH.

Coordinateur PUH

Donc, ça, c'est si on rappelle, dont notamment du personnel de radiologie : en fait, pour le personnel des urgences, des soins intensifs, du quartier opératoire, de radiologie, du postopérateur, ils peuvent tout de suite aller dans leur service. Tandis que les autres, et c'est dans le tableau juste après, par exemple, tout ce qui est personnel technique, le point de rendez-vous sur Horta, c'est le bâtiment Z, ce qui paraît logique. Les autres membres du personnel, c'est le bâtiment S2 à l'entrée de l'hôpital. C'est un point de rendez-vous avant lors de l'arrivée pour après redispacher les gens. Mais le personnel du service radiologie peut directement aller dans son service.

Mémorant

Est-ce que le chef de service de la radiologie participe aux réunions de coordination PUH ?

Coordinateur PUH

Non.

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, pas d'office, mais je suis contactée quand ça concerne le service.

Mémorant

L'idée de base, sur laquelle se base mon mémoire, c'est que plusieurs auteurs décrivent la radiologie comme un possible goulot d'étranglement, au cas où il y a eu un afflux massif de patients suite à une urgence collective. Est-ce que vous partagez l'avis ?

Coordinateur PUH

Ça dépend du scénario face auquel on est. Parce que, imaginez qu'il y a des victimes d'un incendie, avec des victimes qui sont intoxiquées par les fumées et qui ne doivent donc pas aller jusqu'à l'hôpital militaire, mais qui doivent venir ici pour avoir de l'oxygène. En théorie, il n'y en aura pas beaucoup qui iront en radiologie, sauf nécessité absolue. Ou alors ça peut être étalé dans le temps parce que leur priorité, c'est d'avoir de l'oxygène. Maintenant, si tu as comme lors des attentats, beaucoup de traumatisme, là oui, tout à fait, la radiologie risque d'être un goulot d'étranglement. Mais ça dépend du scénario. Oui, tout à fait. Ça rentre dans des scénarios.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je dirais que non. Parce qu'il ne devrait pas y avoir de problème si le triage est bien fait au niveau des urgences et du 112. En effet, les patients les plus graves sont dispatchés entre les hôpitaux et on ne va jamais recevoir un nombre important de patients en situation critique. Donc si le service des urgences fonctionne bien, on ne sera pas débordé non plus, sachant en plus qu'on a une salle de radio, une salle d'échographie et une salle de scanner juste à côté du service des urgences et la possibilité de mettre à disposition d'autres salles du service. Et ça sur les deux sites.

Mémorant

Il existe une procédure, fiche d'action pour l'imagerie médicale ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, mais elle n'est pas très complète et elle date d'avant mon arrivée en 2015.

Mémorant

Est-ce que cette procédure est évaluée régulièrement ou pas ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, jusqu'à maintenant, mais on travaille dessus.

Coordinateur PUH

Au niveau de la fiche d'action radiologie, tu as le comité permanent de la planification d'urgence qui, comme je te le disais, lors de la réunion annuelle, regarde si le PUH tient encore la route. C'est la directrice générale qui est responsable. Elle a relu le PUH, mais ce n'est pas sa spécialité. Maintenant, le retour sur la fiche devrait plus venir des spécialités, en fait. Moi, je coordonne, mais je ne suis pas du tout spécialiste en radiologie, en informatique. Donc, moi, je coordonne. Quand on a mis le nouveau portail PUH en place, on a fait des communications, que ce soit lors du leadership meeting, dans les différentes notes de service, les notes internes... tout ça. Voilà, donc chaque service devrait aller voir sa fiche de consignes, c'était le message en tout cas. Parce que les fiches de consignes, tu en as deux pour la radiologie. Donc, tu as la fiche de consignes du radiologue de garde et tu as la fiche de consignes générales pour le service. Chaque responsable pourrait aller voir ce qui est prévu et dire "Mais ça, ça ne va pas, ça, il faudrait le remettre à jour".

Maintenant, moi, ma fonction, c'est d'identifier le médecin-chef de radiologie, vérifier si ses coordonnées sont correctes... Remplir la fiche, ça revient à lui.

Les responsables ne participent pas aux réunions de validation. Et donc, au niveau de la validation, comme je te disais, le CPPUH les valide. Et après, ça passe au niveau de l'inspection d'hygiène. Le plan d'urgence doit être validé par l'inspection d'hygiène fédérale. Et après, ça passe également au niveau communal, donc la cellule de sécurité communale avec les différents experts. Et après, la COCOM valide au final.

Mémorant

Et vous vous occupez du PUH MED et du PUH TEC.

Coordinateur PUH

Tout à fait.

Mémorant

Maintenant, on va passer en revue les potentielles causes de dysfonctionnement du service d'imagerie médicale au moment de l'activation du PUH. Est-ce qu'il existe un système de rappel du personnel, en cas où il a besoin d'un renfort du personnel ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Sur place, il y a toujours un médecin-assistant et au moins un technologue, 24h sur 24. Et un radiologue senior est en permanence rappelable, avec un accès à distance aux examens en cours ou réalisés. Si c'est nécessaire de renforcer en radiologues, on peut contacter les radiologues et ils peuvent regarder à distance. Mais ce serait moi qui contacterais les radiologues et la technologue-chef pour les technologues.

Coordinateur PUH

Pour l'éventuel rappel, ce qui est prévu formellement... Là, c'est sur la première fiche, on va dire... Tu vois, le radiologue de garde. Lui, il a sa première consigne, c'est d'avertir la chef de service, consigner sur place le personnel médical, se rendre au service d'urgences pour évaluer les besoins, ici voir si c'est de la traumatologie, appeler son collègue radiologue de garde à l'HUDERF si tu as des enfants qui sont dans les victimes et prendre contact avec le radiologue senior de garde dès son arrivée, lui communiquer la situation et se répartir les tâches, exécutions, protocoles et tout ça.

Donc ça, c'est pour lui. Et alors, si on reprend ici la fiche de la médecin chef, en fait, tu as trois phases. On a la phase d'information où on avertit qu'il y a quelque chose. Phase d'action, là, c'est vraiment : il y a des victimes qui arrivent et on est sûr que les victimes arrivent. On va utiliser la capacité réflexe de l'hôpital. Et ça va être limité à certains services. Mais les services concernés, c'est notamment la radiologie. Et alors là, il faut revenir à l'hôpital si c'est nécessaire, prendre contact avec le radiologue senior de garde, lui communiquer la situation, avertir l'infirmier-chef de radiologie, donc consigner sur place le personnel médical. Alors, si nécessaire, renforcer l'équipe et rappeler les radiologues supplémentaires. Alors moi, sur la liste d'appel, je n'ai pas la liste des radiologues avec les coordonnées. Ça, ça doit être en interne. Je suppose qu'elle existe.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je confirme que la liste existe dans le service.

Coordinateur PUH

Ce ne serait pas gérable au niveau de la cellule PUH en effet. Sinon, ça ferait... Je ne sais pas combien de collaborateurs à l'hôpital. Tu en as 5000 ou quelque chose comme ça. Ce n'est pas possible de gérer moi tout seul. Et en plus, ça doit être un système dynamique. En plus de savoir qui est en congé, qui n'est pas en congé, qui vient à la tête de garde, qui... Ce n'est pas possible.

De nouveau, si possible, se rendre aux urgences pour évaluer la situation, appeler son collègue de l'UZ si possible. La phase 2, c'est vraiment la grosse catastrophe, c'est quand il y a vraiment énormément de victimes, que notre capacité de réflexe est dépassée. Et alors là, qu'est-ce qu'on demande ? C'est ça plus revenir d'office à l'hôpital et demander à l'infirmier-chef de revenir d'office et rappeler si nécessaire des radiologues. Ça, c'est vraiment tout ce qu'il y a pour la radiologie. On l'a vu dans le document principal et les deux fiches de consignes qui sont prévues maintenant.

Notre rencontre est une bonne opportunité de savoir si ça satisfait ou pas.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je confirme.

Mémorant

Oui, j'ai déjà constaté que parfois, seulement le fait de faire un entretien conjoint avec les deux parties, ça rajoute, ça crée un moment d'échange, c'est intéressant. Autre chose maintenant, c'est pour l'enjeu de l'identification des patients. Donc, un patient qui arrive suite à un accident, on peut ne pas connaître son identité ou si on la connaît, est-ce que c'est partiel, c'est correct ? Et il faut que l'identifiant suive le patient tout le long du processus de soins au sein de l'hôpital. Est-ce qu'il y a un système ici ?

Coordinateur PUH

Il y a en fait aux urgences... Je vais vous montrer. Quand on rentre aux urgences, en fait, quand il y a un PUH avec victime qui est déclenché, aux urgences, tu as ce qu'on appelle la valise PUH où tu as des dossiers papier. Donc, on passe en mode papier. Pourquoi est-ce qu'on passe en mode papier ? Parce que tu n'as plus le temps, que ce soit les infirmiers ou les médecins, de rester sur l'ordinateur. Maintenant, les patients arrivent, tu as beaucoup de patients, il faut être au patient et tu as donc une bonne vieille méthode papier. Tu as 50 dossiers "hommes", 50 dossiers "femmes". Tu as des étiquettes qui sont préparées, c'est encore des vieilles étiquettes, ici, c'est MASH, mais maintenant, c'est PUH qui est marqué. Et tu as juste le sexe qui est marqué. Ça a été créé juste après les attentats. Tu as un numéro provisoire et alors dans Wish, tu as un lien entre les deux. Tu as aussi des bracelets liés à l'étiquette et au dossier. Ça, c'est le mode d'identification des patients qui arrive en cas de PUH.

Ça, c'est quand tu as des victimes. Si tu en as 50 hommes, 50 femmes, si tu as un PUH avec victimes, normalement, tu n'arriveras pas à ce nombre de patients. A Bruxelles, on a 15 hôpitaux agréés pour le 112, donc normalement, les victimes peuvent être réparties sur les 15 hôpitaux. Mais, par contre, ce qui est plus inquiétant, c'est si tu as une cyberattaque. Et là, on est en train, justement, de voir avec le groupe de travail "plan dégradé informatique", pour mettre en place

un PC backup qui pourrait générer des étiquettes. Parce qu'une cyberattaque, ce n'est pas sur trois heures, le système peut être down pendant des semaines. Et donc dans ces dossiers papier également, tu as ce qui est prévu, dont notamment les demandes d'examen pour le labo et l'imagerie médicale.

Et ça, dans un deuxième temps, on peut recoupler les données du patient avec le dossier provisoire.

Médecin-Chef imagerie médicale

On a un bon système informatique pour ça. Les urgences encodent les patients et les systèmes des urgences et de radiologie se parlent bien ensemble. On y a déjà réfléchi parce que nous sommes conscients dans les hôpitaux de l'importance de veiller à identifier correctement le patient afin de limiter les risques d'erreur dans le processus de soins.

Mémorant

Dans le but d'optimiser les ressources disponibles pour gérer au mieux l'afflux de patients, des auteurs parlent de définir une procédure pour l'annulation des examens non-urgents. Est-ce une procédure définie pour votre service ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, il n'y a pas de procédure définie pour ça. En cas de besoin, ou de demande de la direction, c'est moi qui prendrais la décision et le service administratif se chargera de l'annulation des examens. Mais ça reste une décision propre au service et évaluée au cas par cas.

Mémorant

Est-ce qu'il y a un accord avec le service de radiologie et des urgences pour traiter des patients particuliers, par exemple ? Est-ce qu'il y a des accords à votre connaissance entre les deux services pour gérer de façon plus rapide les patients ? Des protocoles prédéfinis ?

Coordinateur PUH

Pas à ma connaissance, non. Mais ce serait bien, justement, d'avoir les responsables d'urgences.

Médecin-Chef imagerie médicale

Si, si, on a conçu, avec les urgentistes, des protocoles Whole-body pour les urgences traumatiques. Ils ont été utilisés pendant les attentats. On a d'ailleurs déjà l'habitude de créer des protocoles communs avec les urgences et les autres services, comme pour la prise en charge des victimes d'AVC.

Mémorant

Est-ce qu'il y a une procédure particulière en cas d'activation du PUH pour une communication rapide des résultats.

Médecin-Chef imagerie médicale

On se communique par téléphone les résultats quand c'est urgent. Même des résultats partiels. Et le système informatique permet aux urgentistes de visualiser les protocoles en cours d'élaboration, mais pas encore validés par le senior. Le radiologue mentionne parfois, même avant d'avoir fait tout le développement, le diagnostic rapide, du genre "Hémorragie cérébrale".

Mémorant

Est-ce qu'il y a un document où les rôles et les fonctions sont définis en cas d'activation du PUH ? Est-ce qu'on a une répartition des responsabilités et des rôles ? En général et pour l'imagerie médicale.

Médecin-Chef imagerie médicale

Comme déjà, j'ai mon back up. Et la technologue-chef aussi. Et les personnes sur place savent qui contacter quand c'est en dehors des heures habituelles.

Coordinateur PUH

Oui, oui, pour l'imagerie médicale. Et alors aussi dans la gestion générale, oui, c'est vraiment défini. Donc, tu as la constitution de la CCH, la cellule de coordination hospitalière, qui prend en charge la gestion de la crise. Oui, c'est bien défini dans le document PUH, tous les rôles sont bien définis. Tu vois, dans toutes les fiches de consignes, c'est défini. Donc, tu en as, si je me rappelle bien, 188 documents, mais c'est français, néerlandais. Donc voilà, tu as, on va dire, 95 documents. Et donc, tu vois, ici, tout est défini. Chacun a sa fiche de consignes, par exemple, tout ce qui est directeur. Tu as une fiche de consignes qui est super importante pour l'ensemble du personnel, qui rappelle la base de dire: "qu'est-ce que c'est un PUH ? Qu'est-ce que vous faites quand on a un PUH ? Et puis après, en fonction, pour la psychiatrie, l'infirmier-chef de service, il sait ce qu'il doit faire. Le chef opérationnel psychologue, il sait ce qu'il doit faire. Donc, tout est défini comme ça. C'est toutes les fiches de consignes, ça.

Mémorant

Oui, à tous. Pour ce qui concerne plutôt la partie TEC, la configuration particulière des services d'images médicales dépend beaucoup de la partie technologique. Est-ce qu'il y a un système en cas de coupure de courant ?

Coordinateur PUH

Justement, là, on est occupé dessus. Normalement, coupure de courant, je ne connais pas fort le service de radiologie, mais je suppose que vous avez un circuit de secours

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, la plupart des machines sont connectées aux générateurs. Et les machines pour les urgences certainement. Le système de refroidissement est lui aussi connecté.

Coordinateur PUH

Donc, les low break, on sait gérer ça, c'est prévu.

Mémorant

Et est-ce qu'en cas d'inondation ou autre chose ?

Coordinateur PUH

Non, pas de procédure.

Mémorant

Et aussi panne de l'airco et donc de la ventilation ?

Coordinateur PUH

Non, ça, ce n'est pas spécifiquement prévu. Parce que bon, tu peux avoir ça dans l'imagerie médicale, mais dans le quartier opératoire aussi, ça peut arriver. En fait, ce qui est prévu dans le PUH pour ce type de problème, c'est les scénarios les plus probables. Tu as donc différents scénarios qui sont prévus. Maintenant, c'est impossible de prévoir tous les scénarios parce que... Tu prévoirais 100 scénarios, ce serait le 101e qui n'est pas prévu.

Mémorant

Évidemment.

Coordinateur PUH

Attends, qu'est-ce qui est prévu ? C'est vraiment les plus probables qui ont été mis. Tout ce qui est "patients". Tu vois les procédures particulières. Tu as, par exemple, l'agression terroriste qui est prévue. Tout ce qui est "épidémie", pandémie, tu as contamination, tout ce qui est radioactif. Donc ça, c'est prévu. La vague de chaleur, la vague de froid, qu'est-ce qu'il faut faire dans ces cas-là. Mais on n'a pas su tout prévoir, mais clairement, je ne pense pas que ce soit possible. Donc, toute une partie est déjà prévue.

Mémorant

On parlait des problèmes informatiques, que ce soit panne informatique ou cyberattaque. Vous êtes en train de...

Coordinateur PUH

On est occupé parce qu'on s'est rendu compte, quand tu vois ce qui était prévu à l'époque, on mentionnait "problème mineur", "problème vital" et ça se terminait là. En fait, maintenant, les cyberattaques, c'est de plus en plus fréquent et nous, ce qu'on a vu l'année passée, ce n'était pas tellement important. Quand tu compares ce que Namur a eu, ce qu'ils ont eu dans la province du Luxembourg, où là il n'y avait carrément plus rien. Nous, c'est le labo, c'est le système de gestion des repas qui était impacté. Je ne sais pas si à la radiologie, vous avez eu des impacts importants.

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, pas important, mais il y a eu des petits dysfonctionnements. C'est vraiment un aspect sur lequel on est en train de travailler dans l'hôpital et avec [le coordinateur PUH]. On a eu une réunion demain d'ailleurs.

Coordinateur PUH

Nous, c'était très léger. Mais imagine que tu ne puisses plus utiliser un ordinateur, rien, même la téléphonie ou quoi, là, c'est la catastrophe. C'est ça qu'on est occupé à faire. Et c'est ça que demain, on se rencontre justement avec [le médecin-chef IM], [le technologue-chef] et [la responsable administrative] qui avait répondu à mon questionnaire que je rencontre demain. Mais donc ça, c'est un gros chantier parce que c'est tous les secteurs de l'hôpital et on est occupé là-dessus.

Par exemple, pour te montrer, j'ai été prendre le plan blanc, ce qui se fait en France. Là, ils ont un "plan dégradé informatique" qui est déjà bien développé. Je me suis dit "je ne vais pas tout réinventer". Et donc, sur la base des documents que [le médecin-chef IM] m'a transmis avant la réunion de demain, ça c'est tout ce qui est "processus métier", donc indispensable, comme tu disais, par exemple, l'identification du patient. Est-ce qu'il y a un risque vital qui est lié, c'est l'identito-vigilance. Quelles sont les ressources informatiques liées au Wish, lecteur de cartes d'identité ? Tu as le délai maximal d'interruption et le délai maximal depuis la dernière sauvegarde. Ça, c'était principalement les ressources informatiques qui sont utilisées par la radiologie et les risques vitaux liés, les processus métiers qui sont liés à ces ressources. À voir que si on n'a plus du tout l'informatique, ça va être compliqué. Parce qu'ici, ce n'est que pour la radiologie, mais tu as ça pour tout l'ensemble de l'hôpital. Donc, ce qu'on va discuter demain, c'est de dire en radiologie, par exemple, les Français, ce qu'ils font, c'est d'avoir un circuit local, interne, local, qui permette de fonctionner. Mais par exemple, alors, les résultats seraient consultables uniquement en radiologie. Documents en papier de réserve, apparemment, il n'y en a pas au cas où il y a une panne informatique, mais il faudrait quand même voir si vous savez fonctionner. Parce que j'imagine que s'il n'y a plus du tout l'informatique, il faudra passer au mode papier à un certain moment.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, pour rajouter au dossier patient, le protocole d'examen, même si c'est un dossier patient papier.

Coordinateur PUH

Tout ce qui est noté à la question "Qu'est-ce que vous avez besoin d'autres documents en papier si ce n'est pas prévu, ou d'autres méthodes ?", c'est l'identification des patients.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, aussi.

Coordinateur PUH

Quand tu vois ce qui a été fait en France. Donc, si tu as une panne de téléphonie, le planning des examens d'imagerie, c'est des choses auxquelles... Moi, j'ai découvert plein de choses en lisant ça. Il y a des choses auxquelles tu ne penses pas. Donc, voilà, le planning, est-ce qu'on peut faire un backup ? C'est ce qu'on va discuter demain : un backup du planning, est-ce que c'est possible ? L'archivage, le PACS ? L'indisponibilité de la dictée vocale ? Le système d'envoi aux cliniciens en intra ou en extra ? En intra, il faudra venir voir les résultats dans le service même. L'impossibilité de facturer les examens. C'est tout ça. Ce qu'ils mettent, c'est une interprétation des examens sur la console d'acquisition, privilégier des examens prioritaires, mentionner que le protocole a été réalisé en mode dégradé. Possibilité de prévoir une communication sur l'annulation des examens programmés.

En mettant en parallèle le plan blanc français et les réponses aux questionnaires sur la partie informatique, je me suis rendu compte qu'il fallait beaucoup plus développer tous ces aspects.

Mémorant

Donc c'est votre axe de travail. Et donc, est-ce qu'il est prévu d'avoir un stock de matériel en cas d'activation d'un plan d'urgence qui nécessite une utilisation massive de matériel ?

Coordinateur PUH

Le stock de matériel est prévu dans le PUH, que ce soit en lit, matelas, civières comme je te montrais, ça, c'est prévu dedans. Moyen de communication, il y a des talkies-walkies qui sont prévus. Maintenant, il faut tester si ça passe. Sur Brien, ça passe, mais ici, par exemple, dans les tunnels, ça, ça pose un problème. Ça, je dois voir avec [la technique], voir un petit peu s'il n'y a pas une autre méthode possible. Aux urgences, tu as du matériel qui est prévu. Tu as des matériels en cas d'afflux massif de patients, donc des réserves, par exemple, de cathéter, de perfusion. Si tu as un risque chimique radiologique, tu as des médicaments spécifiques qui sont prévus. Oui, donc c'est prévu.

Médecin-Chef imagerie médicale

On peut tenir plusieurs jours avec le stock présent en permanence dans le service.

Mémorant

C'est bien. Et est-il prévu aussi un mécanisme de retour à la normale ? Le moment où on déclenche le PUH, après on l'arrête. Le processus de savoir comment l'hôpital pourrait remarcher normalement est-il prévu ?

Coordinateur PUH

Là, tu as une fiche de consignes qui est prévue et qui s'appelle "fin de la situation". Là, tu as une fiche de consignes. Tout le listing est fait : clôturer officiellement, informer toutes les unités, tous les services, signaler la clôture du plan d'urgence hospitalier à la centrale d'urgence 112, à l'inspection d'hygiène fédérale, etc. Dans le retour à la normale, tu as quand même un chapitre "prise en charge psychologique" très développé. Donc, j'ai eu l'année passée ou même avant, un groupe de travail avec les psychologues. Voir un petit peu comment développer la prise en charge psychologique, que ce soit par un débriefing, prise en charge, tu vois, à plus long terme, tout ça est prévu.

Mémorant

Et donc, j'imagine qu'après, chaque service s'organise lui-même pour, par exemple, si l'imagerie médicale a dû annuler des rendez-vous pour les remettre ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Selon les indications du comité permanent, mais ça reste une décision que je prendrai de savoir quand et si on refixe les rendez-vous. On peut aussi adapter les horaires d'ouverture du service d'imagerie médicale au public, mais c'est à moi de décider.

Coordinateur PUH

Et si des machines ont été endommagées pendant la crise PUH, notamment en cas de problèmes internes à l'hôpital, comme des incendies, une procédure pour les remettre en état existe-t-elle ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Ce sera géré comme n'importe quelle panne de machine, avec les contacts directs avec les firmes et le support du service biotechnique qui est actif 24h sur 24 au sein de l'hôpital. Pareil pour le service informatique pour les pannes informatiques.

Mémorant

Est-ce qu'il est prévu un moment de débriefing après le déclenchement ?

Coordinateur PUH

Oui.

Mémorant

C'est prévu aussi pour chaque service ou c'est seulement au niveau de la coordination ?

Coordinateur PUH

Ce qui est prévu, on parle de defusing, mais on ne spécifie pas vraiment chaque service. Tu vois, tu as le tableau, par exemple: le jour même de la crise, organiser le defusing de toutes les équipes de première ligne. Donc, c'est plus spécifié sur les équipes de première ligne. Maintenant, si vraiment il faut pour les autres, on le fait. C'est comme lors de la panne informatique de l'année passée, on a communiqué, en coordination avec le service de

communication, on communiquait tous les jours. Ça fera partie du message. Par exemple, pendant la crise COVID, on communiquait aussi avec le bulletin qu'on a envoyé au personnel, notamment autour de la prise en charge psychologique, en disant "si vous avez besoin d'une prise en charge psychologique, n'hésitez pas à... Que ce soit pour les équipes, que ce soit pour le COVID, c'était les patients aussi, les amis, tout ce qu'on propose." Oui, ce serait à communiquer aussi.

Mémorant

OK. Mais ce débriefing concerne aussi le cas où le service aurait noté un dysfonctionnement ou quelque chose qui n'aurait pas bien marché à un moment, des réflexions globales sur l'organisation du PUH... Est-ce qu'il y a un moment pour faire remonter les choses ?

Coordinateur PUH

Ça, c'est plus par après le retour d'expérience, si tu veux. De connaissance, ce n'est pas spécifié dans le document. Ah si, c'est spécifié dans tout ce qui est la phase de résilience: tout est mis ici. Donc la fin de la mise en œuvre du plan, donc la gestion post-incident. Tu vois, la CCH procédera à une évaluation de l'incident et prendra les mesures utiles pour réduire encore, si possible, le risque qu'une situation identique ne se reproduise. C'est bien prévu dedans.

Médecin-Chef imagerie médicale

Sur le débriefing, au niveau psychosocial, le personnel de radiologie sait qu'il peut participer aux rencontres organisées par l'hôpital sur ces sujets. Notamment lors des attentats ou du COVID. Mais, la direction nous réunit souvent et à cette occasion-là, je participe aux réunions organisées par la direction pour relayer les problèmes vécus dans le service.

Mémorant

Est-ce qu'il existe des simulations et exercices de gestion de situation d'urgence collective ?

Coordinateur PUH

C'est une obligation légale, donc il faut faire un exercice, au minimum un exercice par an. Si tu as le déclenchement d'un PUH, ça équivaut à un exercice. L'année passée, on aurait pu dire: "On a eu la panne informatique pour laquelle on a déclenché le PUH, c'est assez", mais non. Donc moi, ce que j'ai fait, pour l'instant, j'ai fait des exercices surtout axés sur les urgences. Parce que si tu as un afflux de victimes, c'est eux qui seront en première ligne. Donc oui, il y a des exercices qui sont prévus au niveau maintenant des urgences. Dans un futur que j'espère assez proche, je voudrais faire des exercices dans les unités de soins en collaboration avec la SIPP. Donc, évacuation lors d'un incendie d'un service, des choses comme ça. C'est à planifier assez rapidement. Donc, les urgences ont été formées.

Mémorant

Et en ce qui concerne les urgences, les membres du personnel ont participé ou c'était fait sur papier ?

Coordinateur PUH

C'était tabletop.

Mémemorant

OK, donc avec les responsables et des...

Coordinateur PUH

C'est tout le personnel des urgences, infirmiers, que ce soit le chef, que ce soit le personnel, les accueils et alors les médecins. Mais les médecins, j'ai eu plus dur à les faire venir parce que c'est plus difficile à organiser pour eux. Mais moi, je suis déjà rassuré parce que j'ai le personnel infirmier et le personnel des accueils qui est formé. Donc, s'il se passe, si maintenant on déclenche un PUH, tu as déjà eux qui pourront dire au médecin: "Tiens, ta fiche de consigne, tu regardes ce qui est à faire".

Médecin-Chef imagerie médicale

En radiologie, on n'a jamais fait d'exercice depuis que je suis là. On devrait l'envisager rapidement, notamment pour ce qui concerne l'évacuation des patients en cas d'incendie et les normes de sécurité en ce qui concerne la résonance magnétique. J'espère qu'on pourra en discuter rapidement, [coordinateur PUH].

Mémemorant

Je pense qu'on est arrivé à la fin. Est-ce qu'il y a eu des aspects que je n'ai pas développés...

Médecin-Chef imagerie médicale

Pour moi, le point d'attention doit être une évaluation bien faite au niveau des urgences pour éviter d'être noyés de patients dans tout le reste de l'hôpital, donc en ce compris en radiologie. C'est pour moi aux urgences de prioriser les examens à faire et d'évaluer ce qui doit être fait rapidement ou ce qui peut attendre. Sur ça, je n'ai pas beaucoup de prise possible pour éviter la surcharge si les urgences ne collaborent pas.

J'ajouterais que je n'aurais pas su répondre à beaucoup de ces questions il y a quelques années, mais ces dernières années, notamment suite à la crise COVID, on entend beaucoup plus parler du PUH et on nous implique davantage dedans, donc je suis plus au courant. C'est à ce moment-là que j'ai vu la fiche actuelle et que je m'étais dit qu'on devait la retravailler et la développer parce qu'on ne sera pas fort aidé par la fiche actuelle s'il y a un problème, on devra improviser.

Coordinateur PUH

Rien à ajouter. Je me réjouis qu'on puisse travailler ensemble avec la radiologie.

Mémemorant

Un grand merci du temps consacré.

Coordinateur PUH

Merci à toi de l'intérêt pour notre PUH.

Médecin-Chef imagerie médicale

Merci.

ANNEXE 3.6 : GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI (SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE)

Entretien réalisé le 03/04/2024 par téléphone

Personne interrogée :

Médecin-Chef de service d'imagerie médicale

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui.

Mémorant

Pouvez-vous me dire quelle est votre fonction au sein de l'hôpital ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Je suis radiologue et chef du service d'imagerie médicale.

Mémorant

OK. Et depuis combien de temps ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Ça va faire deux ans, un peu moins de deux ans.

Mémorant

OK. Avez-vous participé à l'élaboration du plan d'urgence hospitalier de votre institution ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, c'était déjà en place, je suppose.

Mémoire

Est-ce que vous participez au processus d'évaluation ? Est-ce que vous êtes présents lors de réunions de suivi ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non.

Mémoire

OK. Oui, j'ai déjà parlé avec la coordinatrice-adjointe PUH, dont elle m'avait déjà donné des informations. Comme il y a des questions spécifiques au service d'imagerie médicale, il était important que je vous rencontre aussi. Pour commencer, seulement un petit commentaire. Il y a plusieurs auteurs qui identifient le service d'imagerie médicale comme un possible goulot d'étranglement dans la prise en charge des patients au moment où survient une urgence collective, avec un afflux massif de patients au sein de l'hôpital. Est-ce que vous partagez l'avis ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, ça pourrait, mais je ne suis pas sûr que ce soit le pire. Comme goulot d'étranglement, je pense que le service des urgences sera plus rapidement saturé, parce que chez nous, ils ne font que rentrer-sortir. Ils ont leurs examens, etc. Et puis ils repartent. Je crois qu'il y a plus de risques de saturation vu l'ensemble des traitements à faire au service des urgences.

Mémoire

OK, donc une bonne organisation du service des urgences est plus importante pour vous.

Médecin-Chef imagerie médicale

Je ne pense pas que l'imagerie médicale soit le pire goulot d'étranglement.

Mémoire

[La coordinatrice-adjointe PUH] m'avait dit qu'il n'existait pas actuellement une fiche d'actions spécifique pour l'imagerie médicale dans le PUH. Mais est-ce que, par exemple, il existe des procédures internes au service d'imagerie médicale que vous avez développées ? Par exemple, s'il faut faire un rappel de personnel dans le cas où il serait nécessaire de renforcer le personnel, que ce soit en radiologues ou en technologues, pour pouvoir augmenter la capacité de réalisation d'examen. Est-ce qu'il y a une procédure pour ça ?

Médecin-Chef imagerie médicale

On n'a pas de procédure pour se dire "On va augmenter le personnel". Il n'y a pas de procédure écrite pour se dire: "Qu'est-ce qu'on fait pour augmenter la capacité ?". Maintenant, je pense que si ça devait arriver maintenant, on annulerait tout ce qui est programmé et on mettrait toutes les forces vives pour gérer l'afflux général. Mais il n'y a pas de procédure écrite dans le service.

Mémoire

Et pour annuler les examens non urgents, ce sont des décisions qui devraient être prises par vous, dans ce cas-là, en tant que chef de service ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, c'est ça.

Mémorant

OK. Et est-ce qu'il existe des protocoles spécifiques, décidés en accord avec les urgentistes par exemple, pour un protocole "polytrauma", un protocole pour réaliser des images de façon rapide. Par exemple, en scanner, pour les Total-Body CT, décidés entre radiologues et urgentistes.

Médecin-Chef imagerie médicale

On a déjà un protocole de polytrauma, mais il n'y a pas une procédure institutionnelle pour la prise en charge du patient polytraumatisé.

Mémorant

OK

Médecin-Chef imagerie médicale

En tout cas, pas une procédure dans laquelle la radio a été intégrée. C'est ce qu'on fait en pratique. L'examen Total-Body, on le fait. On a aussi fait une procédure intégrée avec la radio, la neuro... pour les AVC, mais on ne l'a pas encore faite pour les Total-Body CT.

Mémorant

Et est-ce qu'il y a une procédure de communication rapide des résultats aux urgentistes ? Parce que j'imagine que l'examen est réalisé, est protocolé par le radiologue et après, qu'il est possible de communiquer plus rapidement avec les urgentistes, que ce soit par voie téléphonique ou messagerie ou autre chose. Comment ça se passe d'habitude ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Là, on peut effectivement téléphoner, mais bon, il faut encore avoir le numéro. Sinon, on écrit directement le rapport dans le système informatique et ça part directement dans le dossier du patient.

Mémorant

Donc le système informatique est rapide. Ça donne une réponse rapide.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, une fois que c'est écrit, c'est quasi instantané.

Mémorant

Et seulement pour curiosité, est-ce qu'un radiologue sénior est toujours présent sur place dans l'hôpital ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, actuellement, non.

Mémorant

Mais dans tous les cas, il est joignable.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, il est joignable.

Mémorant

Dans le cas où un plan d'urgence hospitalier se déclenche, est-ce que les rôles et les fonctions sont bien définis ? Est-ce que vous vous êtes mis au courant et donc, de conséquence, se lance une chaîne d'informations vers les technologues et l'assistant ou le radiologue sur place, si ça arrive pendant la nuit et le week-end, par exemple ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Franchement, je n'en ai aucune idée. Vraiment, je n'ai aucune idée parce que je n'ai pas fait partie de la réflexion. Il n'y a pas vraiment eu de communication là-dessus. Et donc je ne sais pas comment on est prévenu.

Mémorant

Oui, effectivement, la coordinatrice-adjointe PUH avait dit plus ou moins la même chose. Dans le cas d'une interruption électrique, de l'approvisionnement électrique, est-ce que les machines vont aller sur des générateurs ? Est-ce que c'est prévu ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, il y a des générateurs pour les grosses machines.

Mémorant

Donc, celles qui gèrent les urgences, les scanners... ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, et certaines salles de radio.

Mémorant

Est-ce qu'il est prévu une protection particulière contre les cyberattaques ou les pannes informatiques ? Est-ce qu'il y a des procédures pour ça ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non. On est en réflexion parce qu'il y a eu pas mal de cyberattaques dans les hôpitaux. Du coup, on avait commencé à se dire "On va le faire". Et après, avec le déménagement, on a un peu mis ça de côté. Mais, c'est prévu qu'on le fasse, mais non, il n'y a pas de procédure faite pour qu'on puisse gérer ça. Après, on sait qu'on peut fonctionner en offline.

Mémorant

OK.

Médecin-Chef imagerie médicale

On a des back-up sur des disques durs, etc. Mais ce n'est quand même pas optimal pour la transmission de l'information, ce n'est quand même pas terrible. Le but, c'est à terme de faire une Blackbox avec ce qu'il faut dedans pour pouvoir survivre. Mais bon, la plupart des machines savent survivre en offline, donc on sait continuer à travailler sans être connecté au reste. C'est juste que la transmission de l'information devrait se faire sur papier.

Mémorant

Oui, il faudra retrouver un autre système, mais il y a moyen de pouvoir travailler quand même. Est-ce qu'il y a un stock de matériel suffisant ou la possibilité de le refournir rapidement au cas où il faudrait augmenter le nombre d'exams, par exemple un stock de produits de contraste ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, il y a un stock et puis la pharmacie est sur place aussi. Nous, on a un stock dans le service et puis il y a un stock dans la pharmacie.

Mémorant

OK, donc il y a une autonomie possible sans problème. À la fin, quand le PUH est désactivé et qu'on revient donc à l'activité normale, une procédure existe-t-elle pour refixer, par exemple, les examens qui auraient été annulés ou pour intercaler d'autres patients ? Il y a une procédure prévue ou est-ce vous qui décidez seul, dans le service quand et comment on revient à la normale, comment on refixe les rendez-vous ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, ce sera moi qui décide et ce sera le service administratif qui gèrera ça. Vu qu'on n'a pas de procédure de PUH, on n'a pas de procédure pour l'arrêt du PUH non plus. Probablement que les secrétaires viendront vers moi en disant: "Voilà, qu'est-ce qu'on fait des patients qu'on a reportés". Je leur dirai "Vous refixez cela le plus rapidement possible".

Mémorant

OK, c'est le service qui gère ça. Si l'urgence était interne, un incendie, une inondation..., et les machines d'imagerie médicale étaient endommagées, est-ce qu'il y a une procédure pour gérer la réparation des machines endommagées ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non.

Mémorant

Mais par contre, s'il y a une panne normale, classique, vous faites, j'imagine, appel à la biotechnique ou aux firmes fournissant les machines pour qu'elles soient réparées.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, tous les contacts sont collés sur les machines, etc. On a des listes de contacts. On sait qu'on peut appeler pour venir faire réparer les machines. Ça arrive souvent.

Mémorant

Actuellement, vous travaillez sur plusieurs sites, je pense ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui.

Mémorant

Il y a des machines dédiées aux urgences en particulier ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Pour le moment, il y a deux tables de radio sur nos deux sites. Et dans le nouvel hôpital, il y aura une table de radio pour les urgences, un échographe pour les urgences et un scanner pour les urgences.

Mémorant

Ces appareils sont à côté des urgences ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, ils sont à côté des urgences. La table de radio et l'échographe sont carrément dans le service des urgences.

Mémorant

Oui, OK.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, il y a aussi un mobile qui sera dans le service des urgences aussi, un mobile radio. Quatre machines au total, donc.

Mémorant

Est-ce que dans le service ont été organisés des exercices, des simulations pour la gestion d'urgence collective ou du PUH ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non.

Mémorant

Pas non plus pour des urgences internes comme un incendie ou des choses comme ça.

Médecin-Chef imagerie médicale

Il y a eu quelques formations, mais ça méritait d'être refait parce qu'on a déjà eu un audit d'accréditation. Pour savoir comment on réagissait s'il y avait un incendie dans l'IRM et les gens répondaient différemment, donc ce n'est pas acquis.

Mémorant

Actuellement, combien de services d'urgence avez-vous dans l'hôpital, vu les différents sites ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Trois.

Mémorant

Chacun a un service d'imagerie médicale ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui.

Mémorant

OK. Mais de toute façon, si j'ai bien compris, le plan d'urgence hospitalier est commun aux trois sites et il sera unique pour le nouvel hôpital ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Je suppose. Sauf si on fait un plan d'urgence interne pour le site qui va rester, mais sur lequel il y aura très peu de patients hospitalisés. Donc là, pour des urgences internes.

Mémorant

OK. Et là, vous aurez aussi un service d'imagerie médicale ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui. Assez gros d'ailleurs.

Mémorant

Mais il n'y aura pas d'urgences externes, seulement des gens hospitalisés ? Il n'y aura pas un service d'urgence sur ce site ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non.

Mémorant

Pour ce qui concerne l'identification, des patients, [la coordinatrice PUH adjointe] m'avait expliqué qu'au GHDC, c'est directement l'accueil des urgences qui donne un numéro identifiant. Et après, c'est le même numéro qui est utilisé par tout le monde dans l'hôpital. Vous me confirmez que la radio utilise le même identifiant que celui donné aux urgences.

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, correct.

Mémorant

Est-ce que vous pensez qu'il y aurait d'autres possibles dysfonctionnements d'un service d'imagerie médicale dans le cadre d'une urgence collective ? Vous avez parlé des rapports avec

les urgences et m'avez dit, si j'ai bien compris, que le triage fait par les urgences est la clé pour ne pas faire déborder le service d'imagerie médicale. Vous confirmez ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, pas spécialement. En temps normal, le triage peut être difficile, on va dire ça comme ça. Mais en période de catastrophe, on ne va pas leur en vouloir. Mais oui, effectivement bien trié, je pense que c'est bien, mais il faut que les gens soient formés pour pouvoir trier un truc en urgence. Parce que déjà, quand ils ont le temps de réfléchir, ce n'est pas toujours bien trié, alors si en plus, ça se met dans le stress, je ne sais pas si les gens trieront beaucoup mieux. Mais bon, pour moi, en soi, même s'ils font monter plein de gens, comme on a une grosse capacité de machines, je ne suis pas inquiet. On va pouvoir gérer, il n'y a pas de problème. Mais par contre, ce qui m'inquiète le plus, c'est dans le service des urgences, parce que quand nous, on a fini, on les ramène. Et là, ça risque plus de poser de problèmes par rapport au stockage des patients. Pour moi, le goulot est plus aux urgences.

Mémorant

OK, j'ai compris. C'est leur capacité qui vous inquiète. Le service d'imagerie médicale a une grande capacité.

Médecin-Chef imagerie médicale

Ou alors, mais je ne me souviens plus, dans le PUH, les patients iraient ailleurs. Par exemple, ils vont au bloc opératoire, en salle de réveil ou dans les unités.

Mémorant

Ils les redispatchent peut-être.

Médecin-Chef imagerie médicale

Pour moi, c'est plus ça le goulot, de mon point de vue.

Mémorant

Oui, bien sûr. C'est intéressant ça.

Médecin-Chef imagerie médicale

Mais c'est parce qu'on a un gros service d'imagerie. Par exemple, sur le nouvel hôpital, on aura sur place quatre scanners, trois IRM et en tout sept échographes.

Mémorant

OK, il y a de la capacité.

Médecin-Chef imagerie médicale

On peut absorber sans souci.

Mémorant

Tout à fait, je comprends. C'est très bien. Vous avez autre chose à ajouter ? Vous pensez que c'est complet comme ça ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Je suis un peu désolé de vous répondre avec beaucoup de négatifs comme quoi ce n'est pas encore fait, mais bon

Mémorant

Non, c'est en cours. Il y a l'horizon du nouveau site, donc c'est normal.

Médecin-Chef imagerie médicale

En fait, c'est ça. Le problème, c'est que ce déménagement polarise un peu les priorités parce qu'il y a un deadline. Tout ça, ce sont de beaux projets : travailler sur le PUH, les liens avec les urgences..., mais c'est vrai que pour le moment, on n'a pas tellement l'occasion de se pencher dessus.

Mémorant

Non, il faut prioriser les choses, c'est normal.

Médecin-Chef imagerie médicale

C'est vrai que moi, pour le moment, je sais que ça existe. Très bien, mais je n'ai pas participé. Et on ne m'a pas contacté non plus.

Mémorant

Non, ça, [la coordinatrice-adjointe PUH] avait avoué aussi qu'elle ne vous avait pas contacté, qu'elle n'avait pas inclus l'imagerie médicale dans la réflexion, mais que peut-être, ils vont le faire dans un futur proche.

Médecin-Chef imagerie médicale

Après, avec grand plaisir, mais là, c'est vrai que pour le moment, même si elle me demandait maintenant, je dirais non.

Mémorant

Non, bien sûr. Et donc c'est prévu pour novembre, c'est ça ?

Médecin-Chef imagerie médicale

Oui, c'est ça.

Mémorant

OK.

Médecin-Chef imagerie médicale

Vous allez appeler tous les hôpitaux de Belgique ?

Mémorant

Pas tous. J'ai fait une sélection et donc ce sera sept hôpitaux généraux, plus l'hôpital militaire. Le but est d'avoir des hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie. Et de faire un petit état des lieux après avoir l'analyse théorique de mon sujet.

Médecin-Chef imagerie médicale

C'est intéressant.

Mémorant

Merci

Médecin-Chef imagerie médicale

Non, mais merci à vous de vous pencher sur de la recherche comme ça. C'est bien, ça fait avancer les choses. Si jamais il vous manque des informations, n'hésitez pas à me rappeler. Ça va ?

Mémorant

Parfait. Merci beaucoup. Bon travail.

Médecin-Chef imagerie médicale

Merci à vous et bonne continuation. Au revoir.

ANNEXE 3.7 : HÔPITAL DES ENFANTS REINE FABIOLA ET HÔPITAL ÉRASME - CLINIQUES
UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES (COORDINATION PUH ET SERVICE D'IMAGERIE MÉDICALE)

Entretien réalisé le 11/04/2024 en visioconférence via TEAMS

Personne interrogées :

Coordinateur PUH (en charge du PUH de l'Hôpital Érasme et de l'HUDERF)

Chef-Technologue (de l'HUDERF)

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Coordinateur PUH

Oui, pas de problème.

Chef-Technologue

Oui.

Mémorant

Quelle est votre fonction au sein de l'institution ?

Chef-Technologue

Je suis le Chef-Technologue pour l'HUDERF, mais je suis aussi le responsable de tous les technologues de tout le HUB, c'est-à-dire responsable des technologues à ÉRASME en imagerie médicale et en médecine nucléaire, à BORDET en imagerie médicale, en médecine nucléaire, en radiothérapie et en échographie cardiovasculaire. Je suis aussi responsable du contrôle physique de l'HUDERF.

Mémorant

C'est une grande équipe, ça.

Chef-Technologue

200 personnes. C'est coordonner l'activité au mieux à l'HUDERF et à côté de ça, c'est coordonner au mieux les différentes équipes via leur chef pour qu'on arrive simplement à un fonctionnement optimal, tant avec les technologues qu'en relation avec l'activité, en relation avec le staff médical.

Mémorant

OK, c'est clair.

Coordinateur PUH

De mon côté, je suis le coordinateur... En fait, maintenant, partout au HUB, je suis le coordinateur plan d'urgence, mais à la base, je suis le coordinateur plan d'urgence de l'Hôpital des Enfants et comme je l'expliquais dans le mail, je l'ai écrit de A à Z et j'en suis un vrai acteur de terrain. Depuis maintenant quelques mois, j'ai repris cette casquette pour l'ensemble du HUB, y compris Érasme et Bordet, où là, je devrais arriver à terme à la même chose, mais aujourd'hui, je ne me considère pas comme acteur de ces deux plans d'urgence, mais plutôt comme quelqu'un qui reprend, qui essaie de les découvrir et de remettre à jour des choses qui soit n'avaient pas de sens, soit n'ont pas été réfléchies par rapport à ce que je connais à l'Hôpital des Enfants. Donc, effectivement, c'est des tonnes de réunions qui se rajoutent et de développements qui se rajoutent puisqu'il y avait une série de choses que nous n'avions pas à l'Hôpital des Enfants. Donc, c'est plus de la planification de crise et de la gestion de plans d'urgence.

Mémorant

OK, donc c'est vraiment un grand boulot aussi. Vous participez donc activement à l'élaboration de ces plans d'urgence, à la mise à jour de ces plans d'urgence qui existaient déjà dans les autres sites ?

Coordinateur PUH

Je suis en train d'écrire celui de Bordet parce que celui de Bordet, il y a eu une tentative par le SIPP en son temps, mais qui n'a jamais été validée par les autorités, en fait. Ils n'ont pas eu l'agrément. Donc là, je suis en train de terminer sa réécriture pour avoir l'agrément. Celui d'Érasme, il est validé, il existe. On essaie juste, comme disait [le Chef-Technologue] juste avant, de rendre les choses un peu logiques pour qu'on ait un *process* qui soit le même sur l'ensemble de nos sites. Parce qu'à l'heure d'aujourd'hui, chacun fonctionnait à sa manière. Et quand on veut faire travailler des équipes ensemble, ça ne peut pas marcher comme ça si on n'essaie pas de faire un truc commun.

Mémorant

Bien sûr. Et vous [Chef-Technologue], vous avez participé à l'écriture du plan d'urgence hospitalier de l'HUDERF ?

Chef-Technologue

Non pas du tout, parce que moi, ça ne fait que... ça fait combien de temps maintenant ? Trois ans, je crois, que je suis à l'HUDERF. Et donc moi, quand je suis arrivé, tout était déjà bien dessiné, etc., je pense.

Coordinateur PUH

Par contre, son prédécesseur... Avant, quand moi, j'ai repris le PUH de l'HUDERF, il n'y avait rien pour l'imagerie médicale, c'était considéré comme un service comme les autres. Et le responsable précédent avait écrit des fiches de consignes spécifiques à l'imagerie médicale. À l'ouverture de ton nouveau service à l'HUDERF, [le chef technologue] a quand même aussi analysé par rapport aux spécificités du nouveau service, parce que ça n'avait jamais été pensé : "comment se déclenche un appel d'urgence ?" ... toutes ces choses-là.

Chef-Technologue

Je n'ai pas pensé à ça, mais effectivement, on a mis ça en place.

Coordinateur PUH

Ce qui n'existait pas avant, donc c'est déjà une avancée révolutionnaire pour nous.

Chef-Technologue

Révolutionnaire pour nous, oui.

Mémorant

Dans la législation par rapport au plan d'urgence hospitalier, dans la loi, le service d'imagerie médicale est mentionné quelques fois. Premièrement le service d'imagerie médicale est une des fonctions à contacter au cas où on déclenche le plan d'urgence. Est-ce que c'est le cas chez vous ?

Coordinateur PUH

Oui, ça, oui.

Mémorant

Il est dans la chaîne d'appels ?

Coordinateur PUH

Tout à fait.

Mémorant

Et ça, dans tous les sites ?

Coordinateur PUH

On a deux systèmes, mais je pourrais te les envoyer. Effectivement, ici, je suis devant le PUH chez nous, à l'Hôpital des Enfants. Voici la liste d'appels qui est anonymisée sur un numéro privé. Oui, bien sûr. Après, le médecin responsable des urgences, le directeur général, l'infirmier coordinateur du PUH, il y a le responsable 'communication', l'anesthésiste, le radiologue, le technologue, la banque de sang. Tous ces gens sont dans la liste des gens qu'on rappelle et eux, comme je le disais, ont une liste en interne de rappels. Donc, ils sont toujours dedans. Pour être tout à fait complet, aujourd'hui, pour l'HUDERF, pas encore pour les autres, mais pour l'HUDERF, on est avec un système de rappel automatique alarme tilt ou fact-24 qui est un système où on appuie sur un bouton et ça déclenche des cascades de rappel. Toute l'imagerie n'y est pas, [le chef technologue] est dans le système. Son téléphone va sonner, il va recevoir le message.

Mémorant

Donc des messages automatiques. OK, j'ai compris.

Coordinateur PUH

En tout cas, en fonction des codes couleur et dans le code orange, qui est l'arrivée massive de victimes, il est dedans. Je veux dire, si on a un problème de chauffage, il ne va pas être rappelé.

Mémorant

Non, bien sûr, ça, c'est bien. Est-ce qu'un représentant du service d'imagerie médicale participe au comité permanent pour le plan d'urgence ?

Chef-Technologue

Moi non, en tout cas.

Coordinateur PUH

Aucun des experts n'est membre du comité permanent. Le comité permanent, maintenant, tel qu'il est défini, on a mis les gens "Direction", etc. Et tous les services particuliers comme la pharmacie, le labo... sont considérés comme des experts, ils sont contactés par rapport à leur fiche de consignes, mais ne participent pas aux deux réunions annuelles du comité permanent systématiquement, parce que sinon, ça fait énormément de monde.

Chef-Technologue

Ça n'aurait pas de sens, en réalité, sauf s'il y a des changements majeurs.

Mémorant

Non, mais si ça les concerne, on peut les contacter, sinon ce n'est pas nécessaire.

Coordinateur PUH

Non, mais on fait des réunions. Après, il n'y en a pas tous les six mois, il n'y en a même pas tous les ans, parce que s'il n'y a pas de changement à faire, il n'y a pas. Mais je dirais, il y a des

réunions par thématique dans lesquelles : c'est plutôt l'inverse, ce n'est pas... Comment est-ce que je vais dire ? On ne travaille pas dans le sens où le comité permanent déclenche des réunions et invite des spécialistes. Ce sont des réunions auxquelles, systématiquement, la Direction générale me convie pour représenter le plan d'urgence. Ce n'est pas dans l'autre sens. Lorsqu'il y a ce genre de réunion : "plan d'action sur les risques nucléaires" pour un des sites, il y a l'équipe d'imagerie médicale et les représentants du plan d'urgence.

Mémorant

J'ai compris le sens. Et est-ce que dans la première partie du PUH, il y a la description du service d'imagerie médicale ? Les appareillages présents, les machines... ? C'est vraiment dans la toute première partie, normalement, ça ?

Coordinateur PUH

Il n'y a pas de détails avec des plans du service, mais il est marqué combien on a d'appareils d'échographie, combien on a de salles d'échographie, combien on a de radios, combien on a... Parce que c'est juste légal, c'est dans la partie 1 du PUH.

Mémorant

Maintenant j'aurais plutôt besoin d'un commentaire. Beaucoup d'auteurs qui ont analysé, mais c'étaient surtout des auteurs français et américains, indiquent que le service d'imagerie médicale peut présenter un risque de goulot d'étranglement au cas où il y a un afflux massif de victimes. Est-ce que vous partagez cet avis ?

Coordinateur PUH

Même quand ce n'est pas un plan d'urgence, chez nous, c'est un goulot d'étranglement [rire].

Chef-Technologue

C'est bien ce qui est inévitable parce qu'on n'a jamais que x salles et on ne sait pas aller au-delà. On ne sait quand même faire qu'un patient à la fois, donc inévitablement. Ça va entraîner des files d'attente majeures s'il y a vraiment beaucoup de patients.

Coordinateur PUH

Ceci dit, je reste convaincu en médecine d'urgence que faire une radio à un patient n'est pas vital. Ça doit se faire, mais ce n'est pas vital. Je préfère avoir un échographe ou un scanner disponible pour un patient qui saigne... Mais si les gens doivent attendre trois heures pour avoir une radio pour voir si c'est cassé, techniquement parlant, en médecine d'urgence, ce n'est pas grave.

Mémorant

Non, c'est clair. Autant, aller à l'essentiel. Et à l'HUDERF, vous avez un seul scanner ? Plusieurs scanners ?

Chef-Technologue

Un seul. Il est très bien en plus.

Mémorant

Il est utilisé pour les rendez-vous et pour les urgences?

Chef-Technologue

Tout à fait.

Mémorant

Vous avez bien expliqué qu'il existe une fiche d'action, vous l'appellez les "consignes pour l'imagerie médicale" à l'HUDERF. Savez-vous si ça existe aussi sur les autres sites ?

Coordinateur PUH

À Érasme, je suis certain. Après, je suis en train de les revoir. À Bordet, je suis en train de l'écrire puisqu'il y avait les fiches générales et là, ils sont repris dedans parce qu'ils ont des spécificités avec la radiothérapie, mais il n'y avait pas de fiche particulière. C'était une des remarques de l'inspection d'hygiène pour valider le plan.

Mémorant

La fiche pour l'imagerie médicale, pour parler de l'HUDERF, est-ce qu'elle est adaptée et évaluée régulièrement ?

Coordinateur PUH

Toutes les fiches sont revues et validées par le comité permanent tous les ans. Je suis en train d'essayer de la retrouver. La dernière mise à jour, la dernière validation date de l'accréditation Canada et l'accréditation Canada, c'était l'an passé.

Mémorant

OK.

Coordinateur PUH

Ceci dit, elle n'a pas été modifiée depuis 2021. Donc c'est votre déménagement, ça, 2021 ?

Chef-Technologue

Non, on a déménagé à la fin 2022

Coordinateur PUH

Attends. Oui, non, c'est 2022. C'est le déménagement. La dernière écriture, en tout cas, c'est celle de 2022. Et la première écriture de cette fiche, c'est 2021.

Mémorant

Plusieurs auteurs identifient des causes d'un possible dysfonctionnement du service d'imagerie médicale qui pourraient donc augmenter, en tout cas, la sensation d'être un goulot d'étranglement. Donc, on va passer en revue les différentes causes possibles de

dysfonctionnement. Et la première est le manque de personnel. Donc, est-il prévu une procédure de renforcement du personnel sur place dans votre plan d'urgence, en particulier pour l'imagerie médicale ?

Chef-Technologue

Je pense qu'en fonction, de toute façon, tu [le coordinateur PUH] me corrigeras, mais je serais appelé et moi, je ferais en sorte d'avoir le maximum de personnes présentes pour pouvoir répondre aux besoins de la situation. D'autant plus qu'une majorité habite sur Bruxelles et à proximité immédiate de l'hôpital.

Mémorant

Et vous avez les contacts de différents technologues et radiologues ?

Chef-Technologue

Oui, j'ai les contacts téléphoniques de tout le monde sans exception.

Coordinateur PUH

Et ici, comme ça, c'est très général et ce n'est pas propre à l'imagerie, mais tu vois cette fiche de consignes ici, la 23, qui concerne les infirmiers "quartier opératoire", "perfusionniste", "radio" et "emodialyse", en fonction de la situation, c'est "rappel de personnel supplémentaire". Mais donc ce n'est pas spécifique, ce n'est pas une fiche spécifique radio. C'est le fait qu'en fonction du niveau, on rappelle du monde.

Mémorant

Et donc dans ce cas-là, pour l'imagerie médicale, vous, vous vous occupez d'appeler les technologues et le Médecin-Chef pour les radiologues, c'est ça ?

Chef-Technologue

C'est ça.

Mémorant

Et pour ce qui concerne l'identification des patients, donc les patients qui arrivent en masse aux urgences. Est-ce que vous avez déjà un système d'identification à l'accueil des urgences ?

Coordinateur PUH

Oui, on utilise le système BITS. On utilise BITS et le personnel est en pleine formation, je leur donne des formations régulièrement. Et là, on est en attente avec la santé publique sur le match du système fédéral avec le système de l'hôpital, puisque c'est eux qui vont prendre ça en charge.

Mémorant

Maintenant, c'est plus spécifique à l'imagerie médicale. Comment peut-on utiliser de façon optimale les appareillages qu'on a à disposition ? Par exemple, sur le scanner, vous avez les

rendez-vous et les urgences. Comment peut-on annuler ces rendez-vous pour avoir plus de place au cas où il y a un afflux massif de patients ?

Chef-Technologue

Clairement, à ce moment-là, on a tout le secrétariat qui est disponible. Elles sont quatre, cinq, je pense. On peut utiliser la secrétaire médicale du médecin-Chef de service pour simplement annuler les patients qui seraient prévus. Et puis, après, dédier le scan à toute l'activité d'urgence qu'il y aurait.

Mémorant

Donc c'est possible ?

Chef-Technologue

Sans difficulté.

Mémorant

Et est-ce qu'il y a des protocoles créés avec les urgentistes pour avoir un examen à privilégier dans certains cas, pour être plus rapides ? Quelque chose de codifié, par exemple, un protocole trauma, un protocole total-body.

Chef-Technologue

Non, parce que ça, c'est un peu vague. En réalité, on ne va pas faire un corps entier pour un trauma qui, par exemple, est un gros trauma, mais seule la jambe a été abîmée. Donc ça, je crois que ça doit quand même encore rester une vision de l'urgentiste avant d'être envoyé chez nous de dire ce qu'il faut faire. Parce que si on fait un truc standardisé, on va se retrouver à irradier tout le monde de la tête au pied. Ce n'est clairement pas sécuritaire.

Coordinateur PUH

On est vraiment dans une spécificité. [Le Chef-Technologue] insiste, mais j'insiste encore plus, c'est de la pédiatrie et donc les total-body scan, chez nous, ça n'existe pas. Si, on en fait, mais c'est vraiment exceptionnel.

Mémorant

Je comprends.

Coordinateur PUH

On n'a pas cette traumatologie qu'on a dans le monde des adultes. Et quand bien même on a un accident de bus ou une intoxication au CO dans une piscine, on ne les passe pas tous au scan comme les adultes. C'est beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup plus rare.

Mémorant

Tout à fait. Et est-ce qu'il existe une procédure de communication rapide avec les urgentistes ? Dans le sens : est-ce que votre système d'écriture des protocoles est rapide, donc informatisé et

ça passe rapidement aux urgences ? Et est-ce qu'il y a la possibilité, par exemple, de donner par voie téléphonique ou écrite des protocoles, même partiels, seulement pour accélérer la prise en charge ?

Chef-Technologue

Par voie téléphonique, oui, parce qu'il y a de toute façon les radiologues qui peuvent téléphoner sans difficulté. Par voie écrite, c'est faisable aussi parce qu'on sait noter une note sur le PACS et de là, en réalité les médecins savent voir la petite note qui a été faite par le radiologue.

Coordinateur PUH

Le coup de téléphone, il est quasi systématique et ce n'est pas en situation de PUH. En général, quand on envoie un enfant pour une imagerie spécifique, une inquiétude spécifique, le patient n'est pas encore revenu aux urgences, qu'il y a déjà eu un contact entre le médecin demandeur et le radiologue. Ça, c'est très monde pédiatrique de nouveau.

Chef-Technologue

Toujours une grande communication.

Coordinateur PUH

Il y a plein de défauts, je te rassure quand même [rire]. Mais ça, ça marche.

Mémorant

Vu que l'imagerie médicale a besoin de matériel spécifique, est-ce qu'il y a un stock important du matériel utilisé pour les examens, par exemple, produits de contrastes ou autre chose, pour accueillir un nombre important de patients ?

Chef-Technologue

On en a plus que nécessaire, donc on prévoit toujours un surplus par rapport à l'activité quotidienne. C'est-à-dire que pour le contraste, j'invente, on a besoin d'une vingtaine de flacons, on sait qu'on en a une grosse trentaine. On en a plus. Maintenant, pas de là non plus à accueillir un bus entier supplémentaire. Il y a des marges, mais si je devais donner un ordre, je dirais peut-être 20% d'excès, un truc comme ça. 20, 30% d'excès, mais pas plus.

Coordinateur PUH

Après, on a une spécificité ici à l'HUDERF, c'est que comme on est à côté de Brugmann, il y a également un service d'imagerie médicale et une grosse pharmacie. Les échanges et les emprunts de spécialités d'un service à l'autre sont très réguliers. Donc, à moins qu'eux soient dans la même déchéance que nous, on sait se faire dépanner plus vite qu'un autre hôpital qui n'a qu'une source d'approvisionnement. Nous, on a d'office une deuxième source d'approvisionnement.

Mémorant

Tout à fait, c'est un avantage.

Coordinateur PUH

En plus, cette pharmacie et cette stérilisation gèrent deux sites, puisqu'elle gère Schaerbeek et Brugmann, plus l'Hôpital des Enfants. Donc c'est une triple officine hospitalière. Les réserves en général ont de la marge, c'est ce qui nous a sauvés, entre autres, dans un autre domaine au niveau du COVID, où on a tenu plus longtemps, avant d'avoir les problèmes d'être limités, que les autres, parce que comme cette pharmacie fournissait trois hôpitaux, il y a plus de marge. Donc, ça, ça aide. Ce n'est pas parce qu'on est mieux organisé, c'est juste parce qu'on a une bonne configuration.

Mémorant

Existe-t-il un système de retour à la normale, lors de la désactivation du PUH, pour revenir dans une situation normale ? Par exemple, pour l'imagerie médicale, une procédure pour refixer les rendez-vous ou, pour l'hôpital, de réaccueillir de nouveau des patients ambulatoires. Est-ce marqué dans le plan d'urgence ?

Coordinateur PUH

Oui, si, c'est marqué. Il y a une fiche complète sur le retour à la normale. C'est une obligation de nouveau, sinon ce n'était pas validé.

Mémorant

Et pour l'imagerie médicale, il y a un système ou ça dépend au cas par cas ?

Coordinateur PUH

C'est le même que pour tout l'ambulatoire, que pour toutes les consultations. On a mis en place un système qui est d'abord en termes d'arrêt des activités, c'est ce qu'on a utilisé pendant la crise du COVID aussi avec des envois de SMS. Et puis une réactivation sur base de ce qui est choisi par la CCH, de qu'est-ce qu'on réactive en premier, qu'est-ce qu'on reprend, à quel pourcentage, avec reprise de contact avec la patientèle. Mais ce n'est pas propre à l'imagerie, ça. C'est un plan de redémarrage général.

Chef-Technologue

Nous, le principe, c'est dès qu'on a le feu vert, évidemment, on reprend contact avec les patients, on reprogramme les rendez-vous et on revient dans un fonctionnement normal.

Mémorant

Par contre, dans le cas où le problème n'est pas issu d'une urgence collective, mais un problème interne à l'hôpital, donc un incendie ou des choses comme ça, une procédure est-elle prévue pour remettre en état de marche les appareils qui ont été endommagés ? Est-ce qu'il y a un service biotechnique, des assurances...?

Chef-Technologue

Il y a tout le service biotechnique qui est disponible. Qui plus est, on a des procédures d'allumage de machines. Quand il y a eu des arrêts, il y a des procédures d'allumage et de là, on sait voir, justement, si ça fonctionne bien ou pas.

Mémorant

OK.

Coordinateur PUH

Et de nouveau, dans le même ordre d'idée, tu m'arrêtes [le Chef-Technologue], quand on est à plat pour une machine, surtout quand c'est programmé, mais si on avait une urgence, on a transféré une partie de l'activité sur des créneaux à Brugmann, de nouveau, avec mise en place de toute une procédure d'accompagnement, d'intervention de notre équipe de réanimation interne en cas de problème. Tout ça est mis en place.

Chef-Technologue

C'est déjà arrivé, ça a bien fonctionné.

Mémorant

C'est ça. Donc, indépendamment du plan d'urgence, il y a déjà un plan qui est clair. Et est-ce qu'il y a un document dans lequel sont reportés les rôles et les fonctions de chacun au sein du service d'imagerie médicale, au cas où on déclenche un plan d'urgence ?

Chef-Technologue

En tout cas, il y a un organigramme qui est disponible qui permet effectivement de savoir qui est responsable technologue, qui est responsable radiologue. Et puis de là, nous, on sera tributaires simplement du coordinateur PUH pour savoir ce qu'on met en place.

Coordinateur PUH

Oui, par contre, de manière générale, parce que c'est la meilleure manière à mes yeux, je n'interviens pas sur comment ils doivent fonctionner dans leur service. Je donnerai mes attentes à [Chef-Technologue], mais il gère son équipe et il gère ses services. Je ne vais pas aller faire de l'ingérence dans l'imagerie pour laquelle je ne connais absolument rien.

Mémorant

Je comprends. Non, c'est normal.

Coordinateur PUH

Moi, je suis capable de mettre un tablier de plomb pour une échographie, donc qu'on s'entende.
[rires]

Mémorant

Et au cas où vous et le médecin-chef, vous êtes absents, il y a un adjoint, un remplaçant?

Chef-Technologue

J'ai toujours un backup. Ce n'est pas un adjoint, c'est un backup qui est désigné. Quand je suis absent, style congé, il y a un backup qui est là, présent et qui peut justement prendre les décisions à ma place si jamais vraiment il y a le besoin.

Coordinateur PUH

Dans le même ordre d'idées, ça va dans le sens du backup dont parle [Chef-Technologue]. On a volontairement mis, et j'enverrai volontiers une copie si ça t'intéresse, mais on a volontairement mis dans le PUH de l'hôpital que toutes les fiches de consignes ne concernent pas l'infirmier-chef, enfin, s'il y a une fiche qui concerne l'infirmier-chef, mais les responsables d'unité. Et justement, on a défini que le responsable est la personne qui, le jour du déclenchement, est nommée responsable de l'activité ou de la supervision. Soit c'est le chef s'il est là, soit c'est la personne qui le remplace s'il n'est pas là. Mais donc, on a mis dans le PUH une nuance entre chef et responsable. Comme je dis toujours quand je donne les formations au nouveau personnel, je leur dis que la plupart des engagés risquent d'être responsables de leur unité de soins dans les trois mois : quand ils font la nuit, seuls, dans leur service, si on déclenche, de facto, ils deviennent responsables de leur unité. Ils doivent assumer les fonctions qui, normalement, sont dédiées au chef puisqu'il n'est pas là.

Mémorant

Ils sont les seuls sur place.

Coordinateur PUH

C'est le responsable qui le fait à la place du chef.

Mémorant

Est-ce qu'il y a des solutions pour pallier éventuellement une interruption d'électricité ? Donc, si c'est une panne électrique, il y a des générateurs?

Coordinateur PUH

96 heures de générateur d'emblée, avant même intervention, avec un contrat de maintenance qui garantit l'alimentation et un accord en plus en tant que service public avec l'armée belge et l'hôpital militaire Reine Astrid, qui, entre autres, pour le passage à l'an 2000, étaient venus nous fournir des groupes portables au cas où les nôtres ne tenaient pas. Et accessoirement, comme ça, tu as toutes les informations, on a deux entrées d'alimentation distinctes de la ville vers l'hôpital pour que si jamais il y en a une qui lâche, qui plante, l'hôpital reste alimenté par l'autre côté. Et ça, par contre, c'est valable sur l'ensemble des sites.

Mémorant

OK. Et les appareils de radiologie sont connectés au générateur?

Coordinateur PUH

Sauf erreur, tout est sur prise rouge chez vous ?

Chef-Technologue

Là, je ne suis pas sûr. OK. Là, je ne suis pas sûr parce que je pense que le scan, ce n'est pas vrai.

Coordinateur PUH

Le scan ne fonctionne pas sur le groupe ?

Chef-Technologue

Je ne pense pas parce qu'à l'époque, j'avais eu cette discussion et il avait dit que c'était compliqué et donc dans ma dernière version en tête, ce n'est pas sur le générateur.

Coordinateur PUH

Ça, je vais devoir vérifier par contre

Chef-Technologue

Dans ma dernière version, peut-être que ça a changé, mais dans mon esprit, ce n'est pas le cas.

Mémorant

Concernant la localisation de l'hôpital, est-ce qu'il y a une analyse des risques pour les inondations ? Parce que parfois, la radiologie est au moins un, au zéro, souvent.

Coordinateur PUH

Chez nous, elle ne risque pas d'être inondée. En tout cas, pas par le bas.

Chef-Technologue

C'est ce que j'allais dire, pas par l'externe. Que quelqu'un fasse fuir des trucs, si. Mais on est au premier étage, donc normalement, il y a zéro risque.

Coordinateur PUH

Et sur l'analyse de risque général dans le PUH, l'inondation est à 1. Donc très bas.

Mémorant

Et en ce qui concerne le système informatique, est-ce qu'il y a des mesures pour prévenir des pannes informatiques ou des cyberattaques ?

Coordinateur PUH

Des cyberattaques, oui, des pannes, non. On est encore dans un des hôpitaux qui a une résilience qui m'a toujours impressionné, où ça ne choque personne, je pense, ni dans l'équipe de radiologie, ni aux urgences ni ailleurs, de ressortir de l'armoire un bloc de papier et de refaire des bons à la main et de recevoir un protocole écrit qui sera scanné 24 heures après parce que l'IT a lâché. Ça, c'est quelque chose qui est, je ne vais pas dire courant, mais qui est déjà arrivé. Il y a carrément une boîte qui est prête avec des bracelets préencodés, avec des numéros préencodés, avec des bons déjà préfaits en radiologie, en labo et autres pour faire face à cette

panne. Et chaque fois que ça a été utilisé, on en refait, donc ça oui. Par contre, en termes d'attaques, il y a une politique qui est quand même assez poussée et qui nous a bien protégé d'ailleurs il y a à peu près un an, puisqu'on est sur le même réseau que l'hôpital Saint-Pierre et que le HUB qui a subi une attaque et les systèmes de pare-feu et de surveillance informatique qui sont au Luxembourg ont fait que l'HUDERF et Brugmann ont été 100% épargnés par l'attaque.

Mémorant

OK, donc vous n'avez eu aucun problème.

Coordinateur PUH

Oui, on a subi les problèmes que le labo était attaqué et l'on n'avait plus de labo. Mais je veux dire que nous, en interne, on avait accès à nos dossiers et l'activité de rendez-vous et autre a pu continuer à 100 %.

Mémorant

Les auteurs insistent aussi sur l'importance d'un débriefing après l'arrêt du plan d'urgence hospitalier. Et est-ce qu'il est prévu pour votre hôpital, votre institution ?

Coordinateur PUH

Systématiquement. Ça, ça va même plus loin. À chaque crise, il y a des débriefings avec les personnes concernées. On a une ligne du temps qui est automatique via le système de déclenchement, qui génère "Qu'est-ce qui a été fait ?", qui a un journal de campagne intégré et il y a systématiquement une rencontre qui est programmée derrière.

Mémorant

Par contre, en ce qui concerne les simulations et les exercices, parce que c'est un autre point du plan d'urgence, est-ce que ça se fait ?

Coordinateur PUH

C'est compliqué, mais ça se fait. On a une double obligation. Les obligations légales, on fait ce qu'on peut comme on dit. Mais des exercices en temps réel, des vrais gros exercices, je les limite parce que ce n'est pas sans risque. Le meilleur exemple que j'ai date de 2019 ou 2020. C'était un peu avant l'arrivée [du Chef-Technologue] où l'on organisait un exercice de simulation où il y avait une convention d'exercice qui était très claire : les vrais patients étaient injectés avec les patients qui jouaient, j'ai envie de dire. La seule différence, c'est que la fiche patient était orange, comme ça on les reconnaissait, et qu'ils étaient d'office, peu importe pourquoi ils venaient, si on les avait accueillis aux urgences, catégorisés en urgence 1 pour qu'ils passent plus vite. On a un enfant qui s'est présenté avec un problème de méningite infectieuse avec une difficulté respiratoire, qui a été envoyé par la boss à la radio et dans l'enthousiasme général, le radiologue

ou le technologue, je n'en sais rien et peu importe en vrai, a fait attendre les gens dans le couloir, a pris sa fiche et a commencé à faire un protocole où il lui a même trouvé un pneumothorax et je ne sais plus quoi. Et donc, on a le patient qui est redescendu aux urgences furax et en mettant une plainte parce que la mère ne comprenait pas comment on pouvait avoir un protocole de pneumothorax chez son enfant alors qu'on l'avait fait attendre pendant 15 minutes sur une chaise avant de le renvoyer aux urgences sans jamais faire le moindre examen. Et en fait, la personne était tellement dans le jeu qu'elle a loupé le coche. Et en fait, c'est des choses qui d'expérience, puisque moi, je gère aussi en médecine cata en PIM, hors hôpital, qui arrivent régulièrement. Ça, je fais quand même très attention et le jour où l'on organise, c'est très cadré, donc je n'en fais pas tous les six mois. Par contre, ce qu'il y a de manière plus régulière, c'est des déclenchements virtuels avec des tabletops. Ça, je fais avec la CCH de manière plus régulière, je dirais jusqu'à deux fois par an quand même.

Mémorant

Ça, c'est plus au niveau des services des urgences.

Coordinateur PUH

Non, ça, c'est au niveau du management.

Mémorant

Management, oui, OK.

Coordinateur PUH

C'est plutôt CCH. Au service des urgences, je déclenche pour voir qui répond, qui ne répond pas, mais je ne déploie pas. Et alors, je fais des exercices du style tabletop, c'est soi-disant une arrivée massive de victimes, mais les victimes arrivent sur papier, et ils doivent encoder dans le système BITS, justement, sur base d'informations qu'ils ont reçues.

Mémorant

Pour ce qui concerne l'imagerie médicale, il n'y a pas vraiment de choses régulières ?

Coordinateur PUH

Pas encore.

Mémorant

Et même pas pour un risque d'incendie ou d'autres formations pour la prévention?

Coordinateur PUH

Comme tout le monde, ils sont invités aux formations qu'on fait sur la prévention incendie. On a une politique dans l'hôpital qui fait que tous les ans, il y a trois ou quatre modules d'e-learning qui sont obligatoires pour l'ensemble du personnel. Et dedans, il y a un module de prévention

incendie, il y a un module sur le plan d'urgence hospitalier. Donc, SIPP/bien-être au travail, plan d'urgence, incendie, soins de plaie. Il y a une série de choses qui sont obligatoires.

Mémorant

Et ça, c'est l'ensemble du personnel qui est invité à ces formations ?

Coordinateur PUH

Tout à fait. Tu es plus qu'invité. Si tu ne le fais pas, tu reçois un avis par mail, pour dire que tu n'es plus en ordre. En imagerie, je ne sais pas. Ça, c'est plus spécifique.

Chef-Technologue

Si, si.

Coordinateur PUH

Mais par contre, je sais que nous, chaque service a par rapport à son activité des modules spécifiques. Moi, par exemple, j'utilise un appareil de gazométrie, un PECT, qui est du laboratoire délocalisé, mais je dois faire annuellement l'e-learning et l'examen pour être recertifié pendant un an, sinon je n'ai plus accès à la machine. Tout fonctionne comme ça. Pharmacie des soins intensifs, qui est une pharmacie informatisée, si je ne refais pas la formation, je perds mon droit d'accès. J'ai beau mettre mon doigt sur le système, je n'accède plus à la pharmacie. Donc, je suppose qu'en imagerie, vous avez aussi des choses spécifiques

Chef-Technologue

Oui, pour tout ce qui est sécurité IRM, tout ce qui est radioprotection, tout ce qui est "formation arca", un peu tout.

Mémorant

OK. J'ai fait le tour des possibles dysfonctionnements que les auteurs ont identifiés. Est-ce que, selon vous, j'ai oublié quelque chose, qui pourrait provoquer des dysfonctionnements ?

Chef-Technologue

On a parlé de pas mal de choses, donc moi, je dirais non.

Coordinateur PUH

Non

Mémorant

L'autre enjeu qui est revenu souvent dans les entretiens que j'ai faits, c'est la coordination. Comment se coordonne-t-on au cas où l'on déclençait un plan d'urgence, mais il me semble que vous êtes assez bien organisés ?

Coordinateur PUH

Je ne l'ai pas dit avant, mais peut-être que ton promoteur te l'a dit, mais quand je ne suis pas à l'hôpital, moi, je suis coordinateur plan d'urgence pour la Région de Bruxelles-Capitale en PIM, donc c'est un peu mon quotidien. Donc c'est un peu mon bébé, j'avoue.

Après, c'est loin d'être parfait, on s'entend. Surtout qu'on est avec de nouveaux interlocuteurs et que donc on doit réussir à mettre tout le monde ensemble. Je ne vais certainement pas te l'apprendre, mais c'est dur de changer de vieilles habitudes, surtout dans un domaine où les gens ont une tendance à dire : ça n'arrivera qu'aux autres. C'est ce que je dis toujours, moi, quand il y a des crises comme quand on a vécu le COVID, comme quand on a vécu les attentats, pendant les six mois qui suivent, je peux demander ce que je veux à la direction, je vais avoir tout l'argent que je demande et je vais pouvoir organiser ce que je veux. Et au plus on s'éloigne de ces choses-là, au plus on me demande de me taire. J'exagère ce que je dis, mais on en est toujours à ça. Donc ça reste un domaine quand même un peu particulier.

Mémorant

Bien sûr. Et maintenant, vous vous retrouvez aussi à devoir régler les différents sites.

Coordinateur PUH

Comme je leur dis, j'essaie de faire la différence entre le plan d'urgence et la gestion de crise. Parce qu'on peut avoir des crises qui ne déclenchent pas des plans d'urgence. Je veux dire, si l'on annonce demain à [Chef-Technologue] qu'il est sans scanner et sans radiologues pendant dix jours, ce n'est pas un PUH, mais c'est une crise.

Chef-Technologue

Ça serait une vraie crise quand même.

Coordinateur PUH

On met de nouveaux protocoles en place pour justement voir jusqu'à quand on est en crise et à quel moment on gère le PUH. Donc ça, c'est la nouvelle phase pour les trois entités.

Mémorant

OK. L'idée de l'imagerie médicale était parce que dans certains hôpitaux, on peut dire, dans le passé, c'était plus géré en autonomie, donc il n'y avait pas beaucoup de contacts avec les autres services. Et donc, cela ne se reflétait pas dans le plan d'urgence. Certains hôpitaux n'ont même pas une fiche d'action pour l'imagerie médicale vu que c'était considéré comme un service de support. Mais quand on se penche sur son fonctionnement, il y a des composantes du PUH MED, il y a des composantes du PUH TEC qui ont des conséquences sur l'imagerie médicale. Le service ne peut pas marcher sans l'électricité, ne peut pas marcher sans la ventilation, sans tout le système de refroidissement. Donc c'est compliqué aussi d'essayer d'appréhender les services d'imagerie médicale dans le PUH.

Coordinateur PUH

Pour être tout à fait honnête, si le service d'imagerie médicale plante, la salle d'opération plante chez nous, puisqu'ils sont sur le même plateau, donc on aurait un gros problème.

Mémorant

Merci beaucoup.

Coordinateur PUH

Voilà. Bonne continuation. Si tu as des questions, tu envoies un mail.

Mémorant

Parfait. Merci pour votre disponibilité.

Coordinateur PUH

À bientôt,

Mémorant

Au revoir.

Chef-Technologue

Au revoir.

ANNEXE 3.8 : INSPECTEUR D'HYGIÈNE FÉDÉRAL DU CLUSTER "BRABANT WALLON, HAINAUT ET NAMUR"

Entretien réalisé le 12/04/2024 en visioconférence via TEAMS

Personnes interrogées :

Inspecteur d'hygiène fédéral du cluster "Brabant wallon, Hainaut et Namur

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe pour la province du Hainaut

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Oui.

Mémorant

Afin de commencer cet entretien, est-ce que vous pouvez vous présenter et décrire votre fonction ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Le docteur [...] est le médecin inspecteur d'hygiène fédérale pour les trois provinces de notre cluster "Brabant wallon, Hainaut et Namur". Le [nom de l'inspecteur d'hygiène fédérale pour le cluster Brabant wallon, Hainaut, Namur] qui est un des seuls médecins qui restent, parce qu'avant, tous les inspecteurs d'hygiène étaient médecins, mais maintenant, il n'y en a plus que

deux. Le docteur [...] pour le cluster "Anvers, Limbourg et Brabant flamand" et le docteur [...] pour le cluster "Hainaut, Brabant wallon et Namur".

Ici, nous avons deux inspecteurs d'hygiène. Nous avons Madame [...] qui est la deuxième inspectrice d'hygiène pour notre cluster, mais qui n'est pas médecin à la base. Et moi, [...], j'ai le rôle d'expert en gestion des incidents et des crises (expert ICM) et je suis infirmière urgentiste au départ. J'étais infirmière urgentiste pendant des années à l'hôpital et maintenant, je suis adjointe de l'inspecteur d'hygiène, mais uniquement pour la province du Hainaut.

Mémorant

OK.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Qui peut tout autant que moi répondre aux questions.

Mémorant

Par rapport au plan d'urgence hospitalier, quelle est votre fonction ? Vous participez à l'évaluation et à la validation des PUH ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

On devait lire la partie médicale, puisqu'il y a des parties qui ne nous intéressent pas. Tout ce qui concerne le médical et remettre des avis en fonction d'une grille de lecture qu'on avait reçue, où l'on devait vérifier certains points qui étaient importants pour nous.

Mémorant

OK. C'est pour ça qu'il est intéressant que je vous rencontre. En parlant seulement de la...

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

La grille, si vous voulez, je peux vous l'envoyer par mail.

Mémorant

Oui, tout à fait, ce serait intéressant de voir sur quels critères vous évaluez.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Je peux l'envoyer, non ?

Mémorant

Je l'utiliserai seulement dans le cadre du mémoire.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Tout à fait. Non, je vous l'enverrai comme ça, il n'y a pas de souci.

Mémorant

Pour ce qui concerne la législation autour du plan d'urgence hospitalier, le service d'imagerie médicale est présent, donc est cité trois fois. La première partie est dans la partie générale de description de l'hôpital avec les machines présentes sur le site. Et donc ça, normalement, c'est

toujours respecté. Après, le chef d'imagerie médicale est une des fonctions à contacter au cas où on déclenche le plan d'urgence hospitalier. Et la troisième, c'est qu'il peut participer de façon facultative au comité permanent PUH, de chaque hôpital. Est-ce que c'est quelque chose que vous retrouvez fréquemment dans les PUH que vous analysez ?

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Pour vous répondre, je vais devoir regarder dans les PUH. C'est pour ça que j'avais mis en copie [...] parce qu'elle m'a aidé à en lire pas mal sur le Hainaut parce que j'en avais beaucoup. Je vais avouer que pour nous, ce n'était pas notre tasse de thé ni notre *core business*.

Oui, c'est ça. Pour nous, ce n'est pas important. Je veux dire, qu'il y ait un représentant du service d'imagerie médicale, pour nous, ce n'est pas important. Pourquoi ? Parce que nous, ce qu'on fait au quotidien, c'est de la gestion de crise. Donc, s'il se passe quelque chose, nous, personnellement, ce n'est jamais avec le responsable du service d'imagerie médicale qu'on va s'entretenir. Nous, on va s'entretenir avec le responsable de l'hôpital, c'est ça, ou le responsable des urgences ou des soins intensifs. C'est pour ça que je ne savais pas très bien quoi répondre à votre question quand j'ai vu votre mail, parce que...

[Mémorant](#)

Non, c'est normal.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Maintenant, si vous voulez, je peux vous mettre en relation, je peux vous donner un nom ou deux de coordinateurs PUH des hôpitaux du Hainaut.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Ou de Namur : [coordinateur PUH du CHR Sambre et Meuse].

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui, [coordinateur PUH du CHR Sambre et Meuse], c'est vrai. Oui, tout à fait. C'est vraiment un gars au top. Et c'est lui qui est responsable, qui est coordinateur PUH de ...

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Des hôpitaux du CHR de Namur, site Sambre et site Meuse. Donc, les deux hôpitaux. C'est vraiment quelqu'un qui était très, très investi dans son travail. C'est une référence. Ce bonhomme est vraiment une référence.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Je n'y avais pas pensé. Effectivement, c'est vraiment la référence. Et en plus, c'est quelqu'un qui a travaillé, qui a eu une fonction au niveau du Centre 112, un peu comme nous, un peu de gestion de crise aussi. Il connaît tout ça. Franchement, lui, c'est vrai que...

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Il sait faire les temps de relations avec ce qui existe sur les plans par rapport aux implications de gestion "externes", donc en cas d'incident.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Vous allez voir que lui, il va vous parler de ça pendant des heures.

[Mémorant](#)

Ça va être intéressant.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Il adore ça.

[Mémorant](#)

Je veux seulement vous poser des questions pour avoir un commentaire. Après, sentez-vous libres de répondre à ce que vous pouvez ou pas.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Pas de souci.

[Mémorant](#)

Plusieurs auteurs que j'ai lus pour préparer mon mémoire, ils parlent du service d'imagerie comme un risque de goulot d'étranglement dans le cas d'une arrivée massive de patients aux urgences ou dans l'hôpital. Est-ce que vous partagez cet avis ?

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui, effectivement, je n'y avais jamais pensé, mais oui, effectivement, s'il y a beaucoup de traumatismes.

[Mémorant](#)

Qui pourraient retarder la prise en charge des patients. C'est ça l'idée.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Tout à fait. Je n'y avais jamais pensé, mais effectivement.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

C'est un goulot d'étranglement. Tout dépend un peu de l'imagerie, parce qu'on peut la splitter entre de la radio, de l'écho, du scanner ou de la résonance magnétique. Donc, on peut jouer sur plusieurs tableaux. Ceci dit, ce goulot d'étranglement, oui, il existe et c'est une des raisons pour lesquelles il existe aussi une régulation au niveau de l'envoi des patients. Parce que si l'on devait envoyer tout dans le même service avec un polytraumatisé, par exemple, il est clair que si l'on envoie dix polytraumatisés dans un service, non seulement ils n'auront pas la capacité chirurgicale, mais l'imagerie ne suivra pas non plus. Donc oui, c'est un goulot d'étranglement.

[Mémorant](#)

Oui, j'ai compris la remarque. Est-ce que vous trouvez souvent dans les PUH que vous avez analysés une fiche d'action spécifique pour l'imagerie médicale ? Est-ce que c'est quelque chose que vous avez vu fréquemment ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Ça existe, oui. De là à dire que nous l'avons consulté pour l'analyser pour savoir si ça tient la route ou pas, non. Mais c'est une des obligations parce qu'effectivement... Une des obligations, une des recommandations, parce que sans radio, on est un peu aveugle. On a peut-être bien un bloc opératoire et des soins intensifs, c'est magnifique, mais il faut quand même déterminer ce qu'il y a au départ. Et donc oui, ça va faire l'objet d'une fiche particulière avec les modes de rappel, avec tout le bazar qu'on peut avoir dans une crise, dans un rappel.

Mémorant

OK, c'était ça la question. Après, les auteurs que j'ai analysés présentent plusieurs raisons de dysfonctionnement du service d'imagerie médicale lors de l'activation du PUH. La première qu'ils ont identifiée, c'est la capacité de renforcer rapidement le personnel, de pouvoir rappeler les gens, que ce soit des technologues, des infirmiers ou des radiologues, des médecins. Est-ce que ça, pour vous, ça pourrait être une cause de dysfonctionnement d'un service d'imagerie médicale lors d'un afflux massif des patients ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Ça pourrait l'être, mais normalement, ils sont censés prendre des mesures. C'est justement ça, le PUH. C'est "quelles sont les mesures qu'ils ont prises pour justement faciliter le rappel des personnes". Il y a quelques hôpitaux qui ont des systèmes informatiques et donc on appuie sur un bouton et ça se fait automatiquement. Il y a X SMS ou bien x appels téléphoniques ou X mails qui sont partis en un seul clic. Tout ça, ça fait partie normalement du PUH. La chaîne de rappel, la mise en œuvre, la chaîne de rappel fait partie d'un PUH. Un PUH où il n'y a pas de chaînes de rappel, en général, on ne va pas l'accepter. Donc, ce n'est pas typique à la radiologie, c'est pour l'ensemble des services.

Mémorant

Le deuxième aspect, c'est l'identification des patients. Donc, une procédure pour pouvoir identifier le patient tout au long de la prise en charge, du processus de soins dès l'arrivée aux urgences. Parce que le patient va quand même bouger au sein de l'hôpital, notamment pour venir en imagerie médicale, souvent, ça ne se trouve pas directement dans le service d'urgence. Est-ce que ça, c'est quelque chose qui est prévu ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

C'est prévu, mais c'est prévu dans la vie de tous les jours, c'est la double identification. Il y a plein de consignes, de procédures dans la vie de tous les jours qui, normalement, doivent être aussi appliquées en situation de crise. À ça s'ajoute le fait que le patient, quand il va arriver à l'hôpital, quand on parle bien d'une catastrophe, il aura un bracelet qui est la traçabilité du patient. Donc, en fait quand il est sur le site de l'incident, on lui met un bracelet, il est scanné. Avec un peu de chance, le patient, la patiente, la victime est consciente et donc on peut avoir son nom, son prénom. On l'encode dans un système informatique. Quand il arrive à l'hôpital, il a toujours ce bracelet. C'est à l'hôpital à faire le lien entre le bracelet et le suivi au niveau intrahospitalier. Moi, mon job s'arrête au niveau des urgences. Après, je suis plus compétent. Tout à fait. Mais il aura déjà un bracelet, le BITS, le Belgian Incident Tracking System. Il aura déjà ce bracelet-là. Et puis après, il faut matcher avec le programme même de l'hôpital pour l'identification et le suivi du patient. Et puis, leur procédure, ça, c'est en interne, ça change d'un hôpital à l'autre en fonction du système qu'ils utilisent.

Mémorant

J'ai compris. Donc, effectivement, le système BITS est un système fédéral qui est appliqué sur tout le territoire fédéral. Et après, chaque hôpital décide s'il utilise le même numéro ou s'il attribue un autre code ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Tout à fait.

Mémorant

OK. Après, afin d'utiliser de façon optimale les appareils d'imagerie médicale, il faut selon les auteurs prévoir les procédures pour libérer les places et annuler les rendez-vous ambulatoires non-urgents. À votre connaissance, qui prend la décision d'annuler l'examen et qui fait matériellement ces annulations ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

On a deux possibilités. Soit on est dans une situation de crise aiguë. Ça, c'est le comité de direction, c'est l'organe de gestion du PUH qui va décider de: Est-ce qu'on annule des salles d'op ? Est-ce qu'on annule des rendez-vous d'examen ? Est-ce que, est-ce que, est-ce que ? Ça, c'est la liberté de l'hôpital de le faire. Quand on est dans des situations de crise de longue durée, style Covid, ça peut être une décision au niveau du fédéral. Donc, en faisant une interdiction de salle d'op, une interdiction de tel type d'examen, en disant par exemple "l'imagerie d'urgence, on le fait, l'imagerie de confort, on ne le fait pas". Il y a des imageries dont on n'a pas besoin. On a de l'imagerie de confort. L'imagerie de confort, c'est "Je suis quasiment sûr que c'est ça,

mais je vais faire une imagerie pour être encore un peu plus certain". OK, dans certaines circonstances, on se passe de "Je fais ça pour me donner bonne conscience".

Mémoire

Tout à fait, je comprends. En tout cas, tout ça peut être reporté à plus tard.

Inspecteur d'hygiène fédérale

Voilà, tout à fait.

Mémoire

Pour ce qui concerne, par contre, les rapports entre le service d'imagerie médicale et les urgences, que ce soit dans la prise en charge des patients, l'élaboration d'un protocole. Par exemple, certains hôpitaux ont un protocole trauma pour les trauma-centers, qui pourrait être appliqué aussi dans le cas d'un afflux massif de victimes traumatiques. Ou alors vraiment la communication entre les deux services pour la communication des résultats de façon rapide. Est-ce que c'est quelque chose que vous retrouvez ou c'est quelque chose qui n'apparaît pas dans le PUH parce que c'est de la gestion quotidienne ?

Inspecteur d'hygiène fédérale

Je ne dis pas que ça n'apparaît pas, mais moi, je n'en ai aucun souvenir. Je n'en ai aucun souvenir. Ceci dit, de temps en temps, ce qu'on faisait, c'est de vérifier s'il existait une procédure, mais pas de juger la procédure. Donc, on n'allait pas dans le détail de voir ce qu'elle contient. Parce que même, imaginons qu'on aurait pu ne pas être d'accord avec la procédure, on n'a de toute façon aucune autorité ou aucune compétence pour dire à l'hôpital: "Votre brol, il est merdique, il faut changer". Donc, là, c'est du purement administratif, c'est le contrôle de: "elle existe ou elle n'existe pas". Si elle existe, c'est très bien, si elle n'existe pas, on fait la remarque, mais de la contrôler sur le contenu, ça, non.

Mémoire

Non, tout à fait. Je comprends la démarche, c'est ce que je suis en train de faire avec les hôpitaux que j'analyse. Je ne suis personne pour analyser ce qu'ils ont écrit, je veux savoir s'ils l'ont écrit ou pas. Et après, est-ce qu'il faut avoir un document qui précise bien les rôles et les fonctions de chacun au sein du service en cas d'activation du PUH ?

Inspecteur d'hygiène fédérale

Tout doit être fait. Ça va en passant par toutes les fonctions, que ce soit le coordinateur de site, que ce soit le coordinateur des PUH, que ce soit le chef des urgences, que ce soit... Bref, tous ont un rôle. Ça doit faire partie d'un tableau qui est mis à jour régulièrement avec les numéros de contact et avec les fonctions.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Mais encore une fois, on regardait si ça existait, mais on n'allait pas voir

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Si Monsieur Tartenpion, chef de radiologie, est repris. Ça, ce n'est pas mon problème.

On regardait si les fiches d'actions étaient faites et faisaient partie du PUH, je crois, mais sans plus.

[Mémorant](#)

OK. Et est-ce qu'il y a des procédures pour garantir l'approvisionnement électrique ou faire face à des dysfonctionnements de chauffage ou d'airco, vu que l'imagerie médicale est quand même un service technique aussi ?

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui, on vérifiait s'il y avait des groupes électrogènes.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Ça fait partie de ce qu'on contrôlait. Ce n'est pas forcément pour la radiologie, mais l'hôpital devait disposer de x groupes électrogènes pour parvenir forcément à subvenir aux besoins de base. C'est une obligation, ils doivent avoir ça.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

C'était aussi aux pompiers à vérifier ça. Ce n'était pas que de la D2.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Nous, on vérifie: est-ce qu'ils ont des groupes électrogènes pour dire qu'il y a par exemple ce qu'il faut pour qu'aux soins intensifs les appareils ne tombent pas en rade ?

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

C'était à la D1 de vérifier s'ils sont assez puissants...

[Mémorant](#)

C'est ça, l'efficacité de...

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

S'ils sont compatibles, si c'est du "3 fois 400", du "2 fois 240". Ça, ce n'est pas notre problème.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Que ça tienne plus que 10 minutes quand même.

[Mémorant](#)

Et pour ce qui concerne le système informatique, est-ce qu'il y a des mesures spécifiques pour pallier les pannes informatiques ou les cyberattaques?

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Là, vous allez bien rigoler parce que justement, on vous a donné [coordinateur PUH du CHR Sambre et Meuse] comme représentant du PUH et donc le CHR Site Meuse a été victime d'un

piratage informatique. Ça fait un peu plus d'un an et ils n'en sont toujours pas remis. Il y a encore des traces qui traînent dans les services. Donc lui, il va pouvoir vous en parler en long, en large, en travers, dans toutes les dimensions, parce qu'il l'a vécu et ils sont encore impactés par cette histoire.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

L'hôpital de Tournai l'a vécu aussi. Le CHwapi à Tournai et ça a duré aussi. Un an après, je pense qu'ils avaient encore des séquelles au niveau des adresses mail. Ça ne fonctionnait toujours pas.

[Mémoire](#)

Donc, ça impacte vraiment le fonctionnement.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Oui, ça, c'est clair. Une panne informatique, c'est le foutoir, c'est le retour à l'âge de pierre, c'est-à-dire que tout doit être fait sur papier. Il faut des coursiers qui aillent donner des résultats à gauche et à droite. Tout doit être transcrit de type manuscrit. Ce qui veut donc dire que, par exemple, les analyses de laboratoires, c'était manuscrit, d'où le risque d'erreur de recopiage. Il y a d'énormes impacts à un problème informatique, c'est clair

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Mais quand les hôpitaux ont dû écrire le PUI, le COVID, on ne connaissait pas et les cyberattaques dans les hôpitaux, on ne connaissait pas non plus à l'époque. Donc, il n'y avait pas encore, je pense, quand on a lu nous les PUI la première fois, il n'y avait pas encore de chapitre consacré à ça.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Nous, on attirait l'attention, mais ce n'était pas encore obligatoire. Maintenant, c'est une obligation.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Maintenant, il y a un volet "pandémie" et un volet "cyberattaques".

[Mémoire](#)

Donc, les hôpitaux sont en train de travailler pour élaborer ces parties.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Ce que nous avons lu il y a quelques années, quelque temps, ne comportait pas encore cette version.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Pas tous, en tout cas. C'était recommandé, mais pas obligatoire. Donc si ça n'existait pas, on ne s'excitait pas.

Mémorant

Bien sûr.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

On lit les PUH en diagonale. Souvent, on participe à la présentation et donc quand on participe à la présentation, on a déjà vite vu si c'est correct ou pas. Et puis, on a eu plein de PUH à lire pendant un certain temps. C'était juste avant le COVID, non ? C'était avant le COVID, me semble-t-il. Et puis, après, pendant toute la période COVID et post-COVID, les hôpitaux avaient autre chose à faire que d'écrire leur PUH. Et après le COVID, sur le Hainaut je crois qu'on en a eu un ou deux à lire, sans plus.

Inspecteur d'hygiène fédéral

En fait, ils doivent le remettre à jour régulièrement, mais on n'a pas forcément... Je ne suis pas persuadé qu'on en a eu beaucoup. Mais il y a une obligation légale de le mettre à jour tous les cinq ans.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Tous les cinq ans, je pense. Oui, tous les cinq ans.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Donc, on est censé les recevoir plus régulièrement. Mais je pense qu'il y a eu différents facteurs qui ont fait que les hôpitaux n'ont pas été capables de le faire. Je pense que de toute façon, au niveau administratif, que ce soit au niveau du fédéral ou au niveau de la région, tant au niveau des communes que de la province, il ne faut pas se leurrer : on avait autre chose à faire. Ce n'était pas forcément une priorité non plus, sachant que le premier plan existait. Donc ici, ce n'est simplement qu'une mise à jour et une adaptation par rapport aux nouvelles règles. Ce n'était pas, je dirais, capital et essentiel pour la survie de tout le monde.

Mémorant

Tout à fait. Non, je comprends. Est-ce qu'il faut prévoir des stocks de matériel, donc avoir le matériel nécessaire pour pouvoir tenir plusieurs jours avec le matériel présent sur place, notamment pour la réalisation d'examen d'imagerie médicale (produits de contrastes) ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

C'est une obligation. Ils doivent avoir un stock de certains produits, pas de tout. Il y a certains produits dont je n'ai pas la liste et dont toute la liste n'est pas officielle, ne peut pas être diffusée non plus. Mais il y a une obligation d'avoir un certain nombre de médicaments et de produits en stock. Maintenant, je ne sais plus pour tenir combien de temps. Est-ce que c'est 24 heures ou est-ce que c'est 48, 72 h, je ne saurai pas le dire. Mais il y a une obligation.

Mémorant

Avec la pharmacie hospitalière pour gérer les stocks ?

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Oui, tout à fait. Il y a une obligation, c'est clair. D'ailleurs, ça va être, pas tout parce qu'il y a des produits qui ne peuvent pas être rendus publics, tout au moins les lieux de stockage, mais dans le nouveau programme géré au niveau fédéral, donc, Paragon, il y aura, entre autres, un partage d'informations sur les stocks de médicaments, voire de produits, dont des produits de contraste, par exemple. Donc, des choses qui sont simples, qui ne revêtent pas un caractère spécifique ou spécial, ça sera partagé.

[Mémorant](#)

OK, c'est intéressant. Après, est-ce qu'il est prévu un mécanisme de retour à la normale ? Quand il y a eu l'activation du PUH, on le désactive. Est-ce qu'il faut prévoir la manière avec laquelle on revient à l'activité normale de l'hôpital ? Comment réintègre-t-on toutes les fonctions ? Est-ce que c'est prévu dans le PUH ?

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

C'est la période de rétablissement qu'on a dans les plans d'urgences généraux, quelle que soit la situation. Ce n'est pas tout à fait détaillé dans un PUH. Je dirais même que c'est absent. Enfin, du moins dans ceux que nous avons pu consulter.

[Mémorant](#)

Non, bien sûr.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Je ne dis pas que ça n'existe pas, mais ceux que nous avons consultés, je n'ai jamais trouvé ça. Phase de rétablissement, c'est cité, mais ce n'est pas détaillé.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

C'est un aide-mémoire.

[Mémorant](#)

Quand j'ai posé cette question à certains hôpitaux, ils m'ont répondu: "Vu que chaque activation du PUH est différente, et implique des modifications différentes dans le fonctionnement, on ne peut pas tout prévoir sur la manière de le désactiver". Mais c'était plutôt ça l'idée.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

C'est une façon de se dédouaner, parce que la procédure de retour... Si l'action peut être différente en fonction de la situation, la philosophie globale va rester la même, donc ils auraient pu au moins marquer quelques points.

[Mémorant](#)

Les auteurs parlent aussi de l'importance d'un débriefing avec le personnel après la désactivation du PUH.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Effectivement, c'est super important, ça. Maintenant, est-ce que c'est écrit dans le PUH ? Je n'en sais rien. Mais c'est vraiment très, très, très important. On se rend compte à chaque catastrophe qu'on vit, on se rend compte de plus en plus que c'est vraiment très, très important. Du point de vue émotionnel, mais aussi opérationnel. Il faut vraiment différencier les deux.

[Mémorant](#)

OK, c'est bien.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Émotionnel, il y a des intervenants psychosociaux qui existent, comme l'appui psychologique aux intervenants et ce genre de choses. L'APPIH, ici, à Jurbise, mais apparemment, j'ai compris ici dernièrement qu'il fallait pour ça que les hôpitaux soient conventionnés avec eux. S'il n'y a pas de convention signée, ils ne viennent pas.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Non, ça fait partie du SIPP aussi. Donc, protection du travailleur, ils doivent avoir un brol dans leur...

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui, mais ils doivent signer une convention. Le gars de l'APPIH m'a vraiment bien expliqué.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Il peut bien y avoir leur propre service qui intervient.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui, bien sûr. Ils peuvent avoir un service interne. Oui, tout à fait.

[Mémorant](#)

Ça, et aussi le point de vue, effectivement, opérationnel pour analyser comment l'hôpital, comment le service a réagi.

[Inspecteur d'hygiène fédéral](#)

Tirer les leçons.

[Mémorant](#)

Les auteurs parlaient aussi de l'importance de réaliser des simulations et des exercices de gestion de crise, donc des situations d'urgence.

[Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe](#)

Oui.

[Mémorant](#)

Ça, c'est quelque chose que vous rencontrez aussi. Vous partagez l'avis sur l'importance ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Nous, chaque fois qu'on nous pose cette question, on répond: "Oui, c'est super important, mais il faut commencer tout petit". C'est-à-dire qu'il ne faut pas commencer à faire un gros exercice catastrophe qui va mobiliser tout le monde, mais déjà simplement commencer par tester sa chaîne de rappel, on le conseille dans les hôpitaux, on le conseille dans les communes. Déjà, rien que ça, si ça fonctionne, c'est déjà très bien. Parce que quand on teste simplement une chaîne de rappel, on se rend déjà compte qu'il y a beaucoup de choses qui coïncident. Et alors après, par exemple, au niveau des urgences, ils font parfois des petits exercices pour tester le système BITS, le système des bracelets, voir l'encodage, comment ça se passe au niveau des urgences, au niveau du labo: "Ah tiens, il a un bracelet, pourquoi ?". Et donc, déjà, rien que ça, c'est important. On est allé dans chaque hôpital, dans chaque service d'urgences en Belgique pour les former, mais le souci, c'est qu'ils ne retiennent pas. Pourquoi ? Parce que c'est quelque chose qu'ils ne font jamais. Quand il se passe une cata, ici sur le Hainaut, par exemple, et qu'il y a des patients qui vont dans trois ou quatre hôpitaux, on leur demande de scanner les bracelets BITS, ils sont complètement perdus, ils ne savent plus comment ça va. Mais ça, le problème, c'est qu'il faut faire des exercices, mais ne pas nécessairement mobiliser tout l'hôpital au premier exercice.

Mémorant

Aussi des exercices, mais ça, peut-être, c'est plus sur le service prévention, pour ce qui concerne les urgences internes à l'hôpital. Par exemple, inondation, incendie, des choses comme ça, ce genre de choses là. Mais ça, ce n'est pas vous qui vous en occupez. Vous avez seulement regardé le PUH. Parce que vous organisez les formations aussi comme service ? C'est une de vos fonctions ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Nous, on a dû juste former les services d'urgence au système BITS. Pourquoi ? Parce que c'est une application qui dépend. C'est le fédéral qui l'impose et c'est la Croix-Rouge qui essaie de gérer... Partenaire privilégié de la santé publique et c'est la Croix-Rouge qui vient. Mais sinon, on ne fait pas de formation spécifique dans les hôpitaux, sauf quand il y a des thématiques qui sont abordées par le fédéral, c'est ça ? Oui. BITS ou bien peut-être tout ce qui est c'est le CBRN. Là, le fédéral s'en mêle en demandant peut-être que certains hôpitaux aient certaines choses. Maintenant, ça va être par réseau, ça va être certains hôpitaux. Je veux dire, sinon, on ne fait pas de formation spécifique pour ça.

Mémorant

OK. Non, non.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Pas encore.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Pas encore, oui. Peut-être qu'un jour...

Inspecteur d'hygiène fédéral

Ce qui est envisageable, ce sont des formations spécifiques dans le NRBC [Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques], mais ce n'est pas encore en cours.

Mémorant

OK, donc j'ai passé en revue les différents risques de dysfonctionnement identifiés par les auteurs. Est-ce que vous pensez qu'il pourrait y avoir d'autres causes de dysfonctionnements qu'il faudrait analyser ?

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Moi, je ne vois pas comme ça.

Mémorant

Parfait. Je vous remercie beaucoup pour votre temps, votre disponibilité. Franchement, ça m'a aidé.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Pas de souci.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Et que tout se passe bien pour la fin de vos études, pour votre réussite.

Mémorant

Merci beaucoup. Bon travail.

Inspectrice d'hygiène fédérale adjointe

Merci.

Mémorant

Au revoir.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Au revoir.

ANNEXE 3.9 : HÔPITAL MILITAIRE REINE ASTRID

Entretien réalisé le 22/04/2024 à l'Hôpital Militaire Reine Astrid

Personne interrogée :

Coordinateur PUH

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Coordinateur PUH

Oui, aucun problème.

Mémorant

Pour commencer, pouvez-vous vous présenter et décrire votre fonction ?

Coordinateur PUH

Naturellement, quand on parle maintenant de plan d'urgence hospitalier, c'est grand. Sur quoi l'on se prépare ? Ça, on ne sait jamais à l'avance. Mais moi, je dis toujours quand je parle de ça : premièrement votre hôpital peut être utilisé comme PMA [poste médical avancé], ce qu'on a fait ici avec les attentats en 2016. Là, on utilisait le principe, on avait un PMA sur le site à Zaventem, mais vu la situation dangereuse, il faut être honnête, là, on avait dit: "OK, on doit se retirer d'ici et travailler avec un deuxième PMA". Alors, les gens sont venus ici. À côté d'une fonction PMA, tu peux avoir aussi une fonction d'accueil. Juste accueillir les gens pour évaluer l'état de santé. Quand tu vas plus loin, tu as une fonction de traitement. On va dire: On y arrive,

on va l'accueillir, mais on va le traiter aussi. Et après le transférer. Et après, tu as: accueil, traitement, hospitalisation. Tout dépend de la situation dans laquelle vous êtes.

Coordinateur PUH

Quand on parle de PMA et de ce qu'on a fait en 2016. Là, c'est très clair. Entre autres, le RX, mais aussi dans d'autres services, tout qui est planifié et non urgent est annulé. Et le RX, surtout, ils ont une grande réserve de capacité de personnel paramédical. Eux, on va les retirer. Il y en a un ou deux qui restent pour prendre des photos si nécessaire, parce qu'en principe, dans le PMA, on ne prend pas de photos. Je dis toujours ce qu'on a fait en 2016, on avait eu un PMA de luxe parce qu'on a fait des prises de sang, des trucs comme ça. Ce n'était pas le but. Une fois parti là-dedans, c'est une balle qui est partie, tu ne sais plus arrêter ça. J'avais un adjoint ici. Nous étions à Zaventem, on est venu ici, mais ça, ce n'était pas le but, mais c'était parti. Il y a un ou deux qui ont pris des photos de thorax. Je peux voir aussi, il y a des personnes blastées, des trucs comme ça. Mais tout le reste, ils ont fait du travail, mais pas de soins RX. Ils ont fait le triage, ils ont fait des perfusions, des trucs comme ça, ils ont fait un autre job.

Mémorant

OK. Ils ont travaillé, mais pas dans leur fonction de base.

Coordinateur PUH

Maintenant, d'autres services aussi. Les consultations ont été fermées, mais là, tu n'as pas une si grande réserve comme le RX. En RX, il y a quand même beaucoup de monde, les techniciens RX, tu as les infirmiers qui sont là, tu as les médecins qui sont là. Mais là, tu réduis ça d'une manière très... Ce qui est nécessaire vraiment, c'est un petit groupe peut-être un médecin, un infirmier et le reste, il va travailler ailleurs. Tu vas l'utiliser une fois que d'autres personnes sont revenues, parce que vous allez appeler. On a aussi dans notre plan, il y a une phase 1, phase 2, phase 3. Phase 1, il y a une dizaine de personnes qui sont rappelées de la maison. Phase 2, il y en a 30. Phase 3, tout le monde est appelé. Une fois que ces gens sont ici, là, tu peux retourner doucement vers le RX et laisser tourner normalement. Au début, c'est vraiment... Allez, tout qui est planifié et non urgent, tu arrêtes. C'est aussi simple que ça, tu l'arrêtes.

Mémorant

Quelle est votre fonction ici à l'hôpital, votre rôle ?

Coordinateur PUH

Moi, je suis... Plusieurs.

Mémorant

C'est toujours comme ça.

Coordinateur PUH

Plusieurs, c'est le problème. Non, je suis Coordinateur-Chef-infirmier des urgences, des services d'Intervention. À côté de ça, je suis aussi coordinateur de plan catastrophe. J'ai quelques adjoints, heureusement. Ma fonction comme chef infirmier, c'est sur papier parce que je n'ai pas le temps pour... Et moi, je m'occupe surtout de tout qui est plan catastrophe. Nous sommes aussi responsables pour l'aéroport de Zaventem, par exemple, mais c'est extérieur. Nous sommes aussi responsables pour le tunnel Diabolo. Vous connaissez ça ?

Mémorant

Non.

Coordinateur PUH

C'est la connexion TGV de Bruxelles et Anvers avec l'aéroport. Mais c'est toute une construction en dessous l'aéroport, mais il y a deux kilomètres de tunnel. S'il se passe quelque chose... Donc en résumé, je fais la coordination de tout ce qui est "plan catastrophe" ici, le plan d'urgence hospitalier, c'est pour moi. Tout qui est "plan catastrophe". Le top européen, nous sommes responsables, le top OTAN, nous sommes responsables.

Mémorant

Oui, c'est quand même beaucoup !

Coordinateur PUH

La direction pense que tu fais ça entre la soupe et les patates. Non, ça prend... Ce n'est pas ça, mais je fais surtout ça. Et la formation, je donne beaucoup de cours aussi, en médecine catastrophe, du côté francophone et du côté néerlandophone...

Mémorant

Vous le faites ici à l'hôpital ou aussi ailleurs ?

Coordinateur PUH

C'est surtout en Flandre. Ça, c'est maintenant une joint-venture entre les universités. Et les cours sont souvent donnés à Anvers. C'est leur centre de formation, mais là, tout le monde se rejoint dans les cours.

Mémorant

Maintenant, en lisant la loi belge encadrant le plan d'urgence hospitalier, la radiologie est présente, le service d'imagerie médicale est cité quelques fois dans la loi seulement pour... donc, une des fonctions à contacter au cas où on déclenche un plan d'urgence est le chef d'imagerie médicale. Après, il peut participer ou pas au comité permanent de suivi du plan d'urgence. Et évidemment, il faut avoir dans la partie description de l'hôpital, la première partie, les appareils d'imagerie médicale présents sur le site. Est-ce qu'ici c'est le cas ?

Coordinateur PUH

Oui, on a un scanner quand même aussi. Il est seul. Il faut savoir que l'hôpital militaire est construit dans le temps dans le cadre de la Guerre froide. Il a été construit pour accueillir 1 000 patients. Ça veut dire qu'on a quand même beaucoup de salles de radiologie aussi. Maintenant, tout est diminué, le service militaire, ça n'existe plus. Dans le temps, on avait encore par année 80000 miliciens. Eux n'avaient pas de mutualité en cas de problème, ils étaient obligés de passer par ici. C'était un hôpital général. Maintenant, on a certaines niches où l'on travaille encore dedans, mais ce n'est surtout plus un hôpital général. On a encore le centre pour les grands brûlés. On a notre service qui tourne bien pour ce qui est préhospitalier, donc pas vraiment des urgences, mais nous, on travaille préhospitalier. On a les caissons, un peu d'orthopédie et c'est tout. Le reste, c'est surtout une fonction de formation des gens pour partir en mission militaire. Ça, c'est pour les ambulanciers, les infirmiers, tout ça. Nous ne sommes plus un hôpital général, mais en cas de crise, ça veut dire qu'il y a un grand espace ici, une grande infrastructure qu'on peut utiliser en cas de... C'est ça qu'on a fait en 2016 avec les attentats. On savait qu'ici, on a du personnel et toute une infrastructure disponibles. Parce qu'il faut savoir aussi que, dans le grand hall où vous êtes entré. Donc, ce grand hall peut être transformé en une demi-heure. Il y a un groupe spécial qui fait ça, qui installe les lits et tout le bazar. On met 45 lits là-dedans avec oxygène... En bas, à la pharmacie, il y a des chariots qui sont prêts avec tout le matériel. Ils doivent juste monter, ils mettent ça au milieu. Il y a donc une grande salle qu'on peut utiliser. Dans d'autres hôpitaux, ce n'est pas faisable. Parce qu'ils n'ont pas la place, ils n'ont pas le personnel pour... Et en 2016, après les attentats, à 8h00, on reçoit l'appel. La première chose que j'ai faite, j'ai téléphoné à la direction pour déclencher le plan MASH, le nom du plan avant le PUH. On se prépare pour le pire. Ils ont commencé à installer la grande salle et une demi-heure plus tard, c'était opérationnel, parce que tout le monde était ici. Ils ont fermé effectivement toutes les consultations. J'avais mon propre personnel, pas du personnel de l'aide médicale urgente, parce qu'il faut savoir qu'une fois à Zaventem, ils nous ont dit, il était 8h40, qu'il y a eu plusieurs attentats à Bruxelles. Plusieurs attentats, ça veut dire quoi ? Et à un certain moment, une demi-heure plus tard, on a décidé à Zaventem: "C'est trop dangereux ici, on doit quitter le site parce qu'il y a la troisième bombe". Tu vois déjà avec des mitraillettes, en civil, qui sont-ils ? Ce sont des terroristes ? Ça a duré 35 minutes avant de savoir. C'était des gendarmes appelés de la maison qui étaient là avec leurs mitraillettes, mais en civil. Nous sommes quelques mois après Paris. On s'est donc demandé s'ils allaient commencer à tirer ici. Et ce n'était pas communiqué avec nous. L'atmosphère était... On a eu peur. Et donc je me suis dit : "C'est bon, on ouvre un deuxième PMA", mais il faut du personnel. Mais là, je savais qu'on avait le personnel suffisant à l'hôpital militaire. OK, nous étions prêts, mais avec notre propre personnel,

je n'avais pas besoins d'autres SMUR, d'autres ambulances. Nous étions opérationnels complètement. Deuxième chose, tout le matériel était là. Ça, je le savais aussi. Il ne faut pas venir. Je peux ouvrir un hall de sport comme PMA, mais il faut commencer à venir avec de l'oxygène, avec des perfusions. Ici, j'avais tout. En plus, une troisième raison était que ça reste quand même un site militaire un peu sécurisé. Je sais qu'il y a de la police militaire ici et l'on va sécuriser le site. C'était la très grande raison pour laquelle on a dit : l'hôpital militaire sera le deuxième PMA. Maintenant, les instances plus hautes, ils ont bien compris l'avantage qu'on représente. Et c'est pour ça qu'on a des plans pour devenir un hôpital de crise. Mais pas seulement pour des attentats, mais par exemple, il y avait la possibilité d'être une grande réserve pour des patients COVID. Si c'était encore pire, le COVID, on aurait accueilli des patients. C'est une grande réserve qui est vide et qu'on peut utiliser.

Mémorant

C'est utile. Effectivement, les auteurs que j'ai analysés dans le cadre de mon mémoire ont identifié des causes de dysfonctionnement de l'imagerie médicale en cas d'activation du PUH, donc en cas d'afflux massif de patients. Ils parlaient, comme vous l'avez déjà dit, de l'importance de rappeler du personnel, avoir plus de membres du personnel sur place. Ici, vous avez dit que ça se fait et que c'est prévu. Vous avez les numéros de tout le monde, vous pouvez les contacter rapidement ?

Coordinateur PUH

Oui. C'est toute une procédure aussi, parce que maintenant, il y a la loi sur la privacy. C'est une enveloppe fermée, sur notre dispatching. Le dispatching, c'est notre point central à l'hôpital, je vais dire. Ce n'est pas la centrale téléphonique, mais c'est la cellule de coordination des communications "professionnelles". Par exemple les appels du 112 pour envoyer notre SMUR. Ou quand il y a un militaire à l'étranger qui a un problème médical et qu'on doit le rapatrier. C'est notre dispatching. Notre dispatching, qu'est-ce qu'ils font encore ? Par exemple, ils sont le Centre européen pour les accidents de plongée. Ça veut dire que tout est rassemblé là, toute l'info est là. Donc, c'est le dispatching qui va appeler les gens. Et là, sur le dispatching, il y a une grande enveloppe fermée qu'on peut seulement ouvrir en cas de... Et tout le personnel est dedans avec tous les numéros de téléphone.

Mémorant

J'ai compris. Comme ça, c'est protégé. Vous pensez que c'est utile aussi pour les autres hôpitaux d'avoir un système, maintenant, à plus petite échelle, bien sûr, pour pouvoir rappeler du personnel...

Coordinateur PUH

Oui, il faut voir, la Belgique, c'est une situation particulière quand même. On a tellement d'hôpitaux. Il faut être sérieux. Seulement à Bruxelles, quand tu vois le nombre d'hôpitaux. Et autour, tu as encore l'UZ. Tu as Malines, qui n'est pas loin. Tu as Anvers qui est à 20 minutes. Tu as Gasthuisberg à 15 minutes d'ici. Est-ce que c'est nécessaire d'avoir un système de rappel de tout le monde dans tous les hôpitaux, je ne pense pas. Si ça, c'est nécessaire, ça veut dire que la régulation n'a pas été bien faite.

Mémorant

OK, oui, j'ai compris.

Coordinateur PUH

Tu vois, l'idée générale, c'est de disperser les patients, mais quand c'est nécessaire que tout le monde vienne dans un hôpital, ça veut dire que soit nous sommes en guerre, soit que c'est la régulation qui n'a pas bien marché.

Mémorant

Il y a un souci de...

Coordinateur PUH

Mais ici, notre situation est très spéciale. Comme nous sommes un peu une réserve et qu'on est utilisé comme PMA, pour nous, c'est utile. Mais nous sommes juste un tampon à ce moment vers les autres hôpitaux. On va les garder 24 heures, 48 heures. Et il faut penser aussi à la continuité : quand vous dites "On va appeler tout le monde pour venir", ça va pour 24 heures et après...

Mémorant

Il faut continuer à tenir sur le temps.

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. La continuité, il faut penser à ça. Nous, notre hôpital sera un tampon pour les autres hôpitaux, mais pas plus que ça, après 48 heures, c'est fini. Quand tu fais venir tout le monde, 48 heures, c'est vraiment le maximum.

Mémorant

Les décisions qui ont été prises, par exemple, pour les attentats ou même après, sont prises par qui ? Il y a un comité, un organisme qui gère ?

Coordinateur PUH

Oui, on a le comité permanent qui vient directement. Mais ici, on avait naturellement tout de suite d'autres instances qui sont venues aussi : les pompiers qui sont venus ici, les juridiques qui sont venus ici... Et on avait un comité chaque 3, 4 heures, on avait une réunion pour évaluer l'évolution de la situation. Parce qu'il faut savoir aussi, et là l'imagerie joue un rôle, en fin de

journée, le DVI [division d'identification des victimes] est venu pour identifier les victimes de Maelbeek. Eux, ils ont travaillé chez nous dans nos salles au -1. On a encore une salle d'anatomopathologie qui n'est plus utilisée, mais on a rouvert à ce moment-là. Il y a un accord, mais eux, ils ont besoin pour faire leur travail d'un scanner ou de photos dentaires, des trucs comme ça. Ils ont utilisé notre installation. Ce qui est souvent oublié aussi, l'imagerie, chez nous, ce sont de grandes salles : on peut utiliser ces salles pour mettre des patients dedans. Parce que souvent, il y a des connexions d'oxygène... Comme ici d'ailleurs, c'est un vieux bâtiment, et ici, dans mon bureau, ici, c'était des chambres royales. C'était prévu pour la famille royale. Mais donc oui, quand on ferme l'imagerie ou qu'on garde seulement ouverts un scanner et une RX d'urgence, tu peux utiliser pour stocker des gens dedans, je veux dire, ou même pour une morgue. Ou aussi pour des patients CBRN par exemple, parce que souvent dans les parois et dans les murs, il y a du plomb, il y a donc une bonne isolation pour le patient CBRN.

Mémorant

Oui, donc ça, c'est une autre question, effectivement, sur le CBRN, on va revenir parce que beaucoup d'hôpitaux sont en train de travailler dessus. Il y a eu des rapports très critiques sur la gestion des crises CBRN, mais on va revenir tout de suite. Est-ce qu'il y a un document, ou vous pensez que c'est utile d'avoir un document qui décrit bien les rôles et les fonctions de chacun des responsables ? Qui est en charge de prendre des décisions et à quel point ?

Coordinateur PUH

On a fait ça. Jusqu'au détail. Mais nous sommes revenus sur ça. Parce qu'on voit que quand tu veux suivre le plan, ça tombe à l'eau. Ce qu'il faut, c'est un plan générique, global, grand : des directives, mais pas des étapes à suivre, mais génériques avec des directives. Il faut responsabiliser tous les gens présents, il faut donner une liberté opérationnelle pour prendre une décision à ce moment-là. Quand votre plan est trop détaillé, ça ne fonctionne pas. Mais, naturellement, les responsables qui vont gérer votre plan doivent être des gens qui sont bien au courant du but, qui connaissent bien le plan, mais aussi qui sont des managers, des "people managers", qui ont du bon sens. On revient sur des plans très détaillés. Maintenant, on a plutôt un plan générique avec des directives et l'on donne beaucoup de libertés aux gens qui doivent gérer la situation.

Et ça fonctionne mieux. Parce qu'on peut imaginer 10 000 situations, mais tu vas voir, en cas de..., c'est encore un scénario qui n'est pas imaginé.

Mémorant

La 10001e...

Coordinateur PUH

Comme à Zaventem, tous les deux ans, il y a un exercice énorme, un crash, un attentat... Il y a toujours un scénario qui n'est pas prévu dans le plan.

Mémorant

Est-ce qu'il est prévu un système de communication rapide entre les différents acteurs, les personnes qui sont en charge des patients pour communiquer avec les...

Coordinateur PUH

Oui. Nous, les gens qui vont installer la grande salle ont tous une radio ASTRID. Et une fois la salle installée, ils vont se mettre dans toutes les positions-clés. Et l'imagerie, c'est une position-clé. Et eux sont là, ils ne font que la communication à ce moment-là. En plus, si la communication ne fonctionne pas bien pour une raison x, ces gens vont faire aussi l'estafette pour passer le message. Physiquement, ils vont aller vers le directeur, vers le directeur médical. Ça, c'est notre système de backup. Maintenant, le système radio, il y en a comme ça qui sont de réserve. C'est parce que moi, je suis responsable. Parce que ça aussi, ce n'est pas sur le plan, ce n'est pas marqué: Monsieur X est mon adjoint. Non, cette fonction est mon adjoint. C'est la personne qui est présente à ce moment-là à qui je donne la radio. Mais ça fonctionne très bien. On a testé, ça va jusqu'en bas dans la cave, jusqu'au 6e étage, ça fonctionne.

Mémorant

OK, parce que c'est quand même beaucoup de béton.

Coordinateur PUH

On a quelques antennes en plus dans le bâtiment pour renforcer le signal. On a bien testé. Parce qu'il n'y a pas si longtemps, on a eu des travaux de lignes d'oxygène dans la cave. C'est dangereux quand tu commences à disquer là-dedans. On a testé, on a placé une antenne en plus, ça ne coûte pas si cher et ça fonctionne très bien. On travaille avec la radio Astrid qu'on met à disposition des personnes occupant des positions-clés dans l'hôpital en cas de... Et le système backup, c'est vraiment l'estafette comme dans le temps. Pas encore le pigeon, mais c'est presque ça.

Mémorant

Pour ce qui concerne l'enjeu de l'identification des patients, donc les gens que vous accueillez ici, est-ce que vous utilisez le système BITS ?

Coordinateur PUH

C'est celui-là.

Mémorant

Après, il peut être intégré à votre système ici ?

Coordinateur PUH

En effet, on a plusieurs personnes qui sont formées dans le système BITS entre temps à l'hôpital. Tout le monde des urgences, en tout cas, ils doivent connaître ça quand tu travailles "préhospitalier". Mais à l'accueil où le patient va rentrer, aux urgences, quand il y a le temps maintenant, on a un système pour identifier, enregistrer les gens d'une manière simplifiée. Quand ils sont conscients, ils savent dire leur nom, leur prénom. Ça, c'est facile. Mais ils peuvent être inconscients aussi. On donne des numéros, mais il y a un système simplifié qu'on donne. Mais depuis deux ans, maintenant, on met tout de suite aussi le système BITS avec le bracelet. Pour le moment, on fait encore double avec le système de l'Hôpital Militaire parce que BITS, c'est d'application, mais tout le monde ne connaît pas encore bien.

Mémorant

C'est récent.

Coordinateur PUH

C'est ça. On utilise les deux. On utilise le système de l'Hôpital Militaire, on utilise le BITS et à côté de ça, il y a quand même... On va enregistrer les gens d'une manière simplifiée, avec des numéros et ils ont tout de suite des badges si c'est nécessaire pour des prises de sang, pour un RX, des trucs comme ça.

Mémorant

Cet identifiant suit le patient tout le long du processus ici, à l'hôpital ?

Coordinateur PUH

Oui, en effet.

Coordinateur PUH

Entretemps, il y a beaucoup de gens qui sont formés BITS, on a l'application sur nos GSM et tout ça. Il y a quelques iPads aussi qui peuvent...

Mémorant

C'est bien. Pour ce qui concerne les problèmes liés à des risques d'incendie, d'inondation, de possibles risques que l'hôpital aurait par sa situation ou son infrastructure ? Est-ce qu'il y a eu une analyse des dangers ?

Coordinateur PUH

On a fait des analyses. On a eu déjà quelques petits incendies. Mais pour ça, vous aviez déjà des choses prévues dans le plan ancien : plan d'évacuation, relocalisation. Les 4 grands plans du plan PUH sont : réception, évacuation, relocalisation et isolation.

Mémorant

Oui, OK.

Coordinateur PUH

Oui, voilà. Quand ce n'est pas trop grave, on va déplacer le patient. Et quand c'est vraiment grave, c'est le plan de l'évacuation qu'on va appliquer. Ça, c'est prévu.

Mémorant

C'est prévu dans le PUH.

Coordinateur PUH

Nous, on a juste le problème ici que nos patients brûlés, qui sont au cinquième et au sixième étage. Avec les ascenseurs, il faut d'abord une évacuation horizontale et ensuite les descendre. Les ascenseurs, en principe, on ne peut pas utiliser en cas d'incendie, mais nous sommes obligés. Maintenant, il y a un système pour descendre par les escaliers. Mais des patients soins intensifs par les escaliers sur des matelas spéciaux, ce n'est pas idéal.

Mémorant

Non, j'imagine.

Coordinateur PUH

Mais oui, l'incendie est le grand risque. Inondation, il n'y a pas de problème. Incendie, ça, c'est le plus grand risque, je pense, un peu partout. Nous, on commence avec un plan de relocalisation. Ça, c'est horizontal d'un côté vers l'autre. L'hôpital militaire est assez large, on va aller d'un côté à l'autre. Si c'est un gros incendie, là, c'est évacuation. Horizontal, descendre et dehors. On a aussi fait, il n'y a pas si longtemps, des tests avec l'échelle des pompiers. Mais à partir du 5e étage, c'est trop. Et ça prend beaucoup de temps. Il faut être sérieux. Ça prend beaucoup de temps avant que l'échelle soit là. Il faut l'installer et puis transférer le patient sur l'échelle.

Mémorant

J'imagine. Pour ce qui concerne les pannes informatiques ou les cyberattaques, est-ce qu'il y a des choses prévues ?

Coordinateur PUH

C'est un scénario qu'on a fait aussi. On va retomber sur l'ancien système. Parce que maintenant, IT, c'est vrai qu'on n'y pense pas, mais par exemple, notre système téléphonique, c'est par IT, c'est VOICE OVER IP. Tout passe par l'ordinateur maintenant. Et de nouveau, on a quand même l'avantage quand on a beaucoup de personnel non-médical, ce sera avec les estafettes pour passer des messages, des trucs comme ça. Des estafettes, manuellement, on peut passer. Mais sur des services, on a le CME [le centre médical d'expertise] : pour prendre des rendez-vous..., sans informatique, ça tombe et tout se fait par écrit. Sur chaque service, il y a des feuilles encore maintenant où ils peuvent mettre le nom et pour la prise de sang, par exemple. Aussi, les demandes RX, c'est écrit.

Mémorant

Après, la communication des résultats ?

Coordinateur PUH

Pour les résultats RX, ils vont transmettre les résultats, les protocoles, par estafette.

Mémorant

Ils ont une possibilité de retourner à 100% papier pendant le temps nécessaire.

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. On a installé un système pour retourner vers le système papier comme dans le temps.

Mémorant

Et est-ce que...

Coordinateur PUH

Parce que tout fonctionne sur l'IT quand on réfléchit. Tout, tout, tout, tout. Il peut y avoir de grands problèmes. Le dossier médical des patients...

Mémorant

Oui, c'est ça.

Coordinateur PUH

Tu n'as rien, rien, rien. C'est dingue.

Mémorant

Oui, c'est ça. Certains m'ont dit dans d'autres hôpitaux qu'ils sont en train d'installer des ordinateurs qui ont un backup et qui leur donne accès à certaines données. Mais c'est difficile. Et surtout de savoir tous les combien de temps tu fais un backup. Chaque 24 heures ? Plus ?

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça.

Mémorant

Parfois, ce n'est pas utile.

Coordinateur PUH

Oui, mais nous, ça, on a déjà des serveurs qui ont un backup chaque 12 heures. Mais ce que tu fais maintenant, quand il y a une cyberattaque maintenant, tu ne sais pas encoder, il faut des traces. Il n'y a qu'un moyen, c'est le papier. Mais de nouveau, vous allez limiter toute votre action. Tout ce qui n'est pas urgent, vous allez dire: "OK, stop, petite consultation". Le moins possible d'activités, le minimum. Ce qu'on va faire, on va le faire. Mais un truc qui n'est pas urgent, on dit: "OK, on va arrêter parce que sinon, il faut tout écrire après". Vous allez diminuer votre activité.

Mémorant

OK, donc pour vous il faut réduire l'activité. Et pour ce qui concerne l'approvisionnement en électricité, s'il y a un arrêt d'approvisionnement en électricité, est-ce qu'il y a des générateurs qui peuvent prendre leur relais ?

Coordinateur PUH

Il y a un test chaque mois. Il y a deux grands générateurs et l'on peut tourner, nous, 12 jours sans électricité.

Mémorant

OK. C'est une bonne capacité.

Coordinateur PUH

Oui, mais ça, c'est le diesel qui est en stock. Naturellement, on peut rajouter du diesel pendant ces 12 jours et prolonger. Mais on a du stock pour tourner 12 jours. Et l'on teste chaque mois. Toutes les prises ne sont pas raccordées sur le système, mais c'est le système "no break". Les prises qui sont connectées ont un point rouge. Là, ils mettent dedans et c'est tout de suite, c'est en une demi-seconde que le système se remet en route. Et l'on fait un test chaque mois.

Mémorant

OK. Et pour ce qui concerne le matériel, vous avez dit que vous avez un stock de matériel nécessaire pour prendre en charge les patients. J'imagine que vous avez aussi du matériel pour l'imagerie médicale en stock ?

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. Tout est prêt. C'est un système de chariot dans notre pharmacie, en cas de... C'est vérifié régulièrement parce qu'il y a des trucs qui vont périmer. Et ça prend 10 secondes. Toi, c'est ton chariot, toi, c'est ton chariot, toi, c'est ton chariot. Nous, on dit toujours: "À ce moment, la cave d'Ali Baba s'ouvre".

Mémorant

C'est une bonne image.

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. Avec les attentats, il y a même des firmes qui ont appelé: si vous avez besoin de matériel, vous pouvez nous téléphoner et on vient apporter ce qu'il faut.

Mémorant

OK.

Coordinateur PUH

C'est génial, ils ont fait ça spontanément, sans accord. Si vous avez besoin de baxter, nous sommes là. Si vous avez besoin d'oxygène, on vient tout de suite. Un coup de téléphone, et on

est là. S'il y a un besoin, vu les attentats, tout notre stock est à votre disposition. Donc, c'est génial.

Mémorant

Bien sûr. Et après, pour la phase de retour à la normale, donc une désactivation du plan d'urgence. Est-ce qu'il est prévu dans le plan la manière avec laquelle on revient à son activité normale ?

Coordinateur PUH

De nouveau, pas un plan précis, mais des directives. Mais certainement, il faut dire: OK, ça tourne, l'activité est en train de diminuer, il n'y a plus de patients qui viennent de l'extérieur, on retourne à la normale. Et doucement, on va diminuer notre personnel. "Toi, tu vas à la maison, toi, tu vas à la maison." C'est en concertation avec le chef de service pour diminuer, mais il y a un plan prévu pour. On y pense. Parce que c'est vrai que la continuité, comme je disais tantôt, il faut faire attention à la continuité. À ce moment-là, tout le monde veut aider. Quand il se passe quelque chose, un attentat, tout le monde veut aider, tout le monde vient, même s'ils n'ont pas été appelés, ce qu'ils ne peuvent pas faire. Parce que ça, c'était les lessons learned, vous venez seulement quand vous êtes appelés. Parce que nous, on y pense, mais c'est aussi l'être humain, tout le monde veut faire partie, veut aider et tout le monde vient. Quand tout le monde vient, après 24 heures, qui va rester: moi, je suis fatigué. Moi, j'ai mes enfants. Tu vois ? Mais la grande lesson learned, c'est que vous venez seulement quand vous êtes appelé.

Coordinateur PUH

Oui, pour avoir une alternance. Et donc là, les rendez-vous de la partie ambulatoire peuvent être refixés de manière graduelle ?

Coordinateur PUH

Oui, mais il y a un plan pour doucement diminuer les activités "cata" et retourner vers la situation normale. Et pour tout ce qui est consultation, c'est les premières personnes qu'on va libérer du plan cata pour reprendre l'activité. Donc imagerie aussi.

Mémorant

Pour ce qui concerne les appareils qui ont été éventuellement endommagés, s'il y a eu des problèmes ou une utilisation de façon dégradée, donc des appareils endommagés, est-ce qu'il y a un système pour... ?

Coordinateur PUH

Les appareils RX ?

Mémorant

RX, mais même en général dans l'hôpital.

Coordinateur PUH

On a quand même un grand service biomédical et eux, ils ont les contacts avec les firmes. Et les firmes savent, et nous l'ont promis, c'est une des leçons learned, que l'Hôpital Militaire doit avoir la priorité pour tout ce qui est cassé ou pour une réparation. SI des installateurs ou des techniciens doivent venir, ils viennent en priorité à l'Hôpital Militaire. Ce qui n'est pas correct vis-à-vis des autres hôpitaux, je sais bien...

Mémorant

Mais c'est le rôle que vous avez.

Coordinateur PUH

C'est ça, parce qu'on va être le premier dans la première ligne.

Mémorant

C'est normal. Et est-ce que vous organisez un débriefing après avec les responsables et le personnel pour...

Coordinateur PUH

Oui. Il y a plusieurs étapes. Tout de suite, est prévu un defusing. Ça, on fait tout de suite avec les personnes clés. Parallèlement à ça, vu ce qu'on a appris avec les attentats, on a un grand centre de psychologie de crise. Eux sont appelés aussi. Et ces gens, ils ont fait un boulot énorme après les attentats. Ils étaient là discrètement, mais ils étaient là quand même. Il a fallu envoyer plusieurs membres du personnel vers ce service, mais ça s'est fait très discrètement. Le support psychologique, ça, tu en as vraiment besoin. Parce que nous, on a l'habitude. Moi, je travaille depuis 32 ans au SMUR, mais c'est toujours un ou deux patients et de temps en temps. Mais quand tu as une intervention collective... Pour te donner un exemple, une amputation traumatique, moi, j'en ai vu trois dans ma carrière : des gens qui ont sauté en dessous du train, du métro. Là, on en a vu 40 et dans d'autres circonstances. Et ça bouffe quand même. Mais les jeunes ambulanciers qui n'avaient pas l'habitude, il y en a qui disent: "Je suis où, ici ?". Ils avaient besoin quand même de defusing pour dire: "Ça, ce n'est pas une situation normale." Même pour nous, pour les gens avec de l'expérience, c'était anormal, c'était exceptionnel. Et il faut dire: quand il y a un problème, les gens sont là, les psychiatres sont là, vous pouvez y aller. Il ne faut pas les pousser vers ça, mais bien montrer qu'il y a une possibilité si vous avez besoin d'un psychologue. Après, naturellement, une fois que tout est fini, on fait de vrais débriefings. On a eu ça au niveau "santé publique". Au niveau de l'hôpital, c'est organisé. À l'armée même, avec les militaires, on a fait un débriefing avec eux aussi. Entre les chefs aussi, pour voir ce qu'on peut améliorer si l'on a eu des problèmes, il faut le faire sinon ça ne sert à rien.

Mémorant

Tout à fait. Et tout ça a quand même amené aussi les changements de loi, l'évolution vers le PUH...

Coordinateur PUH

Oui, absolument.

Mémorant

Est-ce que vous organisez des simulations, des exercices ?

Coordinateur PUH

Oui. On essaie de faire un grand exercice par an. Ce n'est pas toujours facile non plus d'évacuer un service de soins intensifs. Mais ce qu'on fait, et c'est plus utile, je trouve, ce sont des petits exercices. Je veux dire une évacuation du personnel qui saura ainsi "quand il y a cette alarme, on doit dégager. On donne aussi des leçons théoriques.

Mémorant

Le personnel est formé pour.

Coordinateur PUH

Oui, tout le monde est formé. Tout le monde. Obligatoirement, le directeur l'impose. Tout le monde a eu un cours de deux heures que j'ai donné sur le plan d'urgence hospitalier. Tout le monde a eu ça. Et tout le monde sait aussi ce qu'il doit faire. C'était bien expliqué, on travaille avec des cartes d'action. Tout le monde va se présenter. Vous êtes appelé, vous vous présentez au dispatch et vous recevez une fiche d'action. Là, il est marqué, et ça peut être très simple : vous allez dans votre service et là, vous allez recevoir d'autres consignes. Directement. Mais les personnes clés, les positions-clés, ils ont une carte d'action. Mais tout le monde doit se présenter de manière à ce qu'on sache qui est présent. On peut compter sur lui. Et l'on sait aussi s'il n'est pas encore venu. Donc tout le monde passe en bas et reçoit une fiche d'action.

Mémorant

C'est ça.

Coordinateur PUH

Mais les gens, ils ont eu cours, ils ont eu des formations et l'on répète ça pour les nouveaux. Chaque trimestre, il y a une formation au PUH en néerlandais et en français pour les nouveaux arrivés. Comme ça, on est sûr que tout le monde sait ce qu'il doit faire".

Mémorant

Pour tous les services ?

Coordinateur PUH

Oui, tous les services. On fait une explication générale et l'on explique aussi le système des fiches d'actions. Mais quand les gens, ils ont encore des questions, naturellement, ils peuvent

me trouver personnellement. Surtout pour les gens qui ont une responsabilité, à ce moment-là, ils viennent et ils ont un cours "privé". En général, tout le monde connaît le plan d'urgence hospitalier. Tout le monde le connaît.

Mémorant

Donc, effectivement, maintenant, si l'on peut revenir pour ce qui concerne le risque de CBRN. En ayant visité plusieurs hôpitaux bruxellois ou wallons, ils disaient que pour ça, ils ne sont pas vraiment tout à fait prêts.

Coordinateur PUH

C'est clair. Le but du SPF Santé publique, c'est maintenant que chaque hôpital puisse recevoir un ou deux patients CBRN. Mais quand vous allez voir au service d'urgences qui est prêt pour ce risque, il n'y en a pas beaucoup. Il y a quelques hôpitaux qui ont une salle où l'on peut décontaminer, mais les gens ne savent pas comment ils doivent commencer. Maintenant, je vais dire, l'avantage, c'est que les militaires ont un peu d'expérience parce qu'ils avaient les structures à emporter lors des missions militaires à l'étranger, des stations de décontamination. Là, on a une certaine expertise, mais quand on a eu la crise Ebola en Afrique, en Sierra Leone et tout ça, la Santé publique nous a demandé de faire le transport des patients éventuellement contaminés quand ils arrivent en Belgique.

En gros, on a créé une cellule CBRN. Une fois ça, ils ont vu qu'on avait fait ça et que c'était intéressant et ils ont demandé de créer aussi un SMUR-CBRN. Et donc, à côté de notre capacité de transporter des patients hautement infectés, donc le risque biologique, on a créé effectivement un SMUR-CBRN et tout notre personnel des urgences est formé au CBRN pour utiliser les vêtements adaptés, les antidotes surtout. Il y a des gens, des spécialistes, moi j'ai fait ça aussi, qui ont eu des cours, des formations en France... Et là, j'ai étudié comme un fou parce que ce sont des médicaments qu'on n'a pas l'habitude d'utiliser. Donc pour les antidotes et tout ça, on a eu des formations. Nous sommes le seul SMUR en Belgique qui est maintenant reconnu comme SMUR-CBRN. S'il y a un problème quelque part, le centre 112 peut nous appeler et nous sommes tout de suite prêts. L'avantage, c'est que tout le monde est formé. On prend nos sacs, on prend deux véhicules, une ambulance où l'on peut transporter un patient contaminé, soit C, B, N ou R et une autre voiture logistique où on met notre matériel avec les antidotes, le matériel pour décontaminer. Avec ce SMUR, on peut soigner 20 patients T1 CBRN.

Mémorant

C'est quand même une bonne capacité.

Coordinateur PUH

C'est un début. Maintenant, nous sommes subsidiés par le SPF Santé publique pour cela. Ils se disent que c'est quand même un grand avantage. Ils veulent créer quatre SMUR comme ça en plus en Belgique. S'il y a des sous, naturellement. Ils nous ont donc demandé d'aller donner des cours aux autres hôpitaux pour faire ça. Le but est donc d'avoir plusieurs centres CBRN en Belgique de niveau 1, c'est-à-dire, qui doivent être capables d'accueillir de 10 à 20 patients en même temps.

Mémorant

C'est bien.

Coordinateur PUH

Oui, mais ça, c'est leur but, ça doit être... Oui, c'est toujours l'argent, c'est toujours l'argent, naturellement. Nous allons former le personnel de ces hôpitaux et leur expliquer comment agir. Et chaque hôpital doit être capable de recevoir au minimum un patient CBRN.

Mémorant

Oui, au moins...

Coordinateur PUH

Le CBRN, effectivement, pour le moment, c'est un hot topic. Chez nous, on a un système. C'est très basique, mais ça fonctionne avec une tente qu'on peut aller mettre devant les entrées pour décontaminer les gens et pour faire prendre les douches. J'ai eu les cas. Tout le monde pense que l'hôpital militaire, le CBRN, c'est pour eux. C'est pour ça qu'on doit se préparer.

Mémorant

C'était pour ça la question.

Coordinateur PUH

Mais tu vois, il y a de nouveau 10000 situations pour lesquelles tu peux imaginer des scénarios. Mais on essaie... Allez, on a une base pour décontaminer les gens. Après, il y a une salle, il y a un plan pour accueillir les personnes à isoler. Mais ce n'est pas pour 10000 patients. Je suis dans le groupe de travail, on discute beaucoup là-dessus et l'on n'a pas de solution. Quand il se passe quelque chose comme l'attentat à Tokyo, au Japon, et que vous avez 10 000 patients.

Mémorant

Ce n'est pas possible. Tous les systèmes de santé sont débordés.

Coordinateur PUH

On fait des plans pour créer plusieurs hôpitaux qui peuvent recevoir 15 à 20 patients et l'on va leur donner des infos, on va les former. Et l'on va placer plusieurs SMUR-CBRN, on travaille dessus. Maintenant, c'est très complexe, le problème CBRN, c'est très complexe.

Mémorant

Non, mais c'est vaste, il faut être prêt à beaucoup de choses.

Coordinateur PUH

C'est ça.

Mémorant

Les auteurs que j'ai dû analyser identifiaient, et j'aimerais avoir votre commentaire, le service d'imagerie médicale comme un possible goulot d'étranglement, un endroit qui peut retarder la prise en charge des patients en cas d'afflux massif de victimes dans un hôpital. Est-ce que vous partagez l'avis ?

Coordinateur PUH

Non. Je n'ai pas d'avis.

Mémorant

Parce qu'en étant coordonné, organisé à un niveau sur le territoire.

Coordinateur PUH

Comme vous dites aux urgences, quelque part, en situation normale, ce n'est pas le premier examen qu'on fait non plus. Je pense, avec une bonne organisation, le service d'imagerie ne sera pas un problème...

Mémorant

Tout à fait.

Coordinateur PUH

Je ne suis pas d'accord avec.

Mémorant

Ici, quand les patients, par exemple pour les attentats, sont arrivés, vous avez aussi gardé des patients ici, chez vous ?

Coordinateur PUH

On a joué tampon.

Mémorant

Le temps de...

Coordinateur PUH

Parce que le système qu'on a mis en place, on l'a inventé sur place. En principe, on utilise le principe stay and play. Le patient arrive, on fait un prétri, le patient va être amené vers le PMA, post-médical avancé. Là, on va stabiliser le patient, le conditionner pour le transport et le transférer dans les hôpitaux. Là, on avait 150 à 200 victimes blessées. On avait vite compris: "ces gens n'ont pas besoin de PMA, ils ont besoin d'une salle d'opération, parce qu'ils étaient en train de saigner". Donc ce qu'on a fait, c'est arrêter l'hémorragie. Et ça, heureusement, on avait

beaucoup de militaires sur le terrain, avec nos deux SMUR et nos deux ambulances. Ils connaissent le principe, les militaires qui sont occupés à trier depuis longtemps, ils connaissent ça aussi parce que c'est eux qui ont sauvé des vies. Ça, il faut bien savoir qu'avec leurs garrots qu'ils ont mis tout de suite comme ça. Le SMUR n'a pas fait ça. Non, non, ce sont surtout les militaires qui étaient là en train de prétrier. Ce sont eux qui ont fait ça.

Coordinateur PUH

Et ça s'appelle TCCC, Tactical Combat Casualty Care. Eux ont le principe de MARCH. C'est un acronyme. "Massive hemorrhage", "Airway", "Respiration", "Circulation", "Hypothermia prevention". Arrêter l'hémorragie massive... Ça, c'est la doctrine militaire pour dire: c'est ça qu'il faut appliquer, c'est ça qu'ils ont fait, ces militaires, ces 20 militaires. Et eux, ils ont sauvé. Maintenant le TCCC, il y a maintenant aussi une version civile, je vais dire, le TECC, le tactical emergency casualty care pour l'utiliser dans un contexte civil normal. Et par exemple, les attentats de Boston en Amérique, ils ont appliqué ça aussi. Mais c'est ça qu'on va faire maintenant avec des attentats, des trucs comme ça. Et une chose est sûre : un patient gravement blessé, comme le T1 qui saigne beaucoup, on ne va pas perdre du temps. Arrêtez le principe MARCH, mais ça, c'est fait en 30 secondes et l'on peut partir vers les hôpitaux, vers les salles d'op, parce qu'ils n'ont pas besoin de PMA où l'on va encore piquer, perfuser. Pas perdu de temps sur le terrain. Naturellement, tu as aussi des patients, ce qu'on appelle T2, T3. Eux, on a le temps. Et ça, ce sont les patients qu'on a amenés ici à l'Hôpital Militaire. On a joué un peu tampon. Tous les hôpitaux ont reçu quelques patients gravement blessés qui nécessitent beaucoup de personnel. Mais 3, 4 heures plus tard, on a doucement envoyé les autres patients qui étaient ici dans le hall et qu'on a gardés ici. Ça, c'est un peu le principe qu'on a appliqué et après, ils ont dit: "Ça, c'est pas mal". Mais non, on l'avait inventé au moment même.

Mémoire

Oui, c'est ça. Et maintenant, c'est codifié.

Coordinateur PUH

Oui, c'est codifié. C'était une bonne décision. Maintenant, je savais que... parce que moi, j'étais DIRMED, je savais que ce système existait, mais on n'avait jamais appliqué cela en Belgique. Je suis allé parler à un congrès à Paris et après moi, c'était des Israéliens qui venaient avec une étude rétrospective de 500 attentats, ils appliquent ce principe tout le temps. On va sacrifier un hôpital pour dire: "OK, c'est trop dangereux sur le site, on va vers l'hôpital qui est quelques kilomètres plus loin, parce que le danger est encore là."

Mémoire

Oui, j'ai lu des études à ce sujet.

Coordinateur PUH

On n'a inventé rien de neuf, non. Mais il faut y penser.

Mémorant

J'ai fait le tour des dysfonctionnements qu'on pourrait avoir. Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres points d'attention qu'il faudrait avoir ?

Coordinateur PUH

Un point, mettre les noms des gens qui doivent assurer les fonctions clés, ça on ne peut pas faire. Il faut, et ça nous a aidés beaucoup, prendre un plan générique, simple, avec des directives que tout le monde comprend et ne surtout pas travailler en nominatif, parce que là, tu es perdu. Quand vous faites ça, vous allez voir au moment même que telle personne est en congé, l'infirmier-chef, il est malade et celui-là, il a le pied cassé. Allez, un plan générique, pas trop de détails dans votre plan. Et mettre à la tête des gens qui ont une manière de penser assez rapide et simple et qui savent gérer une situation. Maintenant, on revient de plus en plus aussi pour le DIRMED. Le DIRMED, c'est le directeur médical. C'est la discipline 2. Quand il y a une catastrophe, le PIM est déclenché et le chef, c'est le DIRMED. Et souvent, ce sont les chefs de service qui arrivent. Ils ne sont plus dans le SMUR, ils font plus de terrain. Ils sont là un peu comme les grands experts. Et ça doit être un médecin. De plus en plus, les gens qui comprennent, ils disent: "Non, ça ne doit pas être un médecin. Ça doit être la bonne personne." Le people manager qui connaît bien le système. Et même si c'est une femme de ménage, ce sera une femme de ménage.

C'est en train de changer cette mentalité. C'est en train de changer. Je dis surtout un plan générique que tu peux appliquer sur plusieurs situations et pas de plan trop détaillé.

Mémorant

Mais pour ça, il faut aussi que le personnel sur le terrain soit formé et sache ce qu'il doit faire.

Coordinateur PUH

Oui, exactement. Tout le monde doit savoir dans quelle direction on va, quel système va être appliqué... Et des formations pour le personnel sont indispensables, c'est sûr et certain, aussi dans l'hôpital d'ailleurs. Et ça, ici, je pense que nous sommes un exemple. Tout le monde est formé.

Mémorant

Je vois

Coordinateur PUH

Des femmes de ménage jusqu'au directeur, tout le monde y est passé. Sans exception.

Mémorant

C'est bien. Ce n'est pas comme ça partout dans tous les hôpitaux.

Coordinateur PUH

Non, ça demande un investissement effectif. Ça a pris un peu de temps. Je n'ai plus besoin de mon PowerPoint pour donner ces cours, j'ai donné ce cours tellement de fois. Mais c'est très utile qu'en cas de.., tout le monde sait ce qu'il doit faire ou quel sera le principe, ce qu'on devra faire. Tout le monde sait ça. Et de temps en temps, un exercice. Nous, on fait des petits exercices. Là, tu vas apprendre plus que lors d'un grand exercice parce que c'est trop grand. Il faut des petits exercices avec quelques objectifs et là, vous allez apprendre.

Mémorant

Oui.

Coordinateur PUH

Le dernier qu'on a fait, c'est comment, parce que la pharmacie est au -1, et heureusement on a des ascenseurs, mais les gens prennent des ascenseurs, comment optimiser l'usage de nos ascenseurs en cas de... qui a priorité pour les utiliser et tout ça. Et déjà là, on a vu, avec les clés de priorités, qu'à la fin, tout le monde a la clé de priorité. Et donc on a adapté le système pour que seulement la pharmacie, au début, puisse utiliser les ascenseurs. Deux ascenseurs sont gardés pour eux, pour qu'ils puissent monter les chariots assez vite. C'est un petit exercice, c'est bête. Par exemple aussi au niveau de la communication: comment je dois allumer la radio, comment je dois changer de canal... Bêtement des petits trucs, mais là, vous apprenez beaucoup.

Mémorant

OK j'ai fait le tour des questions. Merci beaucoup.

Coordinateur PUH

J'espère que ça vous a aidé un peu.

Mémorant

C'était intéressant. Merci.

Coordinateur PUH

De rien. Avec plaisir.

ANNEXE 3.10 : CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL SAMBRE ET MEUSE

Entretien réalisé le 06/05/2024 au CHR Sambre et Meuse (site Val de Sambre)

Personnes interrogées :

Coordinateur PUH

Coordinateur medico-technique (service d'imagerie médicale)

Technologue-chef

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Coordinateur PUH

Oui, vous avez mon autorisation.

Technologue-chef

Oui, aucun problème.

Coordinateur médico-technique

Oui, bien sûr.

Mémorant

Afin de commencer cet entretien, est-ce que vous pouvez vous présenter et décrire votre fonction ?

Technologue-chef

Je suis [...]. Je suis technologue en imagerie médicale-chef.

Coordinateur médico-technique

Je suis [...]. Je suis à la base technologique en imagerie médicale. J'ai fait le master en santé publique et quelques petites formations en management. Et donc là, je suis coordinateur médico-technique. Ça, c'est le titre, ce qui signifie que je m'occupe de gérer tous les projets au niveau de l'imagerie médicale. Et j'ai aussi un rôle en tant que chef du service de radiophysique médicale. J'ai occupé la fonction de technologue-chef. Je suis au CHR Sambre et Meuse depuis 2016. Auparavant, j'étais au CHU Tivoli, où j'ai aussi été responsable.

Coordinateur PUH

Je suis infirmier de formation. J'ai un master en sciences d'éducation et je suis créateur des plans d'urgence ici d'abord uniquement pour le site de Namur et puis aussi pour le site d'Auvelais depuis 2021. Je coordonne les plans d'urgence hospitaliers, sur la base de la législation de 2018. Je suis infirmier-urgentiste, je ne sais faire que ça, il ne faut vraiment rien me demander d'autre.

Mémorant

Vous êtes coordinateur PUH des deux sites ?

Coordinateur PUH

Des deux sites. Je suis tout seul pour les deux sites. Celui qui s'occupait du PUH d'Auvelais [nom] est monté à la direction, il est maintenant directeur de l'hôpital depuis maintenant trois ans, plus ou moins. Avant d'être coordinateur PUH, j'étais directeur du 112, détaché de l'hôpital à la direction du service 112 pendant six ans et on m'a demandé de revenir, de reprendre les deux plans d'urgence. Donc, j'ai arrêté le 112 parce que je ne pouvais pas tout faire.

Mémorant

Parfait. Merci. Et est-ce que vous avez participé à l'élaboration du plan d'urgence actuel ?

Coordinateur PUH

Ah oui, beaucoup. Avec [...], l'ancien coordinateur PUH, sur le site d'Auvelais, on a fait les deux. En fait, il y avait un plan qui existait sur Namur, mais qui datait de très longtemps, et qu'on a dû actualiser avec la loi. Et à Auvelais, il n'y avait pas de plan du tout. [L'ancien coordinateur PUH] l'a construit, il a commencé à l'élaborer quand la loi est passée et on l'a fait ensemble pour qu'il y ait une transversalité entre les deux sites. J'ai quasiment fait une des parties. Pour les deux premières parties, le texte est commun aux deux sites. Et je suis en train de faire la troisième partie où je suis en train de fusionner les deux morceaux pour n'avoir qu'un seul texte. Sinon, les mises à jour sont impossibles. Et pour le personnel, par exemple, qui est parfois transversal, il faut que ce soit la même procédure partout, bien que les deux sites aient leurs différences.

Mémorant

Est-ce que vous vous êtes impliqués aussi dans l'écriture du PUH précédent ?

Coordinateur médico-technique

[L'ancien coordinateur PUH du site Val de Sambre], à l'époque, nous avait demandé un petit peu les spécificités du service, mais c'est vrai que ça remonte un petit peu tout ça, pour voir un petit peu la manière dont le service était géré et le nombre de personnes de garde... Je pense qu'on avait eu ce genre de choses. Je n'ai plus tous les mails, mais il avait demandé les spécificités des différents services.

Coordinateur PUH

Oui, parce que lui partait d'une feuille blanche.

Mémorant

Non, c'est sûr. En parcourant la loi et tous les documents du SPF qui encadrent le plan d'urgence hospitalier, l'imagerie médicale revient quelquefois dans les documents, mais pas beaucoup, seulement trois fois. La première fois, c'est que l'imagerie est une des fonctions à contacter au cas où l'on déclenche le plan d'urgence hospitalier. Est-ce que c'est le cas dans votre PUH ?

Coordinateur PUH

En fait, il y a quelques services médicaux et médico-techniques qui sont importants. Le premier, c'est les urgences, parce que c'est par là que tout va entrer. Liés aux urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire, l'imagerie médicale, le laboratoire, la pharmacie. Ça, ce sont au moins les cinq services critiques à contacter de base. À ça, on peut greffer d'autres services en fonction de l'événement, évidemment.

Mémorant

Pour ce faire, il y a une chaîne d'appel ?

Coordinateur PUH

Oui, on a une application qui s'appelle Alarm Tilt, Alarm Tilt de la société F24, depuis 2017 ou 2018 ou 2019, le temps passe tellement vite, je ne sais plus. Quand on a commencé à parler des plans, en lien avec la loi sur les plans d'urgence. Dès que la loi a été déclenchée, on a pris cette application que je viens totalement de remanier pour pouvoir la rendre plus opérationnelle et pour que les gens reçoivent moins d'appels au départ. On fait partie du réseau de la province, on est six hôpitaux et l'on a décidé que les six coordinateurs des plans d'urgence se réunissent régulièrement pour partager nos trucs et ficelles et nos bonnes pratiques. C'est grâce à ça que j'ai revu la procédure Alarm Tilt parce que j'ai découvert que les autres utilisaient beaucoup mieux Alarm Tilt que nous, parce que je n'ai jamais eu la formation qui était prévue, donc j'ai découvert par moi-même. Mais donc, maintenant, dans l'application, on a trois seuils d'utilisation. Il y a ce qu'on appelle la préalerte. La préalerte permet d'informer les membres de la cellule de crise qu'il se passe quelque chose en interne ou en externe, mais ils ne doivent pas

encore bouger. Il y a la phase d'alerte qui mobilise certainement les responsables de la cellule de crise et qui informe toute une série de chefs de service, chefs d'unités, des gens qui ont une responsabilité. Puis, la fin d'alerte, qui notifie qu'on sera tranquille.

Mémorant

Par exemple, pour l'imagerie médicale, c'est le chef de service qui est responsable ?

Coordinateur PUH

Ici, dans Alarm Tilt, ce sont le coordinateur médico-technique et le technologue-chef qui sont informés. Je ne sais plus s'il y a une cascade entre vous ou si c'est tous les deux simultanément.

Technologue-chef

En tout cas, on a des tests tous les deux.

Coordinateur PUH

OK, vous avez des tests tous les deux. C'est ça.

Technologue-chef

Sur GSM et sur le téléphone du boulot.

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. J'ai enlevé tout ce qui était mail.

Technologue-chef

Ça, on n'a pas de mail.

Coordinateur PUH

Non, j'ai enlevé le mail parce que personne ne les lisait.

Technologue-chef

Mais on a un SMS si l'on ne répond pas au coup de fil sur le GSM.

Coordinateur PUH

Oui, c'est ça. En fait, les deux sont envoyés en même temps, ce qui permet de confirmer ta disponibilité. Les mails, les gens ne les lisent pas donc j'ai supprimé.

C'est le problème de rappeler du monde avec pertinence. Et la direction générale veut que l'on rassemble la cellule de crise qui doit d'abord permettre aux personnes importantes de prendre une décision vis-à-vis de la situation de base. On n'est pas obligé de rappeler tout le monde. Au départ, la première option, on rappelait tout le monde. Ça ne sert à rien de rappeler tout le monde. Si l'événement est mineur, tu n'as pas besoin de rappeler tout le personnel. Et l'application ne concerne que le personnel qui dirige, je vais dire. Donc, la "troupe", ce n'est pas péjoratif, la base n'est pas prévenue par le système. C'est impossible, je ne vais pas encoder 3 000 personnes. Il y a les gens qui déménagent, qui divorcent, qui changent de téléphone, qui les

perdent, c'est impossible. Donc, c'est sur les chefs d'unités, les chefs de service qui, eux, ont le charge d'organiser leur personnel si jamais. Les chefs d'équipe.

Mémorant

Ça, on va revenir sur ce point plus tard.

Coordinateur PUH

Sinon, c'est ingérable.

Mémorant

Pour ce qui concerne le comité permanent pour le suivi du PUH, est-ce qu'un représentant de l'imagerie médicale est présent ?

Coordinateur PUH

C'est prévu, mais pas systématiquement s'il n'y en a pas besoin. L'événement est loin, mais on sait que l'imagerie médicale, c'est quelque chose dont on aura besoin. Les radios, on n'a quasiment aucune situation où l'on n'en aura pas besoin, à part si c'est une grosse intoxication alimentaire pour laquelle il n'y a pas forcément besoin de radio et de scanner. Mais ça, c'est la direction. Moi, je suis coordinateur, mais je n'ai rien à dire. Je ne suis pas un décideur. Je prends l'exemple : le général va à la guerre, il a sa carte avec ses petits tanks et ses petits personnages, il met ses troupes. Moi, je suis le conseiller, je file la carte, je file le papier, je donne l'info. Il veut savoir tel numéro, je lui donne. Moi, j'agis avant et j'agis après. Donc, je prépare les plans. Je les prépare, mais je suis coordinateur, donc ce n'est pas moi qui écris à la place des métiers ce qu'ils doivent faire. Moi, je coordonne tout ça. Et puis, après, on essaie de faire des débriefings, ça, c'est plus laborieux, on essaie de tenir compte des conséquences de ce qu'on a vécu pour améliorer les plans. Mais c'est la direction générale qui a le pouvoir sur le personnel, les horaires de travail, les shifts d'équipe... Moi je n'ai rien à dire.

Mémorant

Et le troisième élément mentionné est de savoir si une description des appareils de radiologies présents sur les différents sites est incluse dans le PUH.

Coordinateur PUH

Est-ce qu'on a ça ? Eux peut-être, moi pas.

Coordinateur médico-technique

Oui, nous, ici, on a évidemment un inventaire. De toute façon, on connaît notre matériel, donc on a un inventaire. Mais c'est vrai que ce n'est pas remonté, c'est vrai que ce n'est pas noté dans le PUH.

Coordinateur PUH

Ce n'est pas mis dans le plan d'urgence. Ceci dit, à partir du moment où le service d'imagerie connaît son matériel, ça n'a pas d'intérêt que le reste du personnel sache qu'ils ont une machine de telle ou telle marque...

Mémorant

Non, mais du moment où le service sait qu'il y a...

Coordinateur PUH

Oui, eux le savent. Heureusement d'ailleurs. S'il ne sait pas qu'il a un scanner, on est mal barré.

Mémorant

Et donc ici, sur le site, vous avez un CT, plusieurs CT ?

Coordinateur médico-technique

On a deux CT, deux salles de radio, une IRM qui n'a pas un agrément complet, trois échographes, un mammographe.

Coordinateur PUH

Vous avez des compteurs Geiger ?

Coordinateur médico-technique

Oui, ça en a tous, mais ça, c'est plutôt au niveau du service de médecine nucléaire.

Coordinateur PUH

C'est toi aussi, ça ? Médecine nucléaire, ce n'est pas toi ?

Coordinateur médico-technique

Si, c'est nous. Moi, c'est de nouveau plus pour les projets. Pour le personnel, c'est [la technologue-chef].

Coordinateur PUH

Mais tu as une machine qui détecte, parce que ça, ça va nous être demandé dans le cadre des risques NRBC.

Coordinateur médico-technique

Oui, ça, on a de toute façon, il y a des contrôles.

Technologue-chef

Pour les poubelles tu veux dire ?

Coordinateur PUH

Non, on va nous demander si l'on a des machines qui sont capables de voir si un patient est contaminé, si les plantes ont des particules radioactives. Avant on appelait ça un compteur Geiger, mais je ne sais pas aujourd'hui.

Coordinateur médico-technique

Si, mais ça, c'est obligatoire. On a ça, il y a des contrôles qui doivent se faire de manière périodique. On est obligé.

Technologue-chef

Sinon, en bas, on a deux SPECT. Et une densitométrie aussi.

Mémorant

C'est intéressant. Et vous êtes coordinateur aussi pour l'autre site ?

Coordinateur médico-technique

Non. Pour l'autre site, j'ai juste tout ce qui est radiophysique. Donc oui, si jamais il y a un incident avec un patient. Donc pour la radiophysique médicale, c'est plus tout ce qui est patient. S'il y a un incident patient de l'autre côté ou je ne sais pas, une dame enceinte a été irradiée alors qu'elle ne devait pas ou ce genre de choses, c'est moi qui préviens le service externe de contrôle radiophysique dans ce cas-là pour qu'ils puissent prendre les mesures, faire les calculs... Ça, c'est vraiment "juste" ce que j'ai à faire avec l'autre site. Par contre, gestion du personnel et gestion des équipements (en dehors du contrôle radiophysique), ça, c'est géré par Namur. Moi, j'interviens juste pour voir, dans la rédaction des cahiers des charges, s'ils ont bien noté tous les éléments qui concernent la radiophysique, et pour vérifier s'ils ont bien fait un petit chapitre en demandant par exemple d'avoir le scanner qui donne la dose la moins grande possible ou avec intelligence artificielle... Sinon, en plus de la radiophysique, mon rôle ici c'est aussi tout ce qui est gestion de projets, installation, en concertation avec [la technologue-chef] et en concertation avec le Médecin-Chef de service.

Mémorant

Plusieurs auteurs que j'ai analysés décrivent l'imagerie médicale comme un service qui peut être, dans le cas d'un accueil massif de patients en situation d'urgence collective, comme un possible goulot d'étranglement dans le processus de prise en charge des patients. Est-ce que vous partagez l'avis ?

Coordinateur médico-technique

On n'a jamais eu vraiment le cas pour l'instant parce qu'on n'est pas non plus un grand centre hospitalier. On pourrait, mais on n'a pas de neurochirurgie. Donc, si jamais il y a un gros crash, un truc pareil, les cas demandant de la neurochirurgie vont partir sur Namur ou sur Charleroi. Ils ne viennent pas chez nous, donc voilà. Mais on pourrait tout à fait avoir, je ne sais pas, un accident de car, un accident dans les environs. Et ça pourrait devenir un goulot d'étranglement. Aux urgences, on va demander des petits osseux, des scanners pour tout le monde... ça pourrait donc le devenir. D'où maintenant, notre rôle aussi en tant que responsables, de voir un petit peu si l'on mobilise des personnes supplémentaires. Parce qu'il faut savoir qu'il n'y a qu'une seule

personne de garde sur place ici chez nous en dehors des horaires classiques. Donc le week-end, une seule personne de garde. Il y a un petit chevauchement qui peut se faire aussi, mais je veux dire, c'est souvent une seule personne qui est présente sur place. Donc là, il y a moyen à ce moment-là de faire une cascade en interne de notre côté, voir un petit peu qui peut être disponible. Éventuellement aussi s'il y a besoin de secrétaire pour encoder des patients parce que le technologue, lui, va juste uniquement "techniquer". Ce genre de choses, on n'a pas encore eu et il n'y a rien de vraiment défini comme procédure chez nous pour l'instant qui dirait "À partir de x patients, on va rappeler un deuxième technologue. On ouvre à la fois le scanner et une table de radio." On va dire là, c'est plutôt de la gestion en bon père de famille, de la logique.

Coordinateur PUH

C'est le type d'événement qui ferait que la cellule de crise pourrait demander aux responsables de rappeler du monde. On ne le fait pas systématiquement. Comme dit avant, pour une intoxication collective, on n'a pas forcément besoin de l'imagerie médicale.

Mémorant

Est-ce qu'il y a une fiche d'action spécifique pour l'imagerie médicale ?

Coordinateur médico-technique

Oui, elle se trouve dans la farde. Le classeur est chez les technologues.

Technologue-chef

On avait dû le retirer.

Coordinateur PUH

Si c'est la farde PUH, elle est périmée.

Technologue-chef

On nous avait dit de l'enlever.

Coordinateur PUH

C'est parce que les premières versions du plan d'urgence ont été faites sous forme de classeurs, de papier. Mais on s'est rendu compte que les mises à jour, c'est impossible. Il faut qu'on mette à jour les classeurs partout, les feuilles sont perdues. Et donc maintenant, il va y avoir une série de plans imprimés pour des responsables et le reste, c'est les accès sur la plateforme intranet. Parce qu'on vient d'avoir une grosse attaque informatique, donc on est en train de revoir toutes nos procédures.

Coordinateur médico-technique

Ici, j'ai le PUH. La partie 1 "manuel" et les procédures générales, ainsi que les procédures spécifiques. Ce sont les procédures plus spécifiques pour les services, pour le personnel.

Technologue-chef

Ici, on a une fiche d'action numéro 13. Scénario numéro 1, scénario numéro 2, scénario numéro 3. Tu vois "déclenchement de la phase", il y a plusieurs actions...

Mémorant

Et c'est spécifique pour le service.

Coordinateur PUH

C'est pour ce service-ci.

Technologue-chef

Oui, pour la radiologie, ça, c'est peut-être intéressant que tu ais.

Coordinateur PUH

Ça, c'est pour le site Auvélais. Et pour le site Namur, il y a une fiche qui est la 68 pour l'imagerie médicale avec les différentes missions du service.

Donc, la fiche existe. Je veux bien te les envoyer.

Technologue-chef

En même temps, je veux bien que tu nous les envoies, si tu veux bien.

Mémorant

Maintenant, je vais passer en revue les possibles causes de dysfonctionnement du service d'imagerie médicale au moment de l'activation du PUH suite à une urgence collective que les auteurs ont identifiées. La première, effectivement, est le manque de personnel. Donc, est-ce qu'il est prévu un mécanisme de renforcement, de rappel du personnel au cas où il y a besoin ? C'est ce dont vous parliez tantôt.

Coordinateur médico-technique

Oui, la procédure n'est pas écrite, mais je veux dire, de manière logique, clairement, on sait que si ça arrive, on rappellera du personnel.

Mémorant

Vous avez les contacts, les numéros ?

Coordinateur médico-technique

On a les numéros de téléphone privés des personnes, on peut les appeler. Là, ce sera en toute logique, à nous de voir qui est le premier disponible sur la liste et qu'on rappellera.

Technologue-chef

En fait, dans ces cas-là, on attend les ordres "Faites revenir du personnel".

Coordinateur médico-technique

Par exemple, mais ça n'est pas un afflux massif de patients, je faisais partie de la cellule de crise quand on a eu la cyberattaque. Dans ces cas-là, c'est à nous de souffler à la direction et de dire: "Écoutez, vu le nombre, il faudrait du personnel qui puisse faire tourner deux machines en

même temps. Donc, tout seul, il ne pourra pas faire à la fois des scanners et à la fois des radios". Donc, clairement, l'ordre de rappeler viendra du haut. Et nous, logiquement, ce qu'on fera, c'est d'abord voir un petit peu ceux qui sont le plus proches. On connaît les personnes, on ne va pas appeler celui qui a une demi-heure de route, on préférera appeler celui qui a cinq minutes de route. Malheureusement, ça tombera peut-être sur lui. La logique, c'est que s'il y a besoin vraiment de manière super urgente, on connaît le personnel. On n'a pas les fiches, les fiches ne sont pas encore réalisées non plus, mais on sait très bien quelle personne peut faire quel type d'examen, parce qu'il y en a certains qui ne font pas de la radio ou du CT-Scan. On sait qu'on rappelle des personnes à la fois formées et à la fois qui peuvent revenir rapidement. Et moi, je pense aussi, mais ça, c'est personnel, dans les modalités d'un afflux massif, une secrétaire ne serait peut-être pas superflue non plus pour pouvoir vraiment gérer tout ce qui est administratif.

Coordinateur PUH

C'est pour ça que je dis dans les formations sur le plan d'urgence, qu'il n'y a aucune tâche idiote dans l'hôpital. Il ne faut pas être forcément urgentiste pour la catastrophe. Un médecin dermatologue est capable d'examiner un patient. Donc, ce n'est pas parce qu'il est dermatologue qu'on va le jeter. Et donc des secrétaires peuvent être utiles en renfort. Au bout d'un moment, elles ont une tâche qu'elles connaissent ou qu'on peut rapidement leur expliquer. Si c'est de la lecture de code-barres ou si c'est de l'encodage, on peut utiliser tout le monde. Il n'y a pas de sot métier. Tout le monde peut avoir quelque chose à faire.

Mémorant

Et pour ce qui concerne les radiologues, est-ce qu'il y a un radiologue sur place présent tout le temps ?

Coordinateur médico-technique

Il n'y a pas un radiologue présent sur place tout le temps. Il revient pour certains examens spécifiques et en tout cas, il revient en journée pour voir s'il y a des échographies qui s'accumulent, pour ce genre de choses, il est présent. Il a accès aux images, évidemment, à distance. Et de toute façon, dans ces cas-là, même chose, la direction médicale fait partie du comité. Là, elle demandera au médecin de revenir sur place s'il faut.

Mémorant

OK. Un autre aspect, c'est l'enjeu de l'identification du patient. Est-ce qu'ici, il y a un système informatique qui permet d'avoir un code pour suivre le patient ? Ou c'est un code spécial qui s'active lors du plan d'urgence pour identifier les victimes qui arriveraient aux urgences ?

Technologue-chef

Pour les bracelets, tu veux dire ?

Mémorant

Pour les bracelets.

Technologue-chef

Les bracelets d'urgence, oui, on en avait parlé, justement, à la formation.

Coordinateur PUH

Oui, tout à fait. Donc, tout patient qui arrive ici par les urgences est identifié dans le logiciel de l'hôpital. S'il ne l'est pas, c'était le cas avec l'attaque informatique, c'était un enregistrement en papier dans un premier temps. Surtout sur ce site-ci [Auvelais], ils ont été plus rapides que de l'autre côté et des étiquettes ont été faites par un ordinateur offline pour éviter les risques d'erreur. Ça a pris plus de temps de l'autre côté [Namur], mais la dimension des deux sites est tellement différente. Et du reste, on s'est adapté comme on a pu. Parce qu'ici, dans l'imagerie, le problème qu'ils ont eu, c'est qu'ils n'avaient plus accès au serveur, donc le stockage des examens était compliqué. La consultation des examens était compliquée. Il ne fallait pas se tromper de patient. Il fallait que les médecins se déplacent, c'était fatigant de venir des urgences parce qu'ils allaient voir l'imagerie à l'écran de la machine pour avoir la meilleure qualité possible puisqu'on ne sait pas envoyer les clichés dans le réseau. Donc, il fallait qu'ils se déplacent. Je ne sais pas s'ils l'ont fait de ce côté-ci [Auvelais]. De l'autre site [Namur], ils ont mis un assistant de chirurgie devant les écrans. Ils ont mis à un moment donné un assistant de chirurgie qui voyait tous les clichés et qui voyait avec le chirurgien "ce patient-là, je l'ai vu là, il a ça, en collaboration avec le radiologue." Maintenant, le patient a son bracelet interne si le système normal fonctionne. Il peut avoir un bracelet qui est le bracelet BITS, qui est mis en place par la Croix-Rouge en cas de catastrophe sur le lieu de la catastrophe. Celui-ci est un bracelet autre, mais qui est juste de la traçabilité administrative du patient. Il n'y a pas de médical dans ce bracelet-là. Les secrétaires des urgences sur les deux sites ont accès à l'application via Internet. Ils ont accès à Internet uniquement sur cette adresse-là, puisqu'on est avec la crise cybercriminelle, le système est bouclé. Ils ont un accès par l'adresse spécifique via laquelle ils peuvent accéder à l'application du ministère et encoder les données. C'est purement administratif.

Mémorant

OK.

Coordinateur PUH

Mais je ne sais pas si ça répond bien à ta question.

Mémorant

Non, j'ai compris. Quand il y a eu, par exemple, une cyberattaque ici, est-ce que les technologues encodent directement sur la machine ?

Coordinateur médico-technique

Ils ont la possibilité d'encoder directement sur la machine sans passer par les applications administratives. C'est comme ça qu'on a agi.

Mémorant

En utilisant le code interne du patient.

Coordinateur médico-technique

Voilà, c'est ça. Si les urgences donnent un code interne, ça, on peut le retranscrire sur la machine directement. Comme ça, on peut lire les images. Et alors, évidemment, dans ces cas-là, on avait refait aussi notre petit carnet, enfin, le carnet avec tous les patients. Comme ça, on avait une liste de travail qui était élaborée à ce niveau-là. Clairement, on s'en est sorti comme ça.

Coordinateur PUH

Parce qu'ils n'avaient pas accès aux images anciennes. Par exemple, en oncologie, c'est important. Et il fallait après considérer que tous nos patients dans la crise devaient être introduits ultérieurement dans les archives de l'hôpital. Donc, il fallait qu'il y ait un système de codification qui permette au secrétaire de se retrouver. Je ne sais pas si cette tâche est achevée ou pas, parce que c'est monstrueux. Je ne sais pas où ils en sont.

Coordinateur médico-technique

Nous, ici, je pense que non, ce n'est pas encore terminé.

Coordinateur PUH

C'est énorme, on n'imagine pas, parce que tous les documents qui ont été faits, tous les rapports médicaux papier..., il a fallu que tout ça soit classé, trié, archivé (ou pas). Parce qu'à partir de là, si l'on dit "Le patient revient dans une semaine", il fallait pouvoir retrouver le protocole d'une semaine avant. Donc, pour le service des archives, c'est un boulot monstrueux. Surtout qu'on n'avait pas à ce moment-là l'identification habituelle des patients.

Technologue-chef

De toute façon, là, ils n'ont fait que commencer, vu qu'ils ont récupéré les scanners depuis même pas un mois.

Coordinateur PUH

Ce travail débute maintenant. C'est laborieux.

Technologue-chef

Ils ne vont pas engager d'ailleurs les intérimaires ou autres pour faire ce travail ?

Coordinateur PUH

On a parlé d'étudiants. Je ne sais pas où ils en sont.

Mémoire

Et donc à ce moment-là, les urgences avaient été fermées ?

Coordinateur PUH

Non. Dans un tout premier temps, en accord avec le 112, on a d'abord limité. On a demandé que le 112 n'envoie pas trop les grosses urgences dans un premier temps, mais on savait prendre des urgences classiques. Maintenant, si une grosse urgence arrivait, on savait la prendre. Médicalement, ça n'empêche pas de soigner les gens. Sauf qu'après, c'est compliqué pour le labo, l'imagerie et tout ça, c'est compliqué d'avoir des résultats. Tu sais intuber un patient, tu sais le traiter indépendamment de l'événement.

Mémoire

Donc, les procédures à suivre en cas de cyberattaque sont en train d'être créées ?

Coordinateur PUH

Oui et non. On a découvert qu'il y a une série de procédures qui étaient complètement dépassées ou mal ficelées parce qu'on n'avait jamais vécu de cyberattaques. Tout ce qui concerne l'attaque informatique dans le plan d'urgence est nul. On doit tout réécrire maintenant. Il y a deux groupes de travail qui seront lancés prochainement, après le processus d'accréditation parce qu'on est en plein processus d'accréditation pour la mi-juin. Donc à partir de septembre, on lance ça... On lance le débriefing de cette crise-ci. Parce qu'il faut savoir qu'on n'a pas encore fait le débriefing du COVID. Une crise à la fois. Celle-ci est plus importante. Parce que pendant le COVID, nous avons souvent des directives du Ministère de la Santé, donc ça va être un truc à part. Mais ici, avec la direction, on lance deux groupes de travail. Un groupe de travail qui sera purement informatique. Le pourquoi, le comment des choses, comment améliorer, comment faire pour que ça ne se reproduise plus, qu'est-ce qui n'a pas été... Et puis, le deuxième groupe que je suis censé animer, mais je vais bientôt partir donc ce sera peut-être quelqu'un d'autre, qui est le groupe "Plan B". L'informatique, c'est une chose. Mais s'il n'y a pas l'informatique, comment est-ce qu'on fonctionne ? Plan B, standardisation de documents, savoir où se trouvent les documents, comment les sortir... Pouvoir dire "Il y a un problème, OK, on sort le paquet, on a les feuilles, on a les crayons, on a tout." Il y a un tas de choses qu'on n'a jamais imaginées dans la cyberattaque qui nous sont tombées dessus. On n'avait pas assez de papiers d'imprimantes. Les imprimantes étaient en réseau, donc n'imprimaient pas. Il y a eu énormément de... Les ascenseurs qui ne marchaient pas.

Coordinateur médico-technique

Pour la dictée ici en radiologie, on a dû retrouver des petits dictaphones avec cassettes, comme on faisait dans le temps. Mais savoir où sont les cassettes... Il y a certains enregistreurs qui étaient restés avec des piles qui avaient été laissées depuis des années et qui s'étaient donc complètement oxydées... Donc, il a fallu retrouver des magasins qui vendaient encore des lecteurs de cassettes pour les secrétaires... C'était...

Coordinateur PUH

On n'imagine pas. On a voulu acheter des dizaines de GSM. Les cartes SIM, ce n'est pas un problème, mais les GSM de base, il y a des gens qui ont dû aller dans un rayon de 30 kilomètres dans tous les magasins d'informatique et de téléphonie pour trouver des GSM de base. On n'avait jamais envisagé ça.

Coordinateur médico-technique

On a appris beaucoup de choses.

Coordinateur PUH

On a appris. Les alarmes des ascenseurs sont connectées par wifi. Il n'y a plus de wifi. Donc, si tu as quelqu'un qui est bloqué dans un ascenseur, il peut pousser tant qu'il veut, il ne se passera rien. Ce sont de nombreux exemples comme ça qu'on a vécus. Ici [Auvelais], un problème qu'ils n'ont pas quand on est de l'autre côté [Namur], le linge. Le linge est géré par une machine, un automate purement informatique. Donc, tu mets ton badge, tu as ta tenue qui correspond à ton profil. Et tes vêtements perso, tu dois les mettre dans une housse que tu mets dans une fente et l'ordinateur le range lui-même. Et si tu n'as plus d'ordinateur, tu ne sais pas où est la housse. Et donc il a fallu ouvrir, chercher toutes les housses une par une dans un premier temps.

Mémorant

Un autre dysfonctionnement possible, c'est de ne pas utiliser toutes les ressources de façon optimale. Le but ici serait de libérer des scanners pour accueillir plus de patients ou des choses comme ça. Est-ce qu'il y a une procédure pour permettre une annulation rapide d'examens non-urgents ?

Coordinateur médico-technique

Une procédure, non. Si jamais ça arrive en journée, les secrétaires sont là, ils peuvent les annuler complètement. Donc, ça, c'est des coups de téléphone qui vont être donnés aux patients.

Technologie-chef

Ça, ça va, c'est des choses qui nous arrivent régulièrement quand la machine tombe en panne. Mais il n'y a pas de procédure par rapport à ça.

Mémorant

Mais c'est quand même quelque chose que vous faites habituellement.

Technologue-chef

Voilà, c'est ça. C'est le rôle du chef de service, je pense.

Mémorant

Donc pas vous ?

Technologue-chef

Non.

Coordinateur médico-technique

Le logiciel de prise de rendez-vous fait, pour l'instant, des rappels des rendez-vous. Maintenant, je ne sais pas jusqu'où on pourrait aller avec le prochain logiciel qui va être développé... A la place de faire uniquement des rappels, il pourrait aussi annuler x patients en même temps. Je ne sais pas jusqu'où on pourrait aller. Là, c'est une réflexion que j'ai. Un message du genre : "En raison d'une grosse crise, un truc comme ça, votre rendez-vous est annulé, veuillez nous rappeler plus tard." Comme ça, au moins, ça évite au secrétaire de perdre beaucoup de temps sur ça.

Coordinateur PUH

Là on touche à la communication.

Technologue-chef

Je crois qu'il y a eu un message comme ça. Il y a eu des SMS, des messages qui ont été envoyés.

Coordinateur PUH

C'est super compliqué parce que quel message on envoie à qui, quand et sur l'autorité de qui ? Il y a eu ici, à la crise, des messages qui n'auraient jamais dû être envoyés, des messages contre-productifs. Mais il n'y a pas de pierres à jeter à personne, c'est parce qu'on découvrait la chose. Quand tu annonces qu'aucune donnée n'a été volée, mais qu'on n'a pas la preuve de ça. Et l'on sait que des données ont été volées, on l'a su après. Tu vois, des choses pareilles, mais quand tu as annoncé des gens qu'on doit annuler leur examen, c'est compliqué. Il y a des gens qui, après, pensaient que l'examen n'aurait plus jamais lieu, puis ils se disent: "on m'annule, puis il se passe quoi ?". Puis il y a des gens qui ne venaient pas pensant que ça ne fonctionnait pas. Parce que d'habitude, on reçoit un SMS qui nous dit que je dois venir. Oui, mais si je n'ai pas reçu, c'est que je ne dois pas venir. Et le patient, il a attendu. C'est un problème de gestion énorme des agendas.

Coordinateur médico-technique

Mais pour les scanners, pour les machines, en tout cas, on pourrait les rendre disponibles. On a les priorités. C'est déjà comme on fait, je veux dire, en période classique, dans un service d'imagerie médicale. Là, on pourrait organiser les priorités en se disant: le scan thoracique, pour

tous les examens qui peuvent attendre, on annule, on va faire passer les x polytraumas et l'on met tous les autres sur le côté.

Technologue-chef

C'est ce qui s'est passé un peu pendant le COVID. On a annulé les externes et l'on a pris en charge les urgences. Mais il n'y a pas de procédure, c'est le responsable du service qui fait ce genre de...

Mémorant

Est-ce qu'il y a des protocoles spéciaux pour des examens spécifiques qui ont été concertés avec les urgences ? Est-ce que vous avez créé des protocoles pour les polytraumatisés ou des choses comme ça pour ?

Coordinateur médico-technique

Ce genre de choses, on a, en tout cas pour le scanner, oui. Pour la radio, en tout cas, c'est différentes incidences. Mais pour le scan, on a le protocole trauma, on a le protocole embolie pulmonaire, on a le protocole de perfusion cérébrale.

Technologue-chef

AVC.

Coordinateur médico-technique

Ce genre de protocoles, il n'y a plus à les créer.

Technologue-chef

Sinon, toutes les procédures de tous les examens sont aussi mises par écrit.

Coordinateur médico-technique

C'est dans une base documentaire.

Mémorant

Les machines pour les urgences sont proches du service des urgences ? Est-ce que le patient peut arriver rapidement ?

Coordinateur médico-technique

Ils peuvent arriver rapidement, oui, ils sont à un étage plus bas.

Technologue-chef

Juste en dessous.

Mémorant

Un autre aspect, c'est la communication des résultats. Est-ce qu'il y a une façon de communiquer les résultats rapidement ?

Coordinateur médico-technique

Le radiologue, évidemment, est toujours accessible par téléphone. Mais via le PACS, le radiologue peut mettre une note sur le nom du patient. Comme ça, directement, s'il y a quelque chose...

Mémorant

Comme ça, on peut communiquer une info avant le protocole complet ?

Coordinateur médico-technique

Pas le protocole complet, mais déjà une première note. Comme ça, il n'est pas dérangé non plus par les urgentistes à tout bout de champ à ce moment-là.

Mémorant

Ça va. Est-ce qu'il y a un document dans lequel les rôles et les fonctions de chacun sont bien définis, en tout cas des responsables, au moment de l'activation du plan d'urgence ?

Coordinateur médico-technique

Au moment d'activation ? On a un organigramme, évidemment. C'est un organigramme qui existe, mais les rôles et les fonctions lors de l'activation du PUH, pas vraiment.

Coordinateur PUH

Je n'ai pas connaissance de ça. En tant que tel, non.

Mémorant

En tout cas, les responsables du service restent responsables de la gestion de la crise PUH ?

Coordinateur PUH

Le responsable reste responsable. Chaque membre du personnel a une fiche de consignes qui est propre, mais pour tout l'hôpital, pas spécifiquement l'imagerie. Et puis, il y a des fiches de consignes qui sont propres au service, mais pas forcément à chaque personne. Par exemple, s'il faut évacuer un service, il y a une procédure. Et encore, les services essentiellement d'hospitalisation parce qu'ici, si on évacue l'imagerie, on laissera les machines, là, on partirait avec les patients qu'on peut. Ce n'est pas évident. On est en train de faire de l'autre côté [Namur] les fiches d'évacuation spécifiques des soins intensifs et du néo-natal. Ça, ce sont des patients un peu plus compliqués.

Coordinateur médico-technique

Ici, dans la fiche, concernant les rôles, ce seront les rôles classiques liés à nos fonctions quand tout va bien. Et nos rôles peuvent être ajustés par la cellule de crise quand ça se passe. Et entre nous, on peut définir les rôles aussi. Telle personne appelle le patient, telle autre personne appelle le personnel...

Coordinateur PUH

Mais ce n'est pas prédéfini. Ils le font ailleurs ? Tu l'as déjà vu ailleurs ?

Mémorant

Parfois, il y a des fiches pour les personnes qui sont sur place. Par exemple, des rôles définis pour le technologue ou le radiologue qui est de garde.

Coordinateur PUH

Ça, ça rentre dans la fiche. C'est comme ceci.

Mémorant

Et est-ce que vous avez un backup au cas où vous n'êtes pas disponible ?

Coordinateur PUH

Oui, tu vois, dans la fiche, il y a par exemple le scénario "déclenchement de la phase". Ça, c'est ce qu'il faut faire, les actions à mener quand la crise est déclenchée. À savoir : confirmer l'alerte, contacter les urgences pour s'informer de la situation, référer aux consignes, selon l'ampleur, rappeler des techniciens, donc il y a une procédure.

Mémorant

C'est quand même écrit.

Coordinateur PUH

La personne qui est là sait quand même ce qu'il faut faire.

Coordinateur médico-technique

Pour le backup, auparavant, historiquement, j'étais tout seul, je n'avais pas de backup. Maintenant, ici, depuis quelques années [la technologue-chef] est là, d'abord comme adjointe, puis comme responsable du personnel. Et [la technologue-chef] a elle-même maintenant aussi une adjointe.

Et chacun peut, pour tout ce qui est gestion du personnel et gestion des machines dans les premières minutes, les premières heures de l'incident, chacun connaît le rôle. Et [la technologue-chef] fait partie aussi, parce que je ne suis pas dans la même ligne hiérarchique, du département infirmier. Elle est supervisée par une infirmière-chef de service qui lui-même est supervisé par le directeur. Donc, finalement, il y a aussi la cascade inverse qui peut se mettre en place, ces personnes-là pouvant prendre des décisions moins opérationnelles, mais plus stratégiques.

Mémorant

Pour ce qui concerne la partie plus TEC, donc vraiment pour ce qui concerne l'approvisionnement électrique, s'il est en panne d'électricité, est-ce qu'il y a des générateurs qui peuvent prendre le relais ?

Coordinateur médico-technique

On a certaines machines qui sont mises sur des groupes, enfin, je veux dire, sur du "no break". Donc, on a des machines spécifiquement mises sur du "no break". On a un scanner et une table

radio qui peuvent tourner sur du "no break". Donc ça, c'est prévu. Je crois qu'il y a une petite coupure de quelques secondes, mais après finalement, on peut les utiliser. Stratégiquement, on avait mis à l'époque le plus petit scanner sur ce "no break" vu qu'un tube de scan demande beaucoup pour ne pas non plus prendre l'électricité, toute l'électricité des respirateurs de néonatalogie et des respirateurs d'autres services. Donc voilà, la logique veut qu'on fasse des choix. C'est des choix qui avaient été faits, je veux dire, de manière un peu intelligente, je pense, en espérant que si l'électricité revient, on pourra tout utiliser.

Coordinateur PUH

Il y a trois réseaux électriques. Il y a un réseau normal comme les prises à la maison. Il y a un réseau dit de secours : là, il peut y avoir une coupure brève de quelques instants, le temps que le groupe électrogène se mette en marche. Et il y a un groupe, dans les caves, comme il dit "no break", qui est une forme de dynamo qui produit du courant. Et donc, si le courant se coupe, ce courant-là, produit en permanence, va boucher le petit trou avant que le groupe électrogène se mette en marche. Donc, il n'y a aucune rupture dans l'approvisionnement électrique. Suivant l'importance de la machine qui peut être éteinte ou pas éteinte, la machine qui est capable de se rallumer toute seule ou pas. C'est-à-dire que s'il y a des machines qui, fonctionnellement, reviennent à leur état initial, on ne se tracasse pas. Mais si ces machines se rallument, mais personne ne voit qu'elle est éteinte ou qu'elles se rallument partiellement, comme tu vois ton Windows, il faut ton mot de passe, il ne va pas se mettre tout seul, peut y avoir un problème. Donc, tout ça doit être bien calculé parce que le système n'est pas fait pour supporter toute l'électricité de tout l'hôpital par le groupe électrogène. Ça, ce n'est pas possible. Il y a des tris qui doivent être faits. Ici, une machine radiologique, elle me dit: si ça pompe de trop, ça va faire sauter le système aussi, puisque le système, la dynamo, n'est pas fait pour alimenter tout l'hôpital. Mais ça, c'est très compliqué parce que le personnel n'a pas une parfaite compréhension de ces trois prises-là. Un frigo de sang, limite, il peut être sur n'importe quelle prise puisque de toute façon, la coupure ne sera pas longue et le sang ne va pas se réchauffer en quatre minutes et demie. Mais un frigo classique avec des sandwiches, il peut être sur n'importe quelle prise. Mais là, des gens voient une prise et branchent n'importe quoi dedans, sans réfléchir.

Mémorant

Pour ce qui concerne les problèmes d'infrastructure, avez-vous une analyse de risque sur les inondations possibles ?

Coordinateur PUH

Oui, l'inondation. Les inondations qui sont plus à craindre dans la littérature, ce sont les fuites d'eau ou de systèmes internes. Mais l'eau qui monte, c'est beaucoup plus compliqué.

Coordinateur médico-technique

L'eau, elle, descend. L'eau, elle, descend.

Coordinateur PUH

Oui, chez nous, l'eau, elle descend surtout. Mais l'eau qui monte dans le sens d'une rivière qui déborde. C'est peu probable. Même sur l'autre site [Namur], on a été voir statistiquement, il y a 100 ans que l'eau n'a plus débordé sur l'avenue. Mais on a eu une grosse inondation il y a trois ans, depuis dans les caves il y a des pompes énormes parce qu'il y a des infiltrations. Mais l'eau qui coule du plafond, ce n'est pas rare du tout. On a eu la même blague sur l'autre site [Namur] quand on a créé le nouveau service d'urgences, les ouvriers ont mis des tuyaux, ils ont connecté le tuyau et puis ils ont mis la pression dans les tuyaux, mais ils n'ont pas vu que le tuyau était ouvert. Pendant tout un week-end, ça a coulé. C'est un agent de sécurité, le dimanche soir, qui est allé voir et qui a vu qu'il y avait de l'eau partout. Il y avait 5 cm dans tous nos services d'urgence.

Mémorant

Pour ce qui concerne l'équipement spécifique pour l'imagerie médicale, est-ce qu'il y a un stock suffisant pour accueillir plus de patients que d'habitude ?

Coordinateur PUH

Un stock de quoi ?

Mémorant

De matériels. Le matériel spécifique nécessaire pour faire les examens d'imagerie médicale : le produit de contraste...

Coordinateur médico-technique

Le produit de contraste, il y a un stock basique dans le service. Évidemment, il y a toujours du stock aussi à la pharmacie. Donc là, il suffit de nouveau de s'organiser avec la pharmacie pour pouvoir avoir ce genre de choses.

Coordinateur PUH

Et on a l'autre site si jamais. Les deux sites peuvent communiquer, se partager des choses.

Coordinateur médico-technique

Autre type de matériel vraiment spécifique dans ces cas-là. Je ne vois pas. Il y a des rouleaux de table..., mais ce sont plus des consommables. Des cathéters... ce n'est souvent pas nous qui allons les perfuser, ils seront perfusés à l'urgence. Oui, les tubulures, les tubulures pour contraste... Oui, le stock, en tout cas, on a de manière suffisante.

Mémorant

Si le PUH est désactivé, est-ce qu'il y a un mécanisme de retour à la normale ? Qui décide notamment comment refixer les rendez-vous annulés ?

Coordinateur PUH

D'abord, il faut que la direction générale dans la cellule de crise dise "OK, le problème est levé". Et il faut que ce soit un problème qui peut être résolu. La cybercriminalité, je me dis, quelque part, ce n'est toujours pas levé. Et puis, elle le transmet au chef d'unité, le chef de service qui répercute et la machine redémarre. Et donc ici, il faut gérer tout ce qui est planification des agendas avec les secrétaires. On recontacte les gens et on relance la machine petit à petit.

Mémorant

OK, donc c'est une décision qui vient de la cellule de crise.

Coordinateur PUH

Oui, il faut être sûr qu'on puisse redémarrer en toute sécurité pour les patients. C'est surtout la sécurité qui compte et puis qu'il n'y ait pas des embouteillages et que les gens se mettent à devenir méchants et violents parce que c'est mal géré, mais c'est compliqué.

Mémorant

Et s'il faut remettre en état de fonctionnement des machines qui, peut-être, ont été endommagées ou utilisées de façon dégradée, est-ce que vous avez des contrats d'assurance ?

Coordinateur médico-technique

On a les contrats de maintenance par rapport à tout ça. On a des omnium sur pas mal de machines. Bon maintenant on devra voir ce qui est couvert ou pas. Mais voilà, de toute façon, comme partout dans les services d'imagerie, on est en contact avec tous les fournisseurs.

Technologie-chef

Et puis ici, comme nous, quand on a eu la cyberattaque, tous les fournisseurs étaient assez confiants. Ici, surtout pour le scanner, ils nous ont dit: "Nous, on a des pare-feu. Nous, on est sûrs à 100% qu'il n'y a aucun virus qui est venu sur notre machine." Nous, ici, en interne, évidemment, on les a considérées comme attaquées, mais les services externes nous ont dit: "Nous, on est sûrs à 100%, on a assez de pare-feu, on a assez de choses mises en place pour dire que notre machine ne peut pas être atteinte."

Coordinateur médico-technique

Par rapport aux firmes, on a vécu ça ici avec la crise de la cyberattaque. Les firmes sont très réceptives : une fois qu'on a une crise, que ce soit une cyberattaque ou que ce soit justement, je ne sais pas, moi, s'il y a un incendie dans une banque, elles sont là pour nous mettre du matériel en prêt ou en tout cas pour trouver des solutions avec nous. Je trouve que les firmes sont là et

répondent. Elles ont répondu assez rapidement pour pouvoir nous remettre des solutions de stand-alone, c'est-à-dire que comme on n'avait plus de réseau pour pouvoir mettre une console, je ne sais pas, Siemens qui met une console, SINGOVIA, Philips qui met un ISP, ce genre de choses. Donc, toutes les firmes sont assez réceptives. Si jamais on dit: on subit une crise, une attaque, que sais-je, en tout cas, les firmes sont là pour pouvoir... Ça fait partie de leur contrat de service, c'est qu'en cas de crise, ils peuvent venir nous prêter main-forte.

Coordinateur PUH

Mais c'est comme ça qu'on se rend compte qu'il y a, par exemple, des contrats de maintenance qui ne prévoient pas, par exemple, d'urgence, qui ne prévoit pas un dépannage dans les x heures. Et tout ça, maintenant, va être revu. On ne le savait pas. Parfois, ça coulait de source. Non, dans le contrat, il n'était pas prévu qu'on vienne nous aider dans l'heure. Et puis, il y a des sociétés qui ont coupé les liens informatiques en disant: "attention, il y a un risque de nous contaminer." Les banques, par exemple, nous ont coupés. Et pas parce qu'il n'y avait pas d'argent. Les banques ont coupé en disant: "on ne risque pas d'être contaminés par eux." Donc, on a mis une procédure de paiement. Donc, une personne avec une double identification pouvait dire à la banque: "il faut payer un montant, telle facture, tel fournisseur." Et la banque payait. La banque payait, mais il fallait lui dire par un autre système.

Coordinateur médico-technique

On s'amuse encore.

Coordinateur PUH

On s'amuse encore un peu quand même.

Mémorant

Et pour ce qui concerne le débriefing à la désactivation du plan d'urgence. Est-ce qu'il est prévu de façon générale ?

Coordinateur PUH

Comme je disais tantôt, le débriefing, on l'a lancé. C'est parfois un petit peu sensible de devoir mettre en évidence des choses qui n'ont pas bien fonctionné, parce que le but n'est pas de cibler les personnes, mais cibler les dysfonctionnements. Il y a des personnes qui le prennent pour elles, qui considèrent que j'ai mal fonctionné. La personne, pas moi. La personne dit: j'ai mal fonctionné. Mais l'idée, c'est "comment on tire l'enseignement pour que ça ne nous arrive plus et qu'on soit le mieux protégé possible"

Mémorant

Est-ce que l'imagerie médicale est impliquée dans ce débriefing ?

Coordinateur médico-technique

En tout cas, pour l'instant, on n'a pas encore été... En tout cas, moi, de mon côté, je n'ai pas encore été contacté pour le débriefing, mais ça, je ne sais pas si l'imagerie le sera.

Coordinateur PUH

Ça va arriver. Maintenant, il y a eu un premier projet qui était un débriefing en cinq points. La direction l'a validé, a supprimé des points, puis en a rajouté. Maintenant, on est en deux groupes de travail: un groupe de travail informatique et un groupe de travail avec les utilisateurs (appelé plan B). Dans le plan B, on va revoir chaque service.

Et aujourd'hui, une réflexion: qu'est-ce qu'on met dans le cloud ? Qu'est-ce qu'on ne met pas dans le cloud ? Qu'est-ce qu'on garde en interne ? Qu'est-ce qu'on ne garde pas en interne ?

Technologue-chef

Ici, en imagerie médicale, on a eu de la chance, puisque justement, on avait commandé de nouveaux PC TELEMIS, donc ça, c'est tout ce qui est une visualisation des images pour les radiologues. Ça, ils étaient arrivés. En plus, ils étaient en bas à l'informatique, ils étaient en train de les configurer, de les préparer. Donc, eux n'avaient pas été atteints. Ça, on a eu la chance de pouvoir les placer et d'avoir de nouveaux PC. Ça, c'était vraiment une chance. D'ailleurs, le site de Namur a voulu nous les prendre. On a dit: non, non, non, non, non...

Coordinateur PUH

[Description de différentes difficultés rencontrées, sans lien avec le mémoire, lors de la cyberattaque donnée à titre confidentiel]. On a eu des PC qu'on appelait machine à écrire et qui permettaient juste de dactylographier un document qu'on imprimait. Pour avoir une trace et qu'il n'y ait pas d'erreur. L'idée de protection des patients, donc l'identito-vigilance, doit être tout le temps prise en compte.

Technologue-chef

On a fait ça pour les protocoles. On avait les cassettes, etc. On tapait sur des machines à écrire, imprimées. Maintenant, je ne sais pas combien il y en a de protocoles classés.

Coordinateur médico-technique

Dix mille, on va dire. Au moins, oui, dix mille.

Technologue-chef

Tout est classé maintenant et tout n'est pas encore archivé. Tous les protocoles de telle date à telle date sont dans une armoire et une armoire juste avec les protocoles des patients.

Coordinateur médico-technique

Ils ne sont pas encore sur le réseau. Donc si les prescripteurs veulent savoir: tiens, le 15 juillet, tel patient a fait un examen, je ne le vois pas sur le réseau. Non, c'est normal. C'est dans nos classeurs ici. Là, il faut tout... Ça arrivera à un moment ou à un autre dans le dossier patient.

Coordinateur PUH

Et ça, c'est important parce que tu as tout le réseau wallon, le réseau Wallonie Santé, donc les médecins traitants ne savent plus voir les protocoles des patients. Ça, ils avaient compris. Mais qui dit réseau wallon dit aussi réseau lié à la facturation et donc lié à l'INAMI. Donc, facturer et recevoir de l'argent parce que c'est bien de lâcher de l'argent pour réparer la crise, mais il faut assurer des rentrées. Si tu as plus d'entrées, on tombe en faillite. Donc, plus de contact avec les serveurs de l'INAMI, avec les sociétés d'assurance pour les patients qui ont une assurance... Non plus rien de tout ça.

Mémorant

Est-ce qu'il y a des simulations, des exercices faits pour le PUH ?

Coordinateur PUH

Ça, c'est le gros débat. En fait, depuis que la loi est sortie, la loi impose au moins un exercice annuel, mais la loi dit qu'une situation réelle compte comme un exercice. Donc, en 2021-2022 et à partir de 23, on a considéré que c'était le COVID, donc, situation réelle, on n'a pas fait d'exercice. Ce n'est pas le moment d'être à l'exercice quand tout le monde porte des masques. 23, on a eu l'attaque informatique jusqu'à aujourd'hui, donc cette crise est considérée comme un vrai exercice. Maintenant, on prépare plusieurs exercices. Il va y avoir deux exercices. Un exercice "incendie" dans un service particulier, où nous sommes presque prêts. La formation est faite, on va le faire. Un exercice AMOK donc ça va être un exercice "prise d'otage" à l'hôpital. On prépare aussi un exercice commun aux six hôpitaux, simultanément.

Ah oui, un exercice de mobilisation des cellules de crise. C'est un exercice que je vais organiser avant les grandes vacances. La date est établie. On va mobiliser véritablement les cellules de crise sans leur dire que c'est un exercice. Pour voir comment ils réagissent aussi. Tout doit être validé par la direction. Et c'est prévu dans les heures de travail.

Mémorant

OK. Et est-ce que vous pensez que pour l'imagerie médicale, les lignes guides du SPF sont assez complètes ?

Coordinateur PUH

Quelles lignes ?

Mémorant

En fait, c'est tous les documents, les guides pour écrire le plan PUH. Est-ce que c'est assez complet pour tous les services que...

Coordinateur PUH

Non, très honnêtement, on est très peu à les avoir regardés. Le plan ne correspond pas... Le layout déjà est totalement différent. On a juste vérifié que les items que le ministère demandait étaient bien dans nos textes. Mais les textes... J'ai vu des plans des autres hôpitaux, c'est rédigé d'une autre manière, ce n'est pas la même présentation, ce n'est pas standardisé. Au départ, c'est ce qu'il voulait. Puis on s'est rendu compte que ce n'était pas fonctionnel. Non, ceci n'est pas trop mal fait, parce que ça a quand même été fait par des gens qui s'y connaissent. Mais non, on n'a pas... On a adapté le modèle. Et nous aussi, nous avons reçu une lettre du gouverneur qui nous félicitait pour notre plan. Parce que par rapport à d'autres... Il y a des endroits où ils ont mis des feuilles perforées, glissées dans un classeur, en vrac. Nous, on a écrit le plan, il est rédigé, il est structuré. On est fiers, on a reçu une lettre du gouverneur qui nous a dit quand même que notre plan était beau. Mais sinon, les documents du ministère... Écoute, un bête truc, ils ont donné une fiche d'analyse de risque. Je l'ai utilisée parce que j'aime bien chipoter en informatique, c'est de l'Excel. Je l'utilise. Et puis, à un moment donné, je change plein de paramètres. Donc, ces paramètres permettent d'évaluer à chaque fois la gravité et la probabilité que le risque se produise. Et puis, je me rends compte que le bilan me donne toujours le même chiffre. Je me dis: "c'est bizarre, quand je fais un truc grave ou un truc pas grave, j'ai toujours la même gravité". En regardant de plus près, je me suis rendu compte qu'en fait, les formules de calcul dans les cellules n'étaient pas reprises dans toutes les cellules. Donc, ça marchait pour les premières cellules, mais pas pour les suivantes. Donc, j'ai tout contrôlé et adapté le document... Je l'ai diffusé aux collègues, tous les collègues l'ont reçu. Et grâce à ce document que j'ai adapté, tu encodes les paramètres et tu as une vraie évaluation de risque. Mais tu vois, le fichier transmis n'était pas complet et finalisé. Si tu ne t'y connais pas en informatique et que tu appliques leur truc, tu te dis "bon, voilà, c'est fait". Mais en fait, ça ne vaut rien. Ils ont fait les premières ébauches, mais ne sont pas allés au bout.

Un autre exemple. Ils nous ont promis un plan COVID. Je me dis "est-ce que je fais un débriefing COVID ?". Je me dis "oui, parce que j'ai tout noté". Moi, j'ai fait un "mapping" de tout ce qui est lié au COVID. Donc, j'ai une énorme base de données. Je me dis "si je fais un plan dans le cas du PUH sur le COVID" et qu'après, le ministère me dit "voilà le canevas que vous devez utiliser", je ne vais pas faire deux fois le travail. Donc, j'attends qu'ils nous disent: on vous l'a promis, vous allez recevoir le plan COVID pour le futur. Alors, j'attends de l'avoir. Si je suis encore là, je compléterai. Sinon, ce sera pour le suivant.

Ça va être la même chose pour l'attaque informatique. En France, un hôpital par semaine est attaqué en informatique. Nice qui vient d'être attaqué ce week-end-ci, je pense. Ils attaquent le week-end. Il y a plein de données qui ont été effacées : sur les patients, sur le personnel... L'état

commence à se rendre compte que c'est un enjeu. Mais c'est bien de sortir des lois, mais après, qu'ils nous donnent ce dont on a besoin.

C'est comme le nucléaire bactériologique... Il faut mettre des plans de catastrophe nucléaire bactériologique. On a de l'argent. Non, on n'a pas de budget. On fait quoi ? C'est surréaliste.

Mémorant

Ce sont aux hôpitaux à trouver des solutions pour créer ces plans.

Mémorant

J'ai rencontré [inspectrice d'hygiène fédérale adjointe pour le Hainaut] récemment. Elle m'avait envoyé la grille de lecture qu'ils utilisent pour valider le PUH. Est-ce que c'est un document que vous recevez normalement ?

Coordinateur PUH

Non, mais moi, je l'ai reçu. La loi dit que pour le plan d'urgence, le gouverneur doit donner son avis, la santé publique doit donner son avis, la commune doit donner son avis. Donc, au niveau de la santé publique, ils ont élaboré une grille des items à analyser. Donc moi, je l'ai reçu par la bande, ce qui m'a permis d'être sûr que j'étais bien conforme à la grille. On n'est pas censé l'avoir. Maintenant, si le plan est bien fait, tu es dedans. Je me doutais bien de ce qu'on attendait de nous.

Mémorant

Et est-ce que, selon vous, il y a d'autres dysfonctionnements possibles que je n'en ai pas mentionnés ?

Coordinateur PUH

Au niveau de l'imagerie...

Technologie-chef

Je crois que la cyberattaque, c'était le pire qu'on pouvait avoir.

Coordinateur médico-technique

Oui, et comme dysfonctionnement... Je pense qu'on a parlé des machines, du personnel, des radiologues présents sur place. Pour nous, c'est vraiment l'essentiel. En cas d'afflux massif de patients, on ne parle même pas de la médecine nucléaire : quoique, la médecine nucléaire pourrait entrer en compte si jamais on doit utiliser quatre scanners, on va dire. On n'utilise pas la partie radioisotope, mais on utilise uniquement la partie « scanner ». À ce moment-là, on pourrait mobiliser, je vais dire, deux scanners supplémentaires. Si jamais il y a vraiment un gros afflux de patients, on pourrait très bien se dire: "on va à la médecine nucléaire pour faire des scanners aussi". Chez les patients. Sinon, je vais dire, la médecine nucléaire, là, je la mets vraiment à part dans les fortes affluences. On ne va jamais demander de mettre un radioisotope

pour faire des examens. Non, je pense que les questions, c'est vraiment ça. C'est le personnel, c'est les machines qui doivent fonctionner.

Coordinateur PUH

Et l'informatique.

Coordinateur médico-technique

Et l'informatique, oui, c'est ça. Pour l'informatique, maintenant, on sait qu'on peut travailler sans l'informatique aussi. Donc, d'ailleurs là-dessus, on a aussi une longueur d'avance.

Coordinateur PUH

Par rapport à l'archivage des examens, vous avez changé le système ? Vous avez des disques externes en plus ou quelque chose ?

Coordinateur médico-technique

On a des disques externes. Moi, j'en ai encore un ici, mais il y en a l'informatique. Et le système qui avait été mis en place, c'était aussi, comme j'expliquais, le système de prêt. Donc c'est vraiment des machines spécifiques des firmes qui sont venues avec de grosses bécane qui avaient quand même pas mal de capacités. Et l'on stockait sur ces machines-là parce que dès que le scanner, je vais dire un chiffre comme ça, après 50 examens, on ne sait plus rien mettre, il s'arrête automatiquement. Donc, on devait effacer. Il fallait bien que ça se trouve quelque part.

Mémoire

Et pour ceux qui concernent la communication entre les services, est-ce qu'il n'y a pas eu de problème avec les urgences, les messages ?

Coordinateur médico-technique

Il y avait de la communication en direct, mais c'était surtout coordonné par... Au tout début, on avait deux ou trois réunions par jour en cellule de crise. Et donc là, on retrouvait justement l'infirmière-chef et le médecin des urgences. On retrouvait des représentants d'autres services. Je veux dire, nous, ici, ça passait souvent par là. Et alors après, dès qu'on redescendait de cellule de crise, on distillait les informations aux équipes pour ne pas non plus qu'il y ait 36 messages qui partent dans tous les sens. C'était plutôt centralisé, coordonné. Mais maintenant, on a toujours évidemment la possibilité en direct: "ah oui, tiens, mon scanner est fini, viens chercher, machin, tout ça." Tout ce qui était vraiment stratégique. La stratégie, c'était plutôt en cellule de crise et dès qu'on redescendait dans un service spécifique. On disait: "maintenant, pour les urgences, on va les appeler plutôt comme ça. On va leur mettre plutôt tels documents en plus et pour les urgences, la radio nous demande qu'on procure ça en plus..." Mais ça, on l'a géré plutôt vraiment en cellule de crise entre les responsables qui après distillaient l'information.

Coordinateur PUH

Et ça a très bien fonctionné ici [Auvélais]. À la limite mieux que dans l'autre site, parce qu'ici, le dimensionnement est plus humain. Ici, l'hôpital est plus petit, donc il est plus relationnel. Mais ça, c'est une des grandes leçons humaines, c'est que les gens ont dû beaucoup plus parler entre eux, beaucoup plus se déplacer, voyager, beaucoup plus rencontrer l'autre. Alors qu'avant tout se faisait par Internet. Il y a eu une forme d'obligation à ce que les gens se parlent. Il y a eu ici, plus que de l'autre côté, vraiment une résilience du personnel. Les gens ont mordu sur eux pour que ça avance au profit de tout le monde. Il y a bien toujours des râleries, mais ça, il y en a toujours. Mais globalement, le personnel a bien compris que c'était très grave et qu'on n'en sortirait pas en 15 jours. Ça, c'est vraiment un enseignement très positif. Ça a créé du lien humain, je vais dire comme ça. C'est inattendu. Ça, c'est quelque chose qu'on sent. Mais il y a des équipes qui ont souffert. Le laboratoire, ils ont souffert parce que les analyses, l'étiquetage, faire suivre les résultats, envoyer les résultats aux urgences... Le labo, ils ont vraiment eu très dur. Je pense que c'est une des équipes qui a trimé le plus. L'informatique à part, parce que l'informatique, on avait besoin d'eux et ils ont souffert aussi. Ça, c'est clair.

Coordinateur médico-technique

Non, c'est clair. Alors que labo comme radio, c'est vrai qu'on est une plaque tournante. Parce que le patient est en urgence. S'il n'a pas ses examens de radio, s'il n'a pas son résultat de laboratoire, on bloque tout. Là, justement, c'est un gros goulot d'étranglement si jamais il n'a pas tout ça. Et c'est vrai qu'ici, j'étais en cellule de crise et l'on a dû un peu revendiquer et être dans les premiers à avoir des PC, à avoir des choses un peu plus confortables parce qu'ils s'en sont bien rendu compte en cellule de crise que si l'on ne fait pas tourner la radio...

Coordinateur PUH

Tout bloque.

Coordinateur médico-technique

Tout bloque. Et même chose pour le laboratoire. Le laboratoire, ça a pris plus longtemps pour le remettre en place.

Coordinateur PUH

On ne sait pas opérer si l'on n'a pas l'imagerie, on ne sait pas opérer si l'on n'a pas le labo. C'est plus important que pour les services d'hospitalisation qui eux peuvent vivre à la limite sans informatique parce qu'il y a les fiches papier. Les soins ne demandent pas d'informatique. Tu sais soigner des gens sans informatique. Mais ici, sans informatique, tu ne fais plus rien. Les patients, et sur l'autre site [Namur], par exemple la neurochirurgie, si tu n'as pas de scanner, tu dois transférer des patients pour avoir des examens. Tous les patients d'oncologie, c'était

compliqué en imagerie parce que pour voir l'évolution d'une tumeur, s'il n'y a pas d'images, ce n'est pas possible. À la limite, on risquait d'avoir perdu certaines images antérieures en plus. Je ne sais pas si on les a perdues ou pas finalement parce qu'on a retrouvé beaucoup de choses en payant une société pour le faire. Mais on a récupéré comme ça énormément de données, notamment en imagerie. Tu es d'ailleurs obligé de récupérer des données anciennes parce que la loi dit qu'il faut garder les données. Maintenant, à l'impossible, nul n'est tenu. Mais si tu veux récupérer des données d'oncologies en imagerie médicale, comment les récupérer ? Il y a eu des trucs parce que pour certains patients, on a retrouvé de l'imagerie chez des médecins traitants qui avaient reçu des clichés avant l'attaque. Ils ont pu restituer ou montrer les clichés antérieurs, mais on n'imagine pas tout ce qui est touché.

Coordinateur médico-technique

Non, mais par rapport aux équipes, je pense que pour cette crise-ci comme pour toutes les autres crises, je pense que c'est la transparence pour les équipes. Les équipes doivent savoir où on en est, on ne peut pas leur mentir. Au début, quand j'allais en réunion, je refaisais un petit point avec les équipes parce qu'au début, on ne savait pas du tout où on en était. Je refaisais un petit point avec les équipes dix minutes après être descendu de la réunion, comme ça tout le monde savait où l'on en était. Après, évidemment, ça s'est espacé, ça s'est arrêté parce qu'on revenait dans une routine. Mais vraiment, au tout début, personne ne savait quoi faire. Il y a des examens, il n'y a pas les examens, on annule, on n'annule pas, on fait quoi, on fait comment, comment on fait tourner le scanner, qu'est-ce qu'il faut faire ? On prend des feuilles, on note quoi sur la feuille pour les patients ? On ne savait pas. Je pense que la transparence, ça fait aussi que les équipes, je pense, se sont bien dit: "OK, on ne nous cache pas des choses, on ne nous cache pas de...". On a dit: "Voilà, c'est grave, ça ne va pas revenir directement". Les rendez-vous, il va falloir prendre des rendez-vous et faire des carnets de rendez-vous et tout ça. Les secrétaires: On ne leur a pas fait miroiter que dans deux semaines, on allait retrouver nos routines. Tout le monde savait que ça allait durer. [La technologue-chef] est venue un week-end avec les secrétaires pour retranscrire tous les rendez-vous qui avaient été pris sur papier et qu'il fallait remettre directement dans le système quand l'informatique est revenue. Et ça devait être fait dans un temps record parce qu'on n'allait pas à la fois prendre des rendez-vous informatiques et vérifier sur papier si ça convenait ou pas.

Technologue-chef

En fait, on avait toute une liste d'examens, mais pas triés. Donc, on avait des scanners avec des échos, avec des IRM. Tout était mélangé par rapport aux heures et aux jours. Donc, on a dû refaire des agendas papier, etc. On a dû remettre ça en forme. Oui, ça a été... Franchement, c'est

le secrétariat qui a pris le plus, qui a été le plus impacté par rapport aux... Les technologues, ils encodaient à la main. Oui, c'était un petit peu plus embêtant. Mais c'est vraiment au secrétariat qu'on a été le plus impacté et qu'on a mis le plus de choses en place. Heureusement qu'on a certaines secrétaires qui ont eu plein de bonnes idées, proactives. Il y a eu beaucoup de solutions ressorties de l'équipe.

Coordinateur PUH

La résilience du personnel.

Technologue-chef

Les gens se sentent concernés, etc. Ici, on a un petit hôpital, on est de proximité, etc. Je pense que ça a fait aussi la solidarité.

Coordinateur médico-technique

C'est pour ça que je dis, que ce soit la crise qui vient de passer ou une future crise qu'on pourrait avoir avec justement un afflux massif de patients, personne n'a jamais eu ça. Donc même nous, en tant que chefs, on n'a pas la science infuse pour la cyberattaque ou autre. Par exemple, si jamais on nous dit: maintenant, il y a 15 scanners à faire. Ce sera à nous à être inventifs. À être inventifs. Et c'est ce qu'on avait dit: on ne connaît pas les choses, donc vous, le personnel, on compte sur vous aussi pour donner des idées. Et c'est comme ça, si jamais il y a 15 scanners, quelqu'un de médecine nucléaire pourrait venir en disant "oui, mais là, vous êtes en train de tourner sur deux scanners." L'idée aurait pu venir de la médecine nucléaire en disant: "Mais chez nous, on peut faire tourner deux scanners aussi. Donc, venez chez nous pour faire deux scanners en plus." C'est du management dans la crise aussi, c'est du management humain. Il faut que ce soit hyper coordonné au-dessus avec tout ce que [le coordinateur PUH] fait pour l'instant, avec la cellule de crise, la direction qui prend des décisions... Il faut cette couche-là, mais en dessous, il faut évidemment qu'il y ait du lien avec les équipes parce qu'elles doivent savoir.

Mémorant

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Coordinateur PUH

Je pense qu'on a déjà dit pas mal de choses.

Mémorant

Un grand merci du temps que vous avez consacré pour m'aider dans mon mémoire.

Technologue-chef

Merci à toi et bonne chance.

ANNEXE 3.11 : INSPECTEUR D'HYGIÈNE FÉDÉRAL DU CLUSTER "BRUXELLES"

Entretien réalisé le 23/05/2024 en visioconférence (Teams)

Personne interrogée :

Inspecteur d'hygiène fédérale du cluster « Bruxelles »

Mémorant

Je m'appelle Davide Telese et suis étudiant en deuxième année du master en sciences de la santé publique de l'UCLouvain. Cet entretien est réalisé dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'études (Promoteur : Pr Frédéric Thys) qui a pour objectif d'analyser, au travers des pratiques dans plusieurs institutions de soins, si le plan d'urgence hospitalier élaboré dans les hôpitaux belges prévoit des mesures spécifiques pour l'adaptation du fonctionnement des services d'imagerie médicale dans la prise en charge au sein de l'hôpital des victimes de situations d'urgence collective.

À cette fin, je suis appelé à rencontrer différentes personnes impliquées dans l'élaboration et le processus d'adaptation des plans d'urgence hospitaliers et dans la gestion de services d'imagerie médicale.

D'un point de vue méthodologique, m'autorisez-vous à enregistrer notre entretien pour en faire une retranscription intégrale ?

Puis-je en outre vous demander si vous m'autorisez à citer certains passages de cet entretien dans mon mémoire de fin d'études ? M'autorisez-vous en outre à citer votre nom et le nom de votre institution ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, aucun problème.

Mémorant

Afin de commencer cet entretien, est-ce que vous pouvez vous présenter et décrire votre fonction ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Je suis [...], je suis inspecteur fédéral d'hygiène pour le cluster de Bruxelles. Et donc, en quelques mots, l'Inspecteur fédéral d'hygiène gère tous les aspects relatifs à l'application de la loi de 1964 sur l'aide médicale urgente jusqu'au niveau de l'admission hospitalière. On gère l'espèce de parlement local, on va dire, que constitue la commission d'aide médicale urgente. Et en troisième lieu, tous les aspects de gestion de crise. On peut prendre d'éventuelles mesures conservatoires en concertation avec les autorités, soit communales, provinciales ou fédérales, en fonction du niveau de crise déclenchée. Dans le cadre de ton mémoire, effectivement, on valide également, en tant qu'inspecteur fédéral d'hygiène, les plans d'urgence hospitaliers,

puisque les plans d'urgences hospitaliers passent aussi dans la cellule de sécurité communale qui est territorialement compétente, pour laquelle nous remettons un avis pour la partie médicale. Et dans le cadre des PUH, il y a également ce qu'on appelle la phase "réflexe", qui dépend du nombre de lits hospitaliers. La capacité de l'hôpital en question, c'est un pourcentage, 2% de la capacité théorique totale de l'institution qu'il faut pouvoir prendre en charge dans un délai d'une heure avec une répartition en fonction des T1, T2, T3 ou U1, U2, U3, en fonction de la terminologie qu'on utilise.

Mémorant

En fait, j'ai déjà interrogé plusieurs représentants de plusieurs hôpitaux bruxellois et wallons, et plus précisément issus soit de la coordination PUH, soit du service d'imagerie médicale. Le but de l'entretien est d'avoir votre commentaire sur certains aspects que la littérature ou les entretiens ont mis en avant, compte tenu de votre expertise, notamment par votre rôle de validation des PUH. En analysant la législation belge et aussi les documents que le SPF donne aux hôpitaux pour écrire leur PUH, l'imagerie médicale est citée quelques fois : 1. la radiologie est une des fonctions à contacter au moment du déclenchement du PUH ; 2. un représentant de l'imagerie médicale peut éventuellement participer au comité permanent, si cela est nécessaire, ou en tout cas, assister aux réunions qui concernent l'imagerie médicale ; 3. dans la partie initiale, la première partie du plan d'urgence, dans la partie description de l'hôpital, il faut répertorier les appareils radiologiques présents dans l'hôpital. Et en plus, il est possible de créer une fiche d'action spécifique au service d'imagerie médicale. C'est quelque chose que vous retrouvez régulièrement dans les plans d'urgence que vous avez analysés ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Tout à fait. En tout cas, une fiche d'action spécifique à l'imagerie médicale, c'est vraiment essentiel. Si je ne retrouve pas, en tout cas, je fais une remarque et je la demande. Maintenant, la représentation de l'imagerie médicale est-elle formalisée dans chaque institution ? Ça, pas nécessairement, pas en tout cas dans ce que je lis. Maintenant, j'ose imaginer, parce que notre point de contact, c'est effectivement soit le comité, le CCH ou les services d'urgence, j'imagine malgré tout que pour faire fonctionner ces éléments-là, l'imagerie médicale est incontournable. Forcément, moi, maintenant, c'est un peu à l'organisation propre de l'institution de le décliner ou pas dans le plan. Parfois, c'est clairement mis, parfois ça ne l'est pas. J'imagine que c'est sous-entendu. Pour moi, il doit y avoir une articulation et donc des fiches d'action et des points de contact avec l'imagerie médicale. Ça, c'est le premier élément. Maintenant, deuxième élément, c'est en termes de risque. Forcément, là oui, je vois le service d'imagerie médicale apparaître, en tout cas par rapport à tout ce qui est potentiellement, en fait, les radiations

ionisantes. Si je sais que c'est un hôpital général et que ces risques ne sont pas identifiés, là aussi, j'ai potentiellement un problème. Donc là aussi, forcément l'imagerie doit apparaître quelque part dans la gestion et la prise en charge des risques hospitaliers.

Mémorant

Maintenant, je vais passer aux aspects concernant l'accueil des victimes d'une éventuelle situation d'urgence collective. Certains auteurs décrivent le service d'imagerie médicale comme un possible goulot d'étranglement si des mesures spécifiques n'ont pas été mises en place pour éviter ça. Est-ce que vous partagez cet avis ? Est-ce que pour vous, c'est un possible risque de retard de prise en charge des patients, de goulot d'étranglement ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui. À nouveau, ça dépendra du type d'incident.

Mémorant

Tout à fait.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Et donc, potentiellement, s'il faut pouvoir avoir des radiographies ou des scanners sur des patients dans le cadre de polytraumatismes ou de ce type de pathologies, en tout cas, rencontrées, donc je ne sais pas, j'invente, tremblement de terre, effondrement d'un pont, effondrement d'un immeuble. Donc, avec tout ce qui est osseux ou polytraumatisme, forcément, il faut de l'imagerie derrière. Et si, par exemple, il faut des total-body CT pour tous les patients. Forcément, des scanners, en fonction de la taille de l'hôpital, il y en a un ou plusieurs, mais ce n'est pas ce qu'il y a le plus par rapport à l'imagerie classique. Donc forcément, ça peut constituer un goulot d'étranglement. Maintenant, je pense que quand c'est réfléchi avant, il y a probablement moyen de commencer par de l'imagerie classique et d'organiser le passage au CT-scan en fonction de priorités, ce qui permettra, à ce moment-là, de gérer un afflux patient potentiellement plus important. Donc, effectivement, mieux c'est organisé, plus c'est facile pour l'institution d'anticiper ce genre de choses. Alors maintenant, c'est le genre de réflexion qu'on ne pousse peut-être pas encore à ce stade, parce qu'il faut reconnaître que les institutions ont déjà du mal avec le PUH, on va dire, normal, sans pour autant pousser les demandes jusqu'à ce niveau de précision qui est complexe à développer. Parce que les cas de figure sont assez variables. Maintenant, oui, potentiellement, ça peut constituer un goulot d'étranglement, mais je pense qu'il y a des méthodes pour justement organiser, prioriser ces prises en charge de telle sorte à ce que ce risque soit minimisé.

Mémorant

Maintenant, je vais seulement passer en revue plusieurs causes de dysfonctionnement du service d'imagerie médicale qui pourraient être à la base d'un goulot d'étranglement. La première est le manque de personnel. Est-ce que pour vous, il doit être prévu un système de rappel, de renforcement du personnel clair et défini dans le plan ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, en tout cas, dans mes demandes ou dans mes discussions, le rappel de personnel doit être prévu dans tous les services critiques et donc forcément aussi, pour moi, pour l'imagerie médicale. Alors, on peut ouvrir le débat sur: faut-il renforcer des équipes en termes de brancardage plutôt qu'en termes de technologues, puisque finalement, le technologue, lui, il est lié à une machine ? Et donc, si chaque machine a bien son technologue, peut-être que là, c'est en termes, en tout cas, de shift qu'il faut anticiper, pour pouvoir potentiellement ouvrir des plages supplémentaires. Mais au-delà de ça, il y a aussi toute la partie manipulation et turnover du patient : pour faciliter ces aspects-là, ils pourraient être faits par du personnel, on va dire, autre, brancardiers, aides-soignants, infirmiers venant d'autres types de services. Mais dans tous les cas, oui, je pense qu'il y a des nécessités de prévoir, même si l'on ne l'utilise pas systématiquement.

Mémorant

Bien sûr. Un autre enjeu, c'est celui de l'identification du patient tout au long du processus de soin. Donc, je sais que le fédéral a mis en place le système BITS. Je pense que c'est une de vos fonctions aussi : former ou veiller à la formation des hôpitaux.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Mais c'est compliqué. Donc, c'est un système qui, pour moi, fonctionne dans tous les cas. Alors, pour être objectif, il y a des différences d'opérationnalisation entre Bruxelles et la Wallonie. Là, en Flandre, je maîtrise moins. Bruxelles, visiblement, ça fonctionne déjà mieux sur le site de l'urgence en préhospitalier qu'au niveau de la Wallonie, qui l'utilise très peu. Moi, je l'utilise en tout cas et ça marche. Maintenant, force est de constater que les hôpitaux l'utilisent encore extrêmement peu, y compris lorsque l'identification sur le site ou au PMA a déjà eu lieu, les hôpitaux n'ont pas encore le réflexe, même au niveau des services des urgences. Et donc forcément, l'imagerie qui est encore postérieure à l'accueil, si ça ne fonctionne déjà pas au niveau des urgences, forcément, à l'imagerie, c'est encore plus compliqué.

Mémorant

Tout à fait. En interrogeant les hôpitaux, effectivement, ils se basent sur l'identification faite par les urgences. Et donc c'est eux-mêmes qui associent le code d'identification aux patients.

Et donc, ça passe par les urgences. Donc, en tout cas, tout l'hôpital attend que les urgences le fassent.

Une autre cause de dysfonctionnement est la non-utilisation optimale des appareils, des ressources. Donc, par exemple, de pouvoir dédier et utiliser des scanners en plus. Donc, par exemple, si l'on a un scanner dédié aux urgences, mais un autre est disponible, on peut l'utiliser aussi pour gérer la situation d'urgence et éventuellement annuler les rendez-vous non-urgents prévus sur l'autre image. Donc, est-ce que pour vous, c'est important de codifier ce type de procédure ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Je pense que comme pour tous les éléments, "gouverner, c'est prévoir". Maintenant, il y a toujours aussi un gap entre ce qu'on prévoit et la réalité. Et ça, il faut en être conscient, y compris dans un plan d'urgence. Tout ce qui est préparé permet de gagner du temps et d'optimiser des choses. Dans la réalité, ce n'est jamais parfaitement ce qu'on a prévu qui arrive. Mais enfin, toujours est-il que ça permet de mieux appréhender les choses. Maintenant, la réponse n'est pas si facile que ça à apporter, parce que tout dépend de l'importance aussi du scanner et du nombre de scanners. Donc, si par exemple, on a des scanners parce que c'est des éléments vitaux de patients qui doivent être opérés, forcément, les déplacer peut aussi créer d'autres problèmes. Donc, répondre à ça nécessiterait potentiellement d'avoir aussi des espèces de gradation sur l'importance. Peut-on, oui ou non déprogrammer tel ou tel scanner et quel est l'impact que ça a sur le cheminement habituel de l'hôpital. On l'a connu avec le COVID de façon très schématique. Le fait de reporter tout et de tout annuler, finalement, a permis de prendre en charge un certain nombre de patients et de sauver des vies. Mais à côté de ça, on a postposé pour toutes les parties onco-hématologies, etc. Des patients qui, après, avaient développé leur maladie et donc étaient plus atteints et plus mal en point que s'ils avaient eu leurs examens à temps. En tout cas, plus tôt. Je dis ça parce que souvent, les scanner, les reprogrammer, ce n'est pas si facile. Et la RMN, c'est encore pire.

Mémorant

Là, c'est clair. Tout à fait. J'ai compris votre point de vue.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Théoriquement, j'ai tendance à dire oui, mais opérationnellement parlant, ça crée toute une série d'autres contraintes et d'autres choix. Donc potentiellement, je pense qu'il faudrait pouvoir essayer de voir quelle partie déprogrammer et le faire en toute connaissance et toute conscience sur le reste. Et ça, ce n'est pas facile.

Mémorant

Non, bien sûr. Et que ça soit quelque chose de plus ou moins partagé et donc ayant fait l'objet d'un consensus au sein de l'hôpital, donc ce n'est pas évident. Un autre enjeu, c'est la communication rapide des résultats d'examens radiologiques. Donc, est-ce qu'il faudrait prévoir des mécanismes de communication rapides en plus ou, selon vous, ce qui se fait d'habitude est suffisant ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Il peut y avoir des variations institutionnelles, mais de ce que moi, j'ai pu vivre jusqu'à présent dans le monde de l'urgence, ça ne marche pas trop mal. Le seul élément qui potentiellement peut poser problème, c'est la saturation des lignes habituelles. Donc, je pense que la communication et ces réflexes de communication entre services, ça fonctionne déjà dans l'urgence, on va dire habituelle, puisqu'on n'attend pas toujours le protocole final. Il y a déjà les échanges entre l'urgentiste, le radiologue, etc. Par contre, s'il y a déjà beaucoup de patients avec une montée en puissance également à la fois de médecins et de radiologues, potentiellement sur le même nombre de lignes, ça, ça peut poser problème. Donc, je pense que la mécanique, elle y est, mais il faut que la logistique puisse suivre.

Mémorant

Je comprends. Et sur la création des protocoles spécifiques pour des patients, comme par exemple un protocole polytrauma, pour une prise en charge plus rapide et plus efficace du patient. Donc, définir à l'avance quel est le bon examen qui répond au maximum de questions/diagnostics pour les urgentistes, vous pensez que c'est une bonne idée à développer. Parce que j'ai pu constater que le traumacenters utilisent ce type de protocoles prédéfinis, mais ce n'est pas toujours le cas dans les autres hôpitaux.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Le problème, il est toujours dans les ressources. Parce que oui, ça fonctionne très bien dans les hôpitaux entraînés, dans les hôpitaux qui disposent du personnel, des ressources, de l'espace nécessaire et suffisant. Mais c'est chronophage, ça demande beaucoup de personnel, ça demande de l'entraînement. Et tout ça dans les hôpitaux généraux... alors, à nouveau, tout dépend de la taille de l'hôpital, il y a des hôpitaux généraux non-universitaires, mais qui ont des masses critiques, capables d'absorber ce genre de choses et de s'organiser. La plupart des hôpitaux généraux ne disposent pas des ressources ni humaines ni matérielles suffisantes que pour s'organiser en équipe de traumacenter. Et le problème, il est là. Donc, quand on a la capacité de le faire, oui, ça représente une plus-value en termes d'organisation et de survie du patient. La pierre d'achoppement, ce sont les moyens humains, matériels et financiers pour

s'organiser autour de ça. Et ça, malheureusement, c'est un choix institutionnel du rapport coût/bénéfice que ça peut représenter.

Mémorant

OK. Est-ce que le plan d'urgence devrait prévoir aussi une définition claire des rôles et des fonctions, par exemple, pour définir qui sont les responsables du service et qui les autres services peuvent contacter en cas de besoin ? Et donc, vraiment, une définition des rôles et des fonctions et, par conséquent, de prévoir les actions concrètes que ces rôles doivent réaliser en cas de PUH ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Nous, on encourage dans les fiches d'actions, effectivement, à associer... Mais on doit parler par 'fonction'. Et derrière chaque fonction, désigner finalement la personne qui assumera celle-ci. Donc, il faut décrire chaque fonction à exercer dans le cadre de l'activation du PUH. Par exemple, dire que c'est le chef de service qui doit assumer ne peut pas fonctionner parce que, même s'il est là, il sera peut-être pris à d'autres tâches qui le rendraient indisponible. Il faut donc vraiment réfléchir en termes de place et de rôles qu'on occupe dans l'institution, qui doit normalement être indiquée dans la fiche d'actions, effectivement, qui indique en cas de montée en puissance et en cas de problème, qui fait quoi, quand, comment, pourquoi. Donc, plus cette fiche est précise et développée, mieux c'est pour l'institution. Mais derrière ça, il faut aussi bien se dire qu'il y a des nécessités d'entraînement, il y a des nécessités de partage de l'info, d'adhésion à la fiche et tenant compte également du turnover qui est très important, tant dans les services d'urgence que j'imagine en radiologie ou dans les unités de soins. Plus c'est précis, mieux c'est, mais aussi, ça demande un gros travail de préparation, d'entretien, d'entraînement.

Mémorant

OK, c'est clair. Ça, c'est plus quelque chose qui est lié à la partie du PUH TEC. Je sais que vous ne l'évaluez pas. C'est plus pour les gestionnaires de risques.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Ici, je les vois aussi. En général, pas toujours, mais dans 80% du cas, je les vois.

Mémorant

Ça va, OK. Pour l'analyse des risques par rapport effectivement à un dysfonctionnement électrique ou de système de refroidissement ou à une inondation. En effet, l'imagerie médicale est souvent localisée dans l'hôpital au rez-de-chaussée ou au sous-sol, donc les risques sont plus importants par rapport à d'autres services. Est-ce qu'il y a une analyse spécifique faite pour l'imagerie médicale ? En tout cas, est-ce que tous les hôpitaux ont une analyse de risque sur ces points ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Tous les hôpitaux ont des analyses de risques. Et donc moi, quand je regarde un PUH, si je sais qu'il y a un hôpital qui a un service d'imagerie médicale, je m'attends à avoir une analyse pour l'imagerie médicale ou à ce que celle-ci fasse partie de l'analyse de risque générale. Si ça ne l'est pas, je m'étonne et je fais la remarque. Maintenant, l'analyse de risques, elle est plus ou moins détaillée. Quand je reçois un PUH, ça fait partie des risques. Est-ce que pour autant... Parce que quand on fait une analyse de risques, on peut la faire à l'échelon institutionnel, on peut la faire à l'échelon de chaque service, on peut la faire de façon plus précise par rapport au scanner, par rapport à l'IRM, par rapport aux isotopes, etc. Et donc, on peut avoir à nouveau, là aussi, toute une série de déclinaisons. Alors en général, quand on a les PUH, c'est des calculs très génériques et généraux. Si je ne vois pas au minimum un item sur radiologie isotope ou des choses comme ça. Là, il y a pour moi un problème. Maintenant, derrière l'analyse, il faut voir s'il y a un plan de mitigation, de réduction des risques. Mais ça, ça ne rentre pas dans les critères du PUH. Pourtant, pour moi, c'est super important.

Mémorant

Oui, j'ai compris. Les risques sont peut-être identifiés, mais pas un système pour les réduire.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, voilà. Par contre, moi, je serais manager de... C'est comme une société, l'hôpital, ça peut représenter quand même des milliers de personnes, des centaines de lits. Donc normalement, quand l'analyse de risques est bien faite, on globalise. Et c'est cette globalisation que moi, j'ai dans le PUH. Mais derrière ça, je suis capable d'avoir des détails pour chaque item. Et ça peut aller très loin. Mais à côté de ça, je dois aussi avoir un plan de mitigation, c'est-à-dire de réduction de risques. Mais c'est un travail colossal.

Mémorant

Oui, ça, c'est sûr.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Il y a souvent des équipes de gestion de risques dans les institutions de soins, parce que ça nécessite énormément de ressources. Et puis aussi derrière ça, de se dire: Comment va-t-on gérer le risque ? Va-t-on le réduire ? Quelle partie accepte-t-on de ne pas traiter ? Parce qu'à nouveau, tout ça a des impacts en monnaie sonnante et trébuchante. Parce que, par exemple, ça peut être: est-ce qu'on va contracter une assurance pour diminuer ce risque ? Où est-ce qu'on doit dédoubler le système électrique ? Faut-il le faire pour tout ? Et donc l'analyse peut aller très loin.

Mémorant

Oui, c'est sûr. Et pour ce qui concerne les problèmes du système informatique ou la protection contre les cyberattaques, est-ce qu'il y a des mesures spécifiques qui devraient être prises ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, il y a de nouvelles directives, si tu veux, je peux te les envoyer par la suite, qui vont venir s'ajouter, y compris pour les hôpitaux. Mais pour la petite histoire, moi, j'avais déjà abordé le sujet avec l'hôpital Saint-Pierre, avant leur cyberattaque et je pense que ça les a sauvés. Et quand même, parce qu'on n'a pas eu l'impact que Vivalia a eu, puisque là, ils ont été paralysés plusieurs mois. Je leur avais déjà dit: attention, la mitigation des risques IT, c'est quelque chose de très important. Je ne le voyais pas dans leur plan et donc ils ont travaillé là-dessus. Ça ne les a pas sauvés à 100%. Mais ça a permis, en tous les cas, déjà, de réduire les risques et de minimiser l'impact. Maintenant, il y a, et ça, je peux t'envoyer par WeTransfer parce que j'ai pas mal de documents là-dessus, mais il y a une nouvelle directive qui oblige toutes les institutions, que ce soit hôpitaux ou entreprises, à respecter un minimum de mesures IT, notamment en termes de mesures de risques et de diminution de ceux-ci. Normalement, tous les hôpitaux doivent déjà avoir à minima un plan de recovery, donc un plan de recouvrement IT. Mais avec les diverses cyberattaques récentes que nous avons connues, les mesures vont être renforcées. Je t'enverrai quelques références juste après.

Mémorant

Oui, ça peut être intéressant. En ce qui concerne le stock de matériel, les équipements spécifiques pour chaque service, en particulier le service d'imagerie médicale, est-ce que pour vous, il devrait être prévue une procédure pour disposer du matériel nécessaire à tout moment pour accueillir des patients et donc avec des accords avec la pharmacie hospitalière ou avec les firmes ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, à nouveau, ce sont des aspects d'organisation à anticiper. Oui, oui, oui, cela devrait faire l'objet... Alors, est-ce que ça doit être dans la partie logistique ? Est-ce que c'est dans la fiche action radiologique ? Est-ce que ça doit être croisé ? Mais oui, ça doit apparaître quelque part dans les fiches d'action.

Mémorant

Un autre aspect : est-ce qu'il doit être présent dans le PUH un mécanisme de retour à la normale au moment où l'on désactive le plan d'urgence ? Comment fait-on retravailler le service de façon normale ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, c'est aussi quelque chose... Alors là, déjà, on aimerait bien que les hôpitaux aient quelque chose, et ça s'améliore. Je ne jette pas la pierre par rapport à 5 ans ou 10 ans d'ici. Maintenant, cet aspect-là est encore un aspect qui, pour moi, est oublié par les institutions, qui est sous-estimé. Mais normalement, dans toute phase de crise et dans toute phase logique, et j'imagine que la littérature l'envisage aussi, cette phase de recovery, de retour à la normale, qui doit tout aussi s'organiser que la montée en puissance avec toute la reprise normale de l'activité, le rangement... Tout ça nécessite du matériel, des ressources humaines, des replanifications de patients. Maintenant, la grosse difficulté, c'est que tout ça dépend aussi du type d'événement. Est-ce que c'est interne ? Est-ce que c'est externe ? Est-ce que c'est radiologique, nucléaire ? Est-ce que c'est traumatique, etc. Tous les cas de figure sont difficiles à prendre en compte. Mais en tous les cas, la CCH devrait avoir cet aspect-là en tête.

Mémorant

Oui, c'est ça. Une remarque souvent émise par les coordinateurs que j'ai rencontrés, c'était que c'était compliqué d'envisager un plan global quand on sait que chaque crise est différente. Mais des petites lignes sont écrites quand même dans le plan.

Et aussi l'importance d'organiser un débriefing après la désactivation du plan. Et de l'importance vue par les auteurs aussi d'inclure dans son débriefing l'imagerie médicale ou le personnel de l'imagerie médicale en tout cas.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Mais à nouveau, je partage à 100 pour cent. Je pense qu'il faut un débriefing à chaud, puis un débriefing traditionnel pour construire le retour d'expérience. Maintenant, c'est là aussi toute la difficulté institutionnelle que ça représente. Parce que souvent, le comité de gestion va s'associer avec les services principaux, dont principalement le service des urgences. Ça se limite souvent à ça, sauf quand il y a des problèmes avec les autres services concernés. Maintenant, je pense qu'il faudrait avoir une politique plus globalisante en se disant qu'il faut plusieurs débriefings de telle sorte qu'on puisse aussi étudier les interrelations avec l'imagerie, le quartier opératoire... Mais on est aussi là dans les mêmes logiques que tout ce qui est itinéraire clinique, trajets de soins... Les services rencontrés de manière isolée, c'est bien, mais ça ne suffit pas. Maintenant, il est clair que les intérêts de chacun sont aussi différents. Et donc, il faut peut-être, et c'est là toute la difficulté, c'est de se dire: "Quels sont les axes qui sont intéressants à discuter en commun ?". Pour éviter que ça ne tourne finalement à des débats stériles. Tout ce qui est "déjà préparé" vous permet de vous référer à des choses qui sont en tout cas déjà préparées, discutées, validées. Ça n'empêche pas l'inconnu. Mais sinon, ça peut très vite arriver à des règlements de compte, ce qui n'est pas l'objectif. Il faut là aussi préparer et

savoir qu'un débriefing, ça doit être cadré par quelqu'un qui maîtrise et qui rappelle les règles en disant: "Voilà, le débriefing a pour objet de se mettre autour de la table, de démystifier. Ça n'a pas pour objectif de "clasher" sur son voisin, mais de construire, d'avoir un discours constructif basé sur tel, tel, tel et tel aspects, avec construction d'un rapport non nominatif, factuel". Tout ça, c'est très important. Mais c'est très souvent oublié. Donc moi, maintenant, je le fais aussi systématiquement dans le cadre de déclenchements de PIM sur Bruxelles. Mais à chaque fois, je rappelle les règles. Parce qu'il ne s'agit pas de dire: il n'a pas fait son job. Non. Peut-être que ça apparaîtra dans le défilé, dans les conclusions d'une certaine façon, mais l'objectif n'est pas de pointer en disant: "Non, il n'a pas fait son job". Il y a peut-être des raisons qui font qu'il n'a pas pu atteindre les objectifs que normalement, il devait avoir. Là, ce n'est déjà pas du tout la même chose, ni la même philosophie, ni la même approche. Mais c'est pour ça qu'il faut, au moins, déjà anticiper et de fixer le cadre. Les questions, pour moi, sont: quel est le rôle de l'imagerie dans le cadre d'une collaboration avec le service des urgences pour une prise en charge massive de patients ? Et donc, si déjà là, c'est plus clair dans votre tête, tout ce qui n'a pas trait à ces questions doit être de l'ordre d'un débriefing interne au service. Et ce qui concerne de l'interservice, à ce moment-là, peut effectivement être abordé dans ces réunions-là. Sinon, c'est tellement compliqué un hôpital que, après, on va dire: "Oui, mais encore une réunion pour faire quoi ? Pour discuter de quoi ?" Voilà, donc il faut vraiment essayer de cibler ta plus-value, des questions, préparer, éviter que ça tourne à du pugilat. Mais une fois que tous ces éléments-là sont bien clarifiés, oui, c'est quelque chose d'extrêmement riche, constructif et important. Si et seulement si, tu as fait le travail avant.

Mémorant

Et maintenant, en ce qui concerne la réalisation de simulations et d'exercices d'activation du plan. Ça aussi, on voit que c'est souvent à destination, évidemment, c'est logique, des urgences, des services quand même en toute première ligne et qui n'incluent presque jamais le service d'imagerie médicale ou d'autres services classifiés comme des supports. Est-ce que c'est quelque chose que vous retrouvez souvent ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Oui, on essaie d'insister très fort sur les formations diverses et variées, sur le drill, sur l'entraînement. Maintenant, oui, je ne me souviens pas d'un flux complet intégrant l'imagerie. Non. Ce qui est effectivement dommage. Maintenant, j'entends bien et je comprends que financièrement, structurellement parlant, c'est extrêmement compliqué pour une institution de suspendre, même parfois quelques heures, son service d'imagerie. Parce que quand même, un service d'imagerie, ça coûte très cher, ça rapporte aussi de l'argent quand ça tourne. Et quand

ça ne tourne pas, forcément, ça représente des sommes d'argent très, très vite colossales. Et donc, la plupart des institutions ne le font pas. Non, dire qu'il ne faut pas le faire, non. Je pense que tout exercice apporte de la formation et de la plus-value. Maintenant, il faut mettre ça dans la balance coût/bénéfice. C'est-à-dire que pour faire ce genre d'exercice, je dois le répéter souvent parce que j'ai des turnovers importants. Et donc, quelle est l'importance de l'exercice ? Y a-t-il moyen de faire un exercice qui est formatif, qui ne prend pas trop de temps, mais que je peux aussi répéter parce que le turnover est important, mais l'oublie aussi ? C'est comme en matière de réanimation cardiopulmonaire. Les gens qui n'en font jamais ou qui ne font pas des recyclages très régulièrement perdent leur niveau de compétences. Pour le reste, c'est la même chose. Et donc, avec des directions générales et financières qui disent: "Fermez ma radiologie", non. Et que le reste de l'institution hospitalière est parfois même aussi très loin du compte en termes de connaissances et de compétences. Donc, en général, que font les directions, on dit: "Oui, mais avant d'impliquer la radiologie et que ça me coûte un maximum d'argent, je préfère d'abord déjà que le reste soit fonctionnel et parfaitement rodé avant de commencer à y intégrer d'autres services". Est-ce que pour autant, ils pensent que ça n'est pas nécessaire ? Non, je ne pense pas, mais je pense que l'impact est majeur.

Mémorant

Et pour ce qui concerne les formations en tant que telles, donc des séances formatives pour le plan d'urgence et pour la fiche d'action spécifique aux services ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Elles sont normalement obligatoires.

Mémorant

Ça a de l'importance. Oui, d'ailleurs, vu ce qu'on a dit tantôt sur la définition des fonctions qui sont reprises dans la fiche d'action, il faut que la personne sache quelle est sa fonction.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Mais à nouveau, à la fois, à la charge et à la décharge des directions, on demande énormément de choses, y compris au personnel. On est toujours au four et au moulin. On demande de faire tourner et d'avoir beaucoup d'examens. Et puis, on vous demande aussi de rentrer dans des projets, mais on vous demande aussi de maîtriser toutes les fiches d'actions, d'être formé. Et c'est tout le monde. C'est la même chose pour moi dans mon boulot. Et voilà, on n'a que deux mains, un cerveau, deux jambes.

Mémorant

Et bien sûr que la gestion d'une potentielle crise, c'est difficile à mettre comme priorité, parfois, dans des services très opérationnels comme l'imagerie. Depuis combien de temps êtes-vous inspecteur d'hygiène ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Donc ici, moi, j'ai pris mes fonctions depuis le début du COVID, donc en 2019, pour Bruxelles. Avant ça, de formation, je suis infirmier, infirmier SISU avec un master en santé publique et en management. Je suis rentré au SPF en 2007. J'ai travaillé à l'hôpital en plus, toujours dans un service SMUR jusqu'en 2015. Et donc, j'ai gravi les échelons au niveau du SPF Santé publique. C'était [l'ancien inspecteur d'hygiène] qui occupait les fonctions et qui était en incapacité. Donc, on m'a demandé de reprendre le flambeau à ce moment-là, puisqu'il y avait urgence sanitaire. Donc, je suis tombé dedans un petit peu comme ça.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Avant de me faire renforcer par [...], mon collègue, puisqu'il y a un coordinateur et un inspecteur, on va dire, qui n'est pas nécessairement médical. [...] a des formations de secouriste-ambulancier. Il a travaillé plein d'années aussi dans le secteur, mais il est économiste de formation. Ce n'est pas un médical. Par contre, toujours dans chaque cluster, il y a un médical et un non-médical pour l'équilibre. C'est comme ça que je suis responsable du cluster. Donc inspecteur coordinateur [...] est inspecteur, il m'aide dans mes fonctions.

Mémorant

Est-ce qu'il y a des causes possibles de dysfonctionnement que je n'ai pas citées et que vous imaginez ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Là, comme ça, de but en blanc, il faudrait que je réfléchisse, mais non. Enfin, il y a tout ce qui est IT, effectivement, mais ça a été abordé. Non, comme ça... Les risques majeurs que j'ai pu connaître, c'est soit de l'IT soit des problèmes électriques, soit des problèmes des logiciels internes à l'imagerie ou à l'appareillage, des inondations. Oui, ça, j'ai déjà eu aussi, mais ça n'a rien à voir. C'est une conséquence extérieure. Des effondrements de souterrains, j'ai déjà eu. Pour le moment, c'est tout.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Je t'envoie les quelques éléments sur la cybersécurité.

Mémorant

Oui. Et donc, c'est des directives envoyées par le SPF ?

Inspecteur d'hygiène fédéral

Je ne pense pas que ce soit déjà envoyé. Parce que c'est des directives à paraître, me semble-t-il. Ce qui existe déjà, c'est la NIS 1. La NIS 2, je pense qu'elle n'est pas encore obligatoire. Mais je pense que c'est expliqué dans les documents que tu pourras lire.

Mémorant

Oui, bien sûr.

Inspecteur d'hygiène fédéral

OK. Est-ce que de ton côté, tu as d'autres questions ?

Mémorant

Non, moi, j'ai terminé mes questions. C'était très intéressant. Merci pour votre temps.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Non, mais merci à toi. Si jamais tu as d'autres questions, d'autres éléments, tu peux toujours m'envoyer un mail ou me téléphoner, il n'y a pas de souci.

Mémorant

Merci.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Est-ce que tu as besoin de PUH ou d'exemples ? Je peux essayer de retrouver une fiche d'action sur l'imagerie médicale ou je ne sais pas si ça pourrait être...

Mémorant

Oui, maintenant, si vous avez un exemple, je peux l'analyser.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Je vais essayer de regarder ça. OK.

Mémorant

Merci beaucoup.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Bon après-midi.

Mémorant

Au revoir.

Inspecteur d'hygiène fédéral

Au revoir.