

DEUTSCHSPRACHIGE GEMEINSCHAFT
COMMUNAUTE GERMANOPHONE — DUITSTALIGE GEMEENSCHAP

MINISTERIUM DER DEUTSCHSPRACHIGEN GEMEINSCHAFT

[2019/203811]

16. MAI 2019 — Erlass der Regierung zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen

Die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft,

Aufgrund des koordinierten Gesetzes vom 10. Juli 2008 über die Krankenhäuser und andere Pflegeeinrichtungen, Artikel 66;

Aufgrund des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen;

Aufgrund des Gutachtens des Krankenhausbeirats, das am 21. November 2018 abgegeben wurde;

Aufgrund der Berichterstattung der Generalversammlung des Rechnungshofes vom 19. Dezember 2018;

Aufgrund des Gutachtens des Finanzinspektors vom 15. Januar 2019;

Aufgrund des Einverständnisses des Ministerpräsidenten, zuständig für den Haushalt, vom 17. Januar 2019;

Aufgrund des Gutachtens Nr. 65.665/3 des Staatsrates, das am 15. April 2019 in Anwendung von Artikel 84 § 1 Absatz 1 Nummer 2 der koordinierten Gesetze über den Staatsrat vom 12. Januar 1973 abgegeben wurde;

In Erwägung der gemeinsamen Erklärung vom 27. Juni 2016 über die Krankenhausnotfallplanung;

In Erwägung des Vereinbarungsprotokolls vom 24. Oktober 2016 zwischen der Föderalregierung und den in den Artikeln 128, 130, 135 und 138 der Verfassung erwähnten Behörden über den Krankenhausnotfallplan;

Auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Ministers;

Nach Beratung,

Beschließt:

Artikel 1 - In Punkt 14 des Teils "A. Auf alle Einrichtungen anwendbare allgemeine Normen" der Rubrik "III. Organisatorische Normen" im Anhang des Königlichen Erlasses vom 23. Oktober 1964 zur Festlegung der Normen, denen Krankenhäuser und ihre Dienste entsprechen müssen, werden die Absätze 3-5 wie folgt ersetzt:

"Der Generaldirektor ist für den Krankenhausnotfallplan verantwortlich unbeschadet der Zuständigkeiten des Chefarztes bezüglich der medizinischen Aspekte des Krankenhausnotfallplans (medizinischer Krankenhausnotfallplan - MED KNP) und unbeschadet der Zuständigkeiten des Technischen Leiters für die technischen Aspekte des Krankenhausnotfallplans (technischer Krankenhausnotfallplan - TEC KNP). Im Rahmen dieser Verantwortung:

a) hat der Generaldirektor oder sein Stellvertreter den Vorsitz im ständigen Ausschuss;

b) ist der Generaldirektor oder sein Stellvertreter Kontaktperson für die Behörden im Falle eines internen oder externen Katastrophenfalls. Zu diesem Zweck steht der Generaldirektor oder sein Stellvertreter 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche zur Verfügung;

c) hat der Generaldirektor oder sein Stellvertreter im Falle der Umsetzung des Krankenhausnotfallplans den Vorsitz im Koordinationsbüro des Krankenhauses inne;

d) bestimmt der Generaldirektor oder sein Stellvertreter die Behandlungskapazität des Krankenhauses. Er erwähnt die Behandlungskapazität im ICMS-Logbuch (Incident Crisis Management System). Die Behandlungskapazität bezieht sich an dieser Stelle auf die zum Zeitpunkt des Vorfalls verfügbaren Betten;

e) darf der Generaldirektor in keinem Fall die Reflex- oder Aufnahmekapazität" des Krankenhauses während des Vorfalls ändern. Als "Reflex- oder Aufnahmekapazität" wird an dieser Stelle die Mindestzahl der Opfer bezeichnet, die der Krankenhausstandort innerhalb der ersten Stunde aufnehmen kann;

f) kann der Generaldirektor oder sein Stellvertreter bei Auslösen des Krankenhausnotfallplans, nach Erreichen der Reflexkapazität und nach Rücksprache mit dem föderalen Hygieneinspektor beschließen, keine weiteren Notfallopfer mehr ins Krankenhaus aufzunehmen.

Jedes Krankenhaus ernennt einen Notfallplankoordinator. Der Notfallplankoordinator fungiert sowohl intern als auch extern als Anlaufstelle für den Krankenhausnotfallplan. Der Notfallplankoordinator übernimmt sowohl präventive als auch operative Aufgaben im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan. Der Notfallplankoordinator ist für die Koordination und Überwachung der Qualität aller Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan zuständig. Zu diesem Zweck unterstützt und kooperiert der Notfallplankoordinator bei den folgenden Vorgängen:

a) Entwicklung und Durchführung von Notfallverfahren auf der Grundlage einer Risikoanalyse unter Berücksichtigung der Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter;

b) Entwicklung eines an alle Abteilungen des Krankenhauses angepassten Notfallplans;

c) Integration der kommunalen und provinziellen Notfallpläne in den Krankenhausnotfallplan;

d) Verbreitung des Krankenhausnotfallplans innerhalb des Krankenhauses;

e) Überwachung der erforderlichen Anpassungen aufgrund der Veränderungen in der Organisation des Krankenhauses;

f) Organisation von Notfallplanübungen;

g) Schulung der Schlüsselpersonen im Rahmen des Krankenhausnotfallplans;

h) Bereitstellung von Informationen für das Krankenhauspersonal und Einrichtung einer Kommunikationsschnittstelle mit den Krankenhausabteilungen und den externen Instanzen;

i) Bewertung der Situationen, in denen der Krankenhausnotfallplan angewandt wurde.

In Notsituationen, in denen der Krankenhausnotfallplan ausgelöst wird, spielt der Notfallplankoordinator eine Rolle innerhalb des Koordinationsbüros des Krankenhauses: Er überwacht die Vorgänge und unterstützt den Generaldirektor. Die Arbeitszeit des Notfallplankoordinators wird durch das Krankenhaus aufgrund der Größe der

Einrichtung und der durchgeführten Risikoanalyse festgelegt. Die Funktion des Notfallplankoordinators ist mit einer anderen Funktion innerhalb des Krankenhauses vereinbar. Wenn der Krankenhausnotfallplan ausgelöst wird, wird immer versucht, den Notfallplankoordinator zu erreichen, wenn dieser sich nicht im Krankenhaus befindet, insofern er verfügbar ist.

In jedem Krankenhaus ist ein ständiger Ausschuss unter der Leitung des Generaldirektors für die Erstellung, Aktualisierung und Validierung des Krankenhausnotfallplans zuständig. Innerhalb des ständigen Ausschusses wird ein Präsidium eingerichtet, das sich mindestens aus dem Chefarzt, dem Notfallplankoordinator, dem leitenden Arzt der Notaufnahme und einer Sekretariatsfunktion zusammensetzt. Die Sekretariatsfunktion kann durch eine der Pflichtfunktionen des Präsidiums wahrgenommen werden. Die Beziehung zwischen dem Präsidium und dem ständigen Ausschuss wird in einer Geschäftsordnung festgelegt. Diese Geschäftsordnung legt zumindest die Aufgaben, die Häufigkeit der Sitzungen und das Beschlussfassungsverfahren des Präsidiums fest. Das Präsidium ist für die Verfahrensvorbereitung zuständig und unterstützt den ständigen Ausschuss bei der Umsetzung von Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Krankenhausnotfallplan.

Der Krankenhausnotfallplan muss dem Bürgermeister der Gemeinde, in der sich das Krankenhaus befindet, zur Stellungnahme vorgelegt werden. Der Krankenhausnotfallplan wird zu diesem Zweck an den Bürgermeister übermittelt, der ihn zur Beratung an das kommunale Sicherheitsbüro weiterleitet. Es wird dringend empfohlen, dass ein Krankenhausvertreter Mitglied im kommunalen Sicherheitsbüro ist, um sicherzustellen, dass der Krankenhausnotfallplan im allgemeinen Notsatzplan (ANEP) im Sinne von Artikel 2ter des Gesetzes vom 31. Dezember 1963 über den Zivilschutz verankert ist und um die Verbindung zur vorklinischen Mobilisierung herzustellen. Bei der Formulierung der Stellungnahme bezieht das kommunale Sicherheitsbüro einerseits die Provinz, in der sich das Krankenhaus befindet, und andererseits die föderale Hygieneinspektion ein. Zu diesem Zweck werden der provinzielle Notfallplankoordinator und die föderale Hygieneinspektion der Provinz zur Diskussion des Krankenhausnotfallplans innerhalb des kommunalen Sicherheitsbüros eingeladen. Wenn die Provinzvertreter nicht auf die Einladung reagieren, gibt das kommunale Sicherheitsbüro selbstständig die Stellungnahme ab, die dem provinziellen Notfallplankoordinator, der föderalen Hygieneinspektion und dem Bürgermeister zur Information übermittelt wird. Der provinzielle Notfallplankoordinator und die föderale Hygieneinspektion können dem Bürgermeister ihre Bemerkungen zu dieser Stellungnahme übermitteln. Erfolgt innerhalb von zwei Monaten nach Übermittlung der Stellungnahme keine Rückmeldung, so gilt das Gutachten des kommunalen Sicherheitsbüros als endgültig. Auf Grundlage dieser Stellungnahme, mit oder ohne die Bemerkungen des provinziellen Notfallplankoordinators und/oder der föderalen Hygieneinspektion, stellt der Bürgermeister eine Bescheinigung in Bezug auf die Stellungnahme zum Krankenhausnotfallplan aus. Kommentare können auf der Bescheinigung des Bürgermeisters abgegeben werden. Die Bescheinigung des Bürgermeisters wird dem Krankenhaus übermittelt, das diese wiederum an den für Gesundheit zuständigen Minister weiterleitet. Auf Grundlage dieser Bescheinigung befindet der Minister über die Genehmigung des Krankenhausnotfallplans. Die Genehmigung gilt für einen Zeitraum von fünf Jahren.

Zur Verlängerung der Genehmigung reicht das Krankenhaus einen neuen Antrag auf Genehmigung des Krankenhausnotfallplans sechs Monate vor Ablauf der fünfjährigen Frist ab der vorherigen Genehmigung ein.

Im Rahmen der praktischen Umsetzung des Krankenhausnotfallplans obliegt es dem Krankenhaus, einen Mehrjahresplan zu entwickeln, der die Organisation von mindestens einer Übung pro Jahr vorsieht. Es wird empfohlen, dass sich das Krankenhaus und das kommunale Sicherheitsbüro gegenseitig auf dem Laufenden halten, wenn die Übung Auswirkungen auf die direkte Umgebung und Unterstützung hat. Die Umsetzung des Mehrjahresplans wird durch das kommunale Sicherheitsbüro überprüft. Eine reale Notfallsituation, begleitet durch die Auslösung des Krankenhausnotfallplans, kann die jährliche Übung ersetzen, insofern dem Einsatz ein qualitatives Debriefing mit allen betroffenen Akteuren gefolgt ist und die daraus resultierenden Verbesserungsmöglichkeiten implementiert wurden.

Der Krankenhausnotfallplan besteht aus zwei Phasen: die Phase "Information" und die Phase "Aktion". Die Notrufzentrale 112 spielt eine entscheidende Rolle bei der Festlegung der Phase des Krankenhausnotfallplans. Die Phase "Aktion" besteht ebenfalls aus zwei Stufen: Stufe I und Stufe II. Das Koordinationsbüro des Krankenhauses legt die Stufe fest.

Während der Phase "Information":

a) ist eine Notsituation bekannt, entweder weil das Krankenhaus durch die Notrufzentrale 112 über das Auslösen des medizinischen Einsatzplans (MEP) informiert wurde oder weil aufgrund ein und desselben Ereignisses ein spontaner und nicht angekündigter erheblicher Zustrom von Patienten stattfindet. Im letzteren Fall wird das Krankenhaus selbst die Notrufzentrale 112 benachrichtigen;

b) wird der Notarzt benachrichtigt. Der Notarzt erkundigt sich nach der Art der Notfallsituation, der Anzahl der zu erwartenden Opfer, der Art der gesundheitlichen Schäden und den Ankunftszeiten. Aufgrund dieser Informationen entscheidet der Notarzt nach interner Absprache, in die Phase "Aktion" überzugehen oder nicht.

Im Krankenhausnotfallplan muss beschrieben sein, wie das Krankenhaus sein unmittelbares Umfeld im Falle einer Notsituation informiert.

Während der Phase "Aktion" entspricht "Stufe I" einem minimalen Anstieg der betroffenen Mitarbeiter, welcher durch interne Personalverschiebungen bewältigt wird. Es wird kein zusätzliches Personal angefordert. "Stufe I" entspricht einer zu erwartenden Anzahl von Opfern, die die Reflexkapazität nicht übersteigt.

"Stufe II" entspricht einer hohen Anzahl von zu erwartenden Opfern, die die Reflexkapazität übersteigt. Es ist notwendig, zusätzliches Personal anzufordern.

Der Krankenhausnotfallplan enthält Verfahren für die Evakuierung, Verlegung, Aufnahme und Isolierung der Opfer und behandelt folgende Angelegenheiten:

a) die Bildung, Zusammensetzung und Funktionsweise eines Koordinationsbüros des Krankenhauses, das für die Leitung der Operationen, die Sammlung von Informationen über die Notfallsituation, die Entscheidung über den Umfang der Maßnahmen der Einrichtung, ggf. die Anpassung des Krankenhausnotfallplans und die Gewährleistung des Kontaktes zu den Familien, den Behörden und der Presse zuständig ist;

b) die Stufen, die Phasen und die intern mobilisierbaren Mitarbeiter, die Verfahren und die Logistik der Maßnahmen sowie die Benennung der Personen, die befugt sind, über die Auslösung des Krankenhausnotfallplans oder eine seiner Phasen zu entscheiden;

c) die Bezeichnung der Räumlichkeiten, die je nach Dringlichkeitsgrad für die Einweisung, Überwachung und Behandlung von Opfern vorbehalten sind, sowie der Räumlichkeiten, die der Presse, den Familien, den Behörden sowie den sterblichen Überresten vorbehalten sind;

d) die Verfahren zur Identifizierung der Opfer;

e) das Organisationsschema, die Arbeitsorganisation und die Bezeichnung der Personalmitglieder ausgehend von der jeweiligen Phase bzw. Stufe;

f) eine Liste der Ärzte und aller Kategorien von Krankenhauspersonal, die abrufbar und sofort verfügbar sein müssen, sowie der Ärzte und aller Kategorien von Personal, die abrufbar sind, sowie die geltenden Abrufmodalitäten;

g) die logistischen Vorkehrungen zur Anwendung des Krankenhausnotfallplans, insbesondere der Einsatz von Ausrüstung, Arzneimitteln und Reserven, die Vorkehrungen für Blutreserven und deren Derivate sowie die Vorkehrungen die die Notaufnahme, die Intensivstation, die Operationssäle, den radiologischen Dienst und das Labor betreffen;

h) die Maßnahmen zum Schutz der Opfer, des Personals, der Räumlichkeiten und der Ausrüstung im Falle einer Kontamination sowie die anzuwendenden Dekontaminationsverfahren und -techniken;

i) die Verfahren bezüglich des internen Verkehrs und zur Kontrolle der Umgebung des Krankenhauses;

j) die Funktionsweise einer psychosozialen Aufnahme- und Betreuungsstruktur für Familien;

k) die Möglichkeit der Ausweitung aller Kommunikationsmittel, der Ausbau der Kommunikationsnetze und die Zentralisierung eingehender Informationen und deren Verbreitung;

l) die Vorgehensweise zur Zusammenarbeit mit der kommunalen und provinziellen Behörde im Hinblick auf die Einbeziehung des Krankenhauses in die kommunalen oder provinziellen Notfallpläne;

m) eine Beschreibung zur Anwendung des Krankenhausnotfallplans in Form einer Übersichtstabelle;

n) ein Handbuch, das die Anleitungen für die verschiedenen Arten von Krankenhausdiensten und -personal sammelt;

o) die Mittel, die für die Ausbildung der Ärzte und des gesamten Personals zugeteilt werden;

p) den mehrjährigen Übungsplan, der dazu dient, den Krankenhausnotfallplan zu validieren bzw. anzupassen;

q) die Vorkehrungen für die sichere Unterbringung, die interne oder externe Evakuierung der hospitalisierten Patienten und des Krankenhauspersonals;

r) die Aufnahmekapazität ausgedrückt in tatsächlicher Behandlungskapazität sowie die Reflexkapazität.

Der Krankenhausnotfallplan muss sich insbesondere mit Ereignissen befassen, die große Risiken bergen und zumindest mit Ausfällen von IT-Geräten, Ausfällen von Versorgungseinrichtungen, Bränden, Risiken chemischer, biologischer, radiologischer und/oder nuklearer Natur, Sprengstoffen (CBRNe), Seuchen sowie Risiken, für die ein Notfallplan gemäß den Vorschriften erstellt werden muss.

Jede Abteilung und jeder Mitarbeiter muss über die ihn betreffenden Anleitungen verfügen und über seinen Auftrag im Rahmen des Krankenhausnotfallplans informiert sein.“

Art. 2 - Vorliegender Erlass tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

Art. 3 - Der Minister für Gesundheit wird mit der Durchführung des vorliegenden Erlasses beauftragt.

Eupen, den 16. Mai 2019

Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft,
Der Ministerpräsident
O. PAASCH
Der Minister für Familie, Gesundheit und Soziales
A. ANTONIADIS

—————
TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE

[2019/203811]

16 MAI 2019. — Arrêté du Gouvernement portant modification de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre

Le Gouvernement de la Communauté germanophone,

Vu la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, l'article 66;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;

Vu l'avis de la Commission consultative pour les hôpitaux, rendu le 21 novembre 2018;

Vu le compte rendu de l'assemblée générale de la Cour des comptes, tenue le 19 septembre 2018;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 janvier 2019;

Vu l'accord du Ministre-Président, compétent en matière de Budget, donné le 17 janvier 2019;

Vu l'avis du Conseil d'État n° 65.665/3, donné le 15 avril 2019, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant la déclaration conjointe du 27 juin 2016 concernant le plan Mise en Alerte des Services hospitaliers (MASH);

Considérant le protocole d'accord du 24 octobre 2016 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées dans les articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier;

Sur la proposition du Ministre compétent en matière de Santé;

Après délibération,

Arrête :

Article 1^{er}. - Dans le 14^o de la partie « A. Normes générales applicables à tous les établissements » de la rubrique « III. Normes organisationnelles » de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, les alinéas 3 à 5 sont remplacés par ce qui suit :

« Sans préjudice des compétences du médecin-chef, le directeur général est responsable du plan d'urgence hospitalier en ce qui concerne ses aspects médicaux (plan d'urgence hospitalier médical - PUH MED) et, sans préjudice des compétences du directeur technique, en ce qui concerne les aspects techniques du plan d'urgence hospitalier (plan d'urgence hospitalier technique - PUH TEC). Dans le cadre de ces responsabilités :

- a) le directeur général ou son suppléant préside le comité permanent;
- b) le directeur général ou son suppléant est le correspondant pour les autorités en cas de catastrophe interne ou externe. À cette fin, le directeur général ou son suppléant se tient à disposition 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;
- c) le directeur général ou son suppléant préside la cellule de coordination de l'hôpital lorsque le plan d'urgence hospitalier est activé;
- d) le directeur général ou son suppléant détermine la capacité de traitement de l'hôpital et la mentionne dans le journal de bord de l'*Incident Crisis Management System* (ICMS). À cette étape, la capacité de traitement de l'hôpital se réfère au nombre de lits disponibles au moment de l'incident;
- e) le directeur général ne peut en aucun cas modifier la capacité « réflexe » ou d'accueil de l'hôpital pendant l'incident. Par « capacité [008d] "réflexe" ou d'accueil », il faut entendre, à cette étape, le nombre minimal de victimes qui peuvent être prises en charge par le lieu d'implantation de l'hôpital dans la première heure;
- f) en concertation avec l'inspecteur d'hygiène fédéral, le directeur général ou son suppléant peut décider, lorsque le plan d'urgence hospitalier est déclenché, de ne plus admettre à l'hôpital d'autres victimes, si la capacité « réflexe » est atteinte.

Chaque hôpital nomme un coordinateur du plan d'urgence. Celui-ci agit, tant au sein de l'hôpital qu'en dehors, comme point de contact pour le plan d'urgence hospitalier. Il assure des missions tant préventives qu'opérationnelles dans le cadre du plan d'urgence hospitalier. Il est responsable de la coordination et du contrôle de la qualité de toutes les activités liées au plan d'urgence hospitalier. À cette fin, il apporte son soutien et coopère aux opérations suivantes :

- a) établissement et mise en œuvre de procédures d'urgence sur la base d'une analyse de risques tout en tenant compte de la sécurité des patients et des collaborateurs;
- b) élaboration d'un plan d'urgence adapté à tous les services de l'hôpital;
- c) intégration des plans d'urgence communaux et provinciaux dans le plan d'urgence hospitalier;
- d) diffusion du plan d'urgence hospitalier au sein de l'hôpital;
- e) contrôle des adaptations rendues nécessaires par les changements apportés à l'organisation de l'hôpital;
- f) organisation des exercices catastrophes;
- g) formation des acteurs-clés dans le cadre du plan d'urgence hospitalier;
- h) information du personnel hospitalier et mise en place d'une cellule de communication avec les services hospitaliers et les organismes extérieurs;
- i) évaluation des situations dans lesquelles le plan d'urgence hospitalier a été appliqué.

Dans les situations d'urgence qui conduisent à l'activation du plan d'urgence hospitalier, le coordinateur du plan d'urgence joue un rôle au sein de la cellule de coordination de l'hôpital : il contrôle les opérations et appuie le directeur général. Le temps de travail du coordinateur du plan d'urgence est fixé par l'hôpital en fonction de sa taille et de l'analyse de risques effectuée. La fonction de coordinateur du plan d'urgence est compatible avec une autre fonction exercée au sein de l'hôpital. Si le plan d'urgence hospitalier est activé, il convient de toujours tenter de joindre le coordinateur du plan d'urgence lorsque celui-ci n'est pas présent, pour autant qu'il soit disponible.

Chaque hôpital dispose d'un comité permanent qui, sous la direction du directeur général, établit, actualise et valide le plan d'urgence hospitalier. Au sein de ce comité permanent, un bureau est mis en place et se compose au moins du médecin-chef, du coordinateur du plan d'urgence, du chef du service des urgences et d'une personne occupant la fonction de secrétaire. Le secrétariat peut être assuré par l'une des personnes occupant une fonction obligatoire au sein du bureau. La relation entre celui-ci et le comité permanent sont fixées dans un règlement d'ordre intérieur qui définit au moins les missions, la fréquence des séances et les modalités de prise de décisions du bureau. Le bureau est responsable de la préparation des procédures et assiste le comité permanent dans la mise en œuvre des décisions prises dans le cadre du plan d'urgence hospitalier.

Le plan d'urgence hospitalier doit être soumis pour avis au bourgmestre de la commune où l'hôpital se trouve. À cette fin, il est transmis au bourgmestre qui le transfère à la cellule de sécurité communale pour avis. Il est instamment recommandé qu'un représentant de l'hôpital soit membre de la cellule de sécurité communale pour garantir l'ancrage du plan d'urgence hospitalier dans le plan général d'urgence et d'intervention (PGUI) au sens de l'article 2^{ter} de la loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile et pour faire le lien avec la mobilisation préhospitalière. Lorsqu'elle formule sa position, la cellule de sécurité communale implique, d'une part, la province où l'hôpital se trouve et, d'autre part, l'inspection d'hygiène fédérale. À cette fin, le coordinateur du plan d'urgence provincial et l'inspection d'hygiène fédérale de la province sont invitées aux débats relatifs au plan d'urgence hospitalier qui se tiendront au sein de la cellule communale de sécurité. Si les représentants de la province ne réagissent pas à l'invitation, la cellule de sécurité communale adopte sa position en toute autonomie et la transmet pour information au coordinateur provincial du plan d'urgence, à l'inspection d'hygiène fédérale et au bourgmestre. Le coordinateur provincial du plan d'urgence et l'inspection d'hygiène fédérale peuvent faire parvenir au bourgmestre leurs remarques quant à cette prise de position. Si aucune objection n'a été faite dans un délai de deux mois à compter de la communication de la décision, l'avis de la cellule de sécurité communale est réputé définitif. Sur cette base, avec ou sans les commentaires du coordinateur provincial du plan d'urgence et/ou de l'inspection d'hygiène fédérale, le bourgmestre délivre une attestation relative à la prise de position quant au plan d'urgence hospitalier. Des commentaires peuvent être formulés sur l'attestation du bourgmestre. Celle-ci est transmise à l'hôpital qui la transfère au ministre compétent en matière de Santé. Sur la base de cette attestation, le ministre se prononce sur l'approbation du plan d'urgence hospitalier, qui est valable cinq ans.

En vue de prolonger ladite approbation, l'hôpital introduit une nouvelle demande d'approbation du plan d'urgence hospitalier six mois avant l'expiration de la période de cinq ans débutant à partir de la précédente approbation.

Dans le cadre de la mise en œuvre pratique du plan d'urgence hospitalier, il incombe à l'hôpital d'élaborer un plan pluriannuel qui prévoit l'organisation d'au moins un exercice par an. Il est recommandé que l'hôpital et la cellule de sécurité communale se tiennent mutuellement informés si l'exercice a un impact sur l'environnement direct et l'aide. La cellule de sécurité communale contrôle la mise en œuvre du plan pluriannuel. Le déclenchement réel d'un plan d'urgence hospitalier en raison d'une véritable situation d'urgence peut remplacer l'exercice annuel pour autant qu'il soit suivi d'un débriefing qualitatif avec tous les intervenants concernés et que les points d'amélioration en découlant soient intégrés au plan.

Le plan d'urgence hospitalier se compose de deux phases : une phase « d'information » et une phase « d'activation ». Le centre d'appels d'urgence 112 joue un rôle décisif lors de l'élaboration des phases du plan d'urgence hospitalier. La phase « d'activation » se divise également en deux étapes : les niveaux I et II, fixés par la cellule de coordination de l'hôpital.

Pendant la phase « d'information » :

a) la situation d'urgence est avérée, soit parce que, suite à l'information par le centre d'appels d'urgence 112, l'hôpital a déclenché le Plan d'intervention médical (PIM), soit parce qu'en raison d'un seul et même événement, l'hôpital fait face à un important afflux spontané et non annoncé de patients. Dans ce dernier cas, c'est l'hôpital lui-même qui informe le centre d'appels d'urgence 112;

b) le médecin urgentiste qui coordonne le plan d'urgence est averti. Il s'informe du type de situation d'urgence, du nombre de victimes auquel il faut s'attendre, de la nature des pathologies concernées et des délais d'arrivée. Sur la base de ces informations, le médecin urgentiste décide, après une concertation interne, du passage ou non à la phase d'activation.

Le plan d'urgence hospitalier doit décrire comment l'hôpital informera son environnement immédiat en cas d'urgence.

Pendant la phase « d'activation », le « niveau I » correspond à une augmentation minimale du nombre de collaborateurs concernés, gérée au moyen de transferts de personnel en interne. Aucun personnel supplémentaire n'est mis en place. Ce « niveau I » correspond à un nombre attendu de victimes qui ne dépasse pas la capacité « réflexe ».

Le « niveau II » correspond lui à un nombre élevé de victimes qui dépasse cette capacité « réflexe ». Il est ici nécessaire de faire appel à du personnel supplémentaire.

Le plan d'urgence hospitalier prévoit des procédures pour l'évacuation, le transfert, l'accueil et l'isolement des victimes et doit traiter les questions suivantes :

a) la création, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination hospitalière chargée de gérer les opérations, de recueillir des informations sur la situation d'urgence, de décider de l'étendue des mesures à prendre par l'établissement et, le cas échéant, d'adapter le plan d'urgence hospitalier et d'assurer le contact avec les familles, les autorités et la presse;

b) les étapes, les phases et les collaborateurs pouvant être mobilisés au sein de l'hôpital, les procédures et la logistique relative aux mesures ainsi que la désignation des personnes habilitées à décider du déclenchement du plan d'urgence hospitalier ou d'une de ses phases;

c) la désignation des locaux réservés, en fonction du degré d'urgence, à l'admission, à la surveillance et au traitement des victimes ainsi que de ceux réservés à la presse, aux familles, aux autorités et aux dépouilles mortelles;

d) la procédure d'identification des victimes;

e) le schéma d'organisation, l'organisation du travail et la désignation des membres du personnel pour chaque phase ou niveau, selon le cas;

f) une liste des médecins et de toutes les autres catégories du personnel hospitalier qui doivent pouvoir être rappelés et disponibles immédiatement, ainsi que des médecins et de toutes les autres catégories de personnel qui peuvent être rappelés et les modalités de rappel en vigueur;

g) les mesures logistiques relatives à l'application du plan d'urgence hospitalier, notamment l'utilisation des équipements, des médicaments et des réserves, les mesures relatives aux réserves de sang et à leurs dérivés ainsi que les mesures concernant les services des urgences et des soins intensifs, les salles d'opération, le service de radiologie et le laboratoire;

h) les mesures prises pour protéger les victimes, le personnel, les locaux et les équipements en cas de contamination ainsi que les procédures et techniques de décontamination à mettre en œuvre;

i) les procédures relatives à la circulation au sein de l'établissement et au contrôle de l'environnement hospitalier;

j) le fonctionnement d'une structure d'accueil et de prise en charge psychosociale des familles;

k) la possibilité d'étendre tous les moyens de communication, de développer les réseaux de communication ainsi que la centralisation et la diffusion des informations reçues;

l) la procédure de coopération avec les autorités communales et provinciales en vue d'impliquer l'hôpital dans les plans d'urgence communaux et provinciaux;

m) une description de l'utilisation du plan d'urgence hospitalier sous la forme d'un tableau récapitulatif;

n) un manuel qui rassemble les instructions pour les différents types de services et de personnel hospitaliers;

o) les ressources allouées à la formation des médecins et de l'ensemble du personnel;

p) le plan d'exercices pluriannuel qui sert à valider ou, selon le cas, à adapter le plan d'urgence hospitalier;

q) les mesures pour l'accueil en toute sécurité, le transfert interne ou l'évacuation externe des patients hospitalisés et du personnel hospitalier;

r) la capacité d'accueil, exprimée en termes de capacité de traitement effective, ainsi que la capacité « réflexe ».

Le plan d'urgence hospitalier doit notamment traiter des événements qui présentent des risques majeurs et au moins des défaillances d'équipements informatiques, des pannes des institutions de soins, des incendies, des risques de nature chimique, biologique, radiologique et/ou nucléaire, des explosifs (CBRNe), des épidémies ainsi que des risques pour lesquels un plan d'urgence doit être établi conformément aux règles en vigueur.

Chaque service et chaque membre du personnel doivent être informés des instructions les concernant et de leur mission dans le cadre du plan d'urgence hospitalier. »

Art. 2. - Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Art. 3. - Le Ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Eupen, le 16 mai 2019.

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone,
Le Ministre-Président
O. PAASCH
Le Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,
A. ANTONIADIS

VERTALING

MINISTERIE VAN DE DUITSTALIGE GEMEENSCHAP

[2019/203811]

16 MEI 2019. — Besluit van de Regering tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd

De Regering van de Duitstalige Gemeenschap,

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 66;
Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd;

Gelet op het advies van de Adviescommissie voor de ziekenhuizen, gegeven op 21 november 2018;

Gelet op het verslag van de algemene vergadering van het Rekenhof, uitgebracht op 19 december 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 15 januari 2019;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister-President, bevoegd voor Begroting, d.d. 17 januari 2019;

Gelet op advies 65.665/3 van de Raad van State, gegeven op 15 april 2019, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende de Gemeenschappelijke Verklaring van 27 juni 2016 over de ziekenhuisnoodplanning;

Overwegende het Protocolakkoord van 24 oktober 2016 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning;

Op de voordracht van de Minister van Gezondheid;

Na beraadslaging,

Besluit:

Artikel 1. - In de bepaling onder 14^o van deel "A. Algemene normen die op al de inrichtingen van toepassing zijn", rubriek "III. Organisatorische normen" van de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, worden het derde tot het vijfde lid vervangen als volgt:

"De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan of ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur betreffende de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan of ZNP TEC). Vanuit deze verantwoordelijkheid:

a) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;

b) is de algemeen directeur of zijn vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;

c) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ), als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;

d) bepaalt de algemeen directeur of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit: de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;

e) kan de algemeen directeur de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;

f) kan de algemeen directeur of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan volgende processen:

a) de ontwikkeling en uitvoering van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;

b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;

c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplanning binnen het ziekenhuisnoodplan;

d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;

e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;

- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren binnen het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, een rol in de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De tijd die de noodplancoördinator voor deze taken wordt vrijgesteld, wordt bepaald door het ziekenhuis, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is en de noodplancoördinator niet in het ziekenhuis is, probeert men hem steeds op te roepen, voor zover hij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis wordt een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariatsfunctie deel uitmaken. De secretariatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dat huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité bij de uitvoering van de beslissingen over het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan wordt voor advies voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis ligt. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. Een vertegenwoordiger van het ziekenhuis in de gemeentelijke veiligheidscel wordt ten sterkste aanbevolen om de verankering van het ziekenhuisnoodplan in het algemeen nood- en interventieplan (ANIP) in de zin van artikel 2ter van de wet van 31 december 1963 betreffende de civiele bescherming en de link met de pre-hospitale inzet te garanderen. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dat advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis is gesitueerd en anderzijds de federale gezondheidsinspectie. Daartoe worden de provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie van de provincie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies bezorgen aan de burgemeester. Als er binnen twee maanden die volgen op het bezorgen van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies van de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dat advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies over het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dat attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Om de goedkeuring te verlengen, dient het ziekenhuis een nieuwe aanvraag tot goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan in en dit zes maanden voor het verstrijken van de termijn van vijf jaar vanaf de vorige goedkeuring.

Het ziekenhuis maakt een meerjarenplan op voor het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, waarbij minimaal één keer per jaar een oefening wordt gepland. Het is aan te bevelen dat het ziekenhuis en de gemeentelijke veiligheidscel elkaar wederzijds op de hoogte houden, indien de oefening een impact heeft op de omgeving en de hulpverlening. De gemeentelijke veiligheidscel controleert de uitvoering van het meerjarenplan. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als jaarlijkse oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden zijn geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd: de fase 'informatie' en de fase 'actie'. De noodcentrale 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase 'actie' zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatiecel van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase 'informatie':

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) is afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van die informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase 'actie'.

In het ziekenhuisnoodplan wordt beschreven hoe het ziekenhuis zijn directe omgeving in geval van een noodsituatie informeert.

In de fase 'actie' correspondeert 'niveau I' met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. 'Niveau I' stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

'Niveau II' stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en heeft betrekking op volgende aangelegenheden :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatiecel van het ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie over de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen en niveaus met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen, evenals de aanwijzing van de personen die bevoegd zijn om te beslissen over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fasen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften voor de identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de oproepmodaliteiten die daarvoor gelden;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden, evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting, evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften voor de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften voor de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

m) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches die bestemd zijn voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan voor de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften voor het in veiligheid brengen en de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen, uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de reflexcapaciteit.

De incidenten die grote risico's inhouden en op zijn minst uitval van IT-voorzieningen, uitval van nutsvoorzieningen, brand, risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard, explosieven (CBRNe), pandemie, alsook risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, worden specifiek behandeld in het ziekenhuisnoodplan.

Iedere dienst en ieder personeelslid beschikt over de instructiefiches die hem aanbelangen en is eveneens ingelicht over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan."

Art. 2. - Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2019.

Art. 3. - De minister bevoegd voor Gezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Eupen, 16 mei 2019.

Voor de Regering van de Duitstalige Gemeenschap,

De Minister-President

O. PAASCH

De Minister van Gezin, Gezondheid en Sociale Aangelegenheden

A. ANTONIADIS

REGION WALLONNE — WALLONISCHE REGION — WAALS GEWEST

SERVICE PUBLIC DE WALLONIE

[2019/203993]

2 MAI 2019. — Arrêté du Gouvernement wallon relatif à la prévention et la gestion des médicaments périmés ou non utilisés

Le Gouvernement wallon,

Vu le décret du 27 juin 1996 relatif aux déchets, l'article 8, § 1^{er}, 1^o;

Vu l'arrêté du Gouvernement wallon du 26 août 2003 déterminant les conditions sectorielles relatives aux parcs à conteneurs pour déchets ménagers;

Vu l'arrêté du Gouvernement wallon du 26 août 2003 déterminant les conditions intégrales relatives aux parcs à conteneurs pour déchets ménagers;

Vu l'arrêté du Gouvernement wallon du 23 septembre 2010 instaurant une obligation de reprise de certains déchets;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'Etat le 18 mars 2019, en application de l'article 84 § 1^{er} alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai;

Vu l'article 84 § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;