



*Le Groupement Européen d'Intérêt Economique
Luxlorsan "LLS"*

Le système de prise en charge des urgences médicales dans l'espace Wallonie-Lorraine-Luxembourg

Février 2006



Rapport rédigé dans le cadre de la recherche-action Luxlorsan, émergeant au programme Interreg III-A WLL, cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional

Le système de prise en charge des urgences médicales dans l'espace Wallonie-Lorraine-Luxembourg

Comité de rédaction :

**C. COLLIE, MCPL ; K. HAQUIN, CRAM NE ; C. HARTMANN-HIRSCH,
CEPS/Instead ; H. LEWALLE, ANMC ; A. TCHICAYA, CEPS/Instead**

Table des matières

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE	5
2. LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES MÉDICALES EN BELGIQUE ..	6
2.1. INTRODUCTION	6
2.2. CADRE LÉGAL	7
2.2.1. <i>Organisation administrative</i>	7
2.2.2. <i>Organisation et fonctionnement de l'AMU</i>	9
2.3. MOYENS TECHNIQUES ET HUMAINS	11
2.3.1. <i>Les services hospitaliers d'urgence</i>	11
2.3.2. <i>Les services pré-hospitaliers d'urgence</i>	12
2.4. FINANCEMENT ET TARIFICATION	15
2.4.1. <i>Financement des moyens techniques et humains</i>	15
2.4.2. <i>Financement des interventions</i>	17
2.5. PROGRAMMATION ET OFFRE EN PROVINCE DE LUXEMBOURG	20
2.5.1. <i>Les services hospitaliers d'urgence</i>	20
2.5.2. <i>Les services pré-hospitaliers d'urgence</i>	20
2.6. TABLEAU SYNOPTIQUE	23
SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET DU FONCTIONNEMENT DE L'AMU EN BELGIQUE	24
3. LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES MÉDICALES EN FRANCE	25
3.1. CADRE LÉGAL	26
3.1.1. <i>Organisation et fonctionnement des urgences</i>	26
3.1.2. <i>La Conférence régionale de coopération interhospitalière sur les services mobiles d'urgence</i>	27
3.1.3. <i>Organisation en Lorraine</i>	28
3.2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES	29
3.2.1. <i>Autorisations</i>	30
3.2.2. <i>Convention pour les soins psychiatriques</i>	30
3.2.3. <i>Missions</i>	31
3.2.4. <i>Conditions de fonctionnement</i>	32
3.3. LES URGENCES PRÉ-HOSPITALIÈRES	36
3.3.1. <i>Autorisations</i>	36
3.3.2. <i>Missions</i>	37
3.3.3. <i>Organisation</i>	39
3.4. FINANCEMENT DES URGENCES	44
3.4.1. <i>Financement de l'activité d'accueil et de traitement des urgences</i>	44
3.4.2. <i>Honoraires des médecins de garde</i>	45
3.4.3. <i>Facturation des transports sanitaires</i>	46
4. LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES MÉDICALES AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	54
4.1. CADRE LÉGAL DES URGENCES	54
4.1.1. <i>L'organisation administrative</i>	54
4.1.2. <i>L'organisation du service d'aide médicale urgente dans les hôpitaux</i>	55
4.1.3. <i>Le transport des urgences</i>	56
4.2. STRUCTURES OPÉRATIONNELLES DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES MÉDICALES PRÉ-HOSPITALIÈRES	60
4.2.1. <i>L'Administration des services de secours</i>	60
4.2.2. <i>Service d'incendie et d'ambulance de la ville de Luxembourg</i>	65
4.2.3. <i>Association Luxembourg Air Rescue (LAR)</i>	66
4.2.4. <i>Les autres structures</i>	68
4.3. PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES URGENCES	73
4.3.1. <i>L'offre d'unités d'accueil et de traitement des urgences</i>	73
4.3.2. <i>Le fonctionnement</i>	74
4.4. FINANCEMENT DES ACTIVITÉS	76
4.4.1. <i>Les moyens techniques et humains</i>	76
4.4.2. <i>Les interventions</i>	76

5. SYNTHÈSE COMPARATIVE.....	79
5.1. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES D'AIDE MÉDICALE URGENTE	79
5.1.1. <i>L'organisation administrative</i>	79
5.1.2. <i>La chaîne de secours</i>	80
5.2. LES MOYENS TECHNIQUES ET HUMAINS	81
5.2.1. <i>Système d'appel</i>	81
5.2.2. <i>Système de prise en charge des urgences</i>	82
5.3. L'OFFRE EN SMUR/SAMU DANS LA ZONE DU PROJET LUXLORSAN.....	84
5.3.1. <i>Province du Luxembourg (Belgique)</i>	84
5.3.2. <i>Région de Lorraine (France)</i>	84
5.3.3. <i>Grand -Duché de Luxembourg</i>	85
5.4. FINANCEMENT	85
6. CONCLUSIONS GÉNÉRALES.....	87
7. GLOSSAIRE	88
8. BIBLIOGRAPHIE.....	89
9. ANNEXE	92

1. Introduction générale

L'existence de services d'urgence bien organisés et dotés de moyens suffisants contribue efficacement à la performance d'ensemble du système de santé. En effet, les services des urgences sont dans de nombreux cas la première porte d'entrée à l'hôpital, notamment en situation d'urgence vitale lors d'accidents, de catastrophes naturelles ou de maladies graves.

Le recours volontaire des services d'urgence est également opéré, notamment au niveau hospitalier. Cela est souvent lié aux caractéristiques socio-démographiques et culturelles des patients et des conditions d'accessibilité aux services d'urgences (distance) et aux médecins libéraux (horaires d'ouverture et modes de paiement). Le rôle respectif de ces différents facteurs n'est pas identique selon les services.

Dans ce document, l'objectif principal est de faire un état de la situation concernant l'organisation des urgences, la disponibilité des moyens, les modalités de prise en charge des cas ainsi que le financement au niveau des trois versants belges, français et luxembourgeois du projet Luxlorsan.

Pour y parvenir, nous abordons, pour chaque versant, dans un premier point le cadre légal des urgences de manière succincte. Dans un deuxième point, les structures opérationnelles, constituant l'offre de services de secours et d'urgences sont décrites. Compte tenu de sa place au sein du système d'offre de soins, l'hôpital en tant que structure opérationnelle de prise en charge des urgences médicales est également abordé. Le point suivant est consacré à la description des mécanismes de financement et de prise en charge financière des prestations d'interventions de secours et d'urgences.

2. Le système de prise en charge des urgences médicales en Belgique

2.1. Introduction

Selon la loi du 31 décembre 1963, la protection civile a « pour objet de secourir les personnes et de protéger les biens en tout temps lors d'événements calamiteux, de catastrophes et de sinistres »¹.

Pour ce faire, le Service Public Fédéral (SPF) Intérieur a pour mission les interventions relatives à la lutte contre le feu, l'aide médicale urgente, la coordination des opérations de secours, les travaux de secours techniques ...²

Dans chaque commune et province, le bourgmestre³ et le gouverneur⁴ établissent « un plan général d'urgence et d'intervention qui prévoit les mesures à prendre et l'organisation des secours en cas d'événements calamiteux, de catastrophes ou de sinistres »⁵. Ces plans sont soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur qui « organise les moyens et provoque les mesures nécessaires à la protection civile pour l'ensemble du territoire national »⁶.

Le Ministre de l'Intérieur détermine également « les règles d'organisation générale des services publics d'incendie »⁷. Conformément à ces principes, le gouverneur de la province fixe, après consultations des conseillers communaux, la composition des groupes régionaux de communes et désigne dans chaque groupe la commune qui en constitue le centre. Cette commune est tenue de disposer d'un service d'incendie avec le personnel et le matériel nécessaire⁸.

Selon le type et l'ampleur de l'événement, les services d'incendie sont amenés à travailler en étroite collaboration avec d'autres services : les services d'urgence des hôpitaux avec lesquels ils organisent les services d'ambulance et d'aide médicale urgente, la police locale, le service communal des travaux, les services de sécurité et de prévention des entreprises industrielles affectées par un accident ...⁹

La coordination est assurée, selon l'étendue de la zone géographique concernée, par le bourgmestre, le gouverneur de la province ou le ministre de l'Intérieur.

L'organisation de l'aide médicale urgente c'est-à-dire de « la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé (...) requiert une intervention urgente »¹⁰ est régie par la loi du 8 juillet 1964. Selon ce texte, le SPF Intérieur est compétent pour l'installation et le fonctionnement du système d'appel de secours. « Les autres aspects de

¹ Loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile (*M.B.* : 16/01/1964), art.1.

² *Ibid.*, art.2 bis § 1^{er}, 3^o.

³ Dans chaque commune, il y a un Conseil communal composé de 7 à 55 élus, en fonction du nombre d'habitants. Le Bourgmestre est nommé, sous la responsabilité du Ministre de l'Intérieur, par le Roi, parmi les élus du Conseil communal. Le bourgmestre est le chef de la police communale dans l'exercice de ses missions de police administrative.

⁴ Les Provinces ont un conseil provincial composé d'élus, au sein duquel sont élus six députés permanents (députation permanente), présidés par le Gouverneur. Celui-ci n'est pas élu, il est, sous la responsabilité du Ministre de l'intérieur, nommé et destitué de ses fonctions par le Roi. Le Gouverneur de la Province dispose d'une série de pouvoirs en matière de sécurité et de maintien de l'ordre. Pour plus d'informations, cf. www.fgov.be

⁵ Loi du 31 décembre 1963, *Op.cit.*, art.2 ter, § 1^{er} et 2.

⁶ *Ibid.*, art.4.

⁷ *Ibid.*, art.9.

⁸ *Ibid.*, art.10.

⁹ <http://www.belgium.be/eportal/application?languageParameter=fr&pageid=contentPage&docId=6628>

¹⁰ Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (*M.B.* : 25/07/1964), art.1.

l'organisation de l'aide médicale urgente relèvent de la compétence du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions»¹¹.

Pour présenter l'aide médicale urgente en Belgique, nous abordons dans ce chapitre quatre aspects. Nous exposons tout d'abord le cadre légal de l'aide médicale urgente c'est-à-dire son organisation administrative et son fonctionnement. Nous décrivons ensuite les moyens techniques et humains des services hospitaliers et pré-hospitaliers d'urgence. Puis, nous développons le mode de financement de ces moyens ainsi que le financement des interventions d'urgence. Enfin, nous recensons l'offre des services d'urgence dans la zone Interreg belge, à savoir la province de Luxembourg.

2.2. Cadre légal

2.2.1. Organisation administrative

Dans le cadre des règles générales émises par les Ministères compétents, les collectivités locales définissent des plans d'intervention d'urgence. Ceux-ci, une fois approuvés par les ministres compétents, sont mis en application par les collectivités locales, à l'aide de moyens octroyés par le niveau fédéral ou relevant du secteur privé.

Les autorités fédérales, provinciales et communales impliquées dans la conception, l'organisation et la mise en œuvre de l'aide médicale urgente sont assistées dans leurs tâches par plusieurs instances consultatives. L'exécution des plans est quant à elle contrôlée par les inspecteurs d'hygiène fédéraux.

	Etat fédéral (SPF Intérieur, SPF Santé publique)	Collectivités locales (Communes et Provinces)
Conception	Définition des règles générales (avec avis du <i>Conseil national des secours médicaux d'urgence</i>)	→ Elaboration du plan de secours
Organisation	Approbation du plan et octroi des moyens	← Mise en œuvre et coordination (<i>Commission d'AMU, Commission médicale provinciale</i>)
Contrôle	Evaluation externe de la qualité dans les SUS ¹² (<i>Collège des médecins</i>)	Application des dispositions législatives (<i>Inspecteurs d'hygiène</i>)

Conseil national des secours médicaux d'urgence

Le Conseil national des secours médicaux d'urgence, créé en 1994 et composé de représentants des professionnels de l'aide médicale urgente¹³, a pour mission de donner au Ministre de la Santé publique un avis sur toutes les matières concernant :

- l'organisation, le fonctionnement, la formation et l'information des personnes, fonctions et services qui collaborent à l'aide médicale urgente ou au transport non urgent de malades dans la mesure où ce dernier a une incidence sur l'aide médicale urgente ;

¹¹ AR du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié (M.B. : 12/05/1965), art.2 §2.

¹² Services d'Urgence Spécialisés (cf. infra).

¹³ AR du 5 juillet 1994 créant un conseil national des secours médicaux d'urgence (M.B. : 16/09/1994), art.3 § 1^{er}. Pour la composition, cf. Annexe 1.

- la collecte et l'enregistrement des données relatives à l'aide médicale urgente ;
- le contrôle de la qualité et l'évaluation de la pratique, en fonction de critères scientifiquement pertinents ;
- les normes d'agrément des services ambulanciers et les critères applicables à la programmation de ces services¹⁴.

Commission d'Aide médicale urgente

Conformément à l'arrêté royal du 10 août 1998, une Commission d'Aide médicale urgente est instituée dans chaque province. Cette commission, composée du gouverneur et des représentants des différents services d'urgences (incendie, ambulance, SMUR ...) de la province¹⁵ « est chargée de coordonner la coopération entre les différentes instances (hôpitaux équipés d'un service d'urgences, services de garde, réseau 100), de contrôler la formation des prestataires de soins et ambulancier et d'exécuter l'accord entre les hôpitaux au sujet des aires de départ et des zones d'intervention du SMUR »¹⁶.

Le texte légal définit ses missions de la façon suivante¹⁷ :

- mettre en œuvre la collaboration et formaliser les accords conclus entre toutes les instances représentées au sein de la Commission en vue d'organiser et d'exécuter l'aide médicale urgente ;
- superviser la formation des secouristes-ambulanciers ;
- mettre en œuvre la collaboration entre toutes les personnes chargées de l'aide médicale urgente aux victimes de situations d'urgence collectives ;
- veiller à la bonne gestion et au traitement approprié des appels à caractère médical adressés au système d'appel unifié ;
- concrétiser et formaliser, entre tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence, le protocole en y mentionnant les moyens thérapeutiques et diagnostiques spécifiques nécessaires, les hôpitaux de destination ainsi que les pathologies spécifiques pour lesquelles la tenue d'un dossier médical peut être déterminante pour le choix de l'hôpital de destination ;
- concrétiser et formaliser, entre le système d'appel unifié, tous les hôpitaux disposant d'un service d'urgence et tous les services de garde, le protocole en y mentionnant les moyens thérapeutiques et diagnostiques spécifiques nécessaires, les hôpitaux de destination, les pathologies spécifiques pour lesquelles la tenue d'un dossier médical peut être déterminante pour l'indication de l'hôpital de destination ;
- formuler des avis sur l'organisation de l'aide médicale urgente.

Commission Médicale Provinciale

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967¹⁸, il est institué dans chaque province une commission médicale, composée de professionnels de la santé. Ces commissions ont pour mission générale de :

- proposer à l'autorité toutes mesures destinées à contribuer à la santé publique et ;
- d'assurer la collaboration efficace des praticiens en vue de prévenir ou de combattre les maladies quaranténaires ou transmissibles.

¹⁴ *Ibid.*, art.2.

¹⁵ Cf. Annexe 2, AR du 10 août 1998 instituant les Commissions d'Aide médicale urgente (*M.B.* : 02/09/1998), art.3.

¹⁶ J.D., Le transport urgent des malades, in *En marche*, n°1320, 5 mai 2005, p.2.

¹⁷ AR du 10 août 1998, *Op. cit.*, art.2.

¹⁸ AR n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (*M.B.* : 14/11/1967), Chapitre III.

Outre la reconnaissance des diplômes et le contrôle de l'exercice des différentes professions médicales, ces commissions organisent également les services de garde et surveillent leur fonctionnement¹⁹.

Inspecteurs d'hygiène

Sans préjudice de la compétence des officiers de police judiciaire, les inspecteurs d'hygiène du Ministère de la Santé publique exercent la surveillance de l'application des dispositions législatives relatives à l'aide médicale urgente²⁰.

Pour ce faire, ils ont accès à tout moment aux hôpitaux, aux véhicules des services mobiles d'urgence, aux centres d'appel de l'aide médicale urgente, aux services ambulanciers et à leurs véhicules ainsi qu'aux centres de formation des secouristes-ambulanciers et peuvent se faire communiquer tous les renseignements nécessaires dans le cadre de leur mission de contrôle.

Les inspecteurs constatent les infractions²¹ par procès-verbaux. Celles-ci sont punies d'emprisonnement et/ou d'amendes²².

Collège des médecins

Conformément à l'arrêté royal du 15 février 1999, un Collège de médecins de la fonction "soins urgents spécialisés" est créé au sein du SPF Santé publique²³. Ce Collège, composé de huit médecins, est chargé de l'évaluation externe de la qualité de l'activité médicale de la fonction "soins urgents spécialisés"²⁴ (Cf. infra).

2.2.2. Organisation et fonctionnement de l'AMU

Selon la loi du 8 juillet 1964, **l'aide médicale urgente** est « la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au **système d'appel unifié** par lequel sont assurés les **secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier** adéquat »²⁵.

¹⁹ *Ibid.*, art.9 §2.

²⁰ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.10.

²¹ Refus ou négligence de la part des personnes qui assurent un service ambulancier ou un SMUR de donner suite à une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié ; refus ou négligence de la part du préposé de prendre immédiatement les mesures en vue de donner suite à une demande d'aide qui lui est parvenue ; refus ou négligence de la part des personnes responsables des admissions dans un hôpital de remplir les obligations qui leur incombent ; refus de transmettre les informations et documents demandés par les inspecteurs d'hygiène ; utilisation abusive des caractéristiques extérieures des véhicules du service ambulancier ou SMUR, *Ibid.*, art.11.

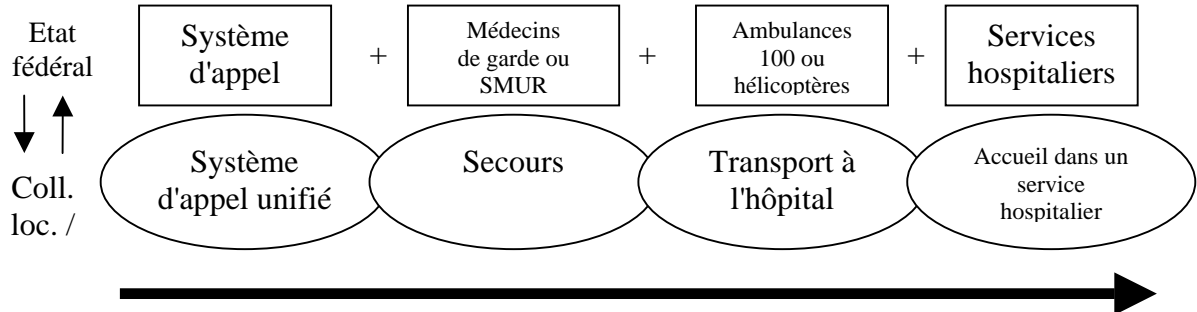
²² « Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de (100 à 1 000 francs [2,5 € à 25 €]), ou d'une de ces peines seulement », in *Ibid.*, art.11.

²³ AR du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux (*M.B.* : 25/03/1999), art.5 § 1^{er}.

²⁴ AM du 16 avril 1999 fixant le nombre de membres du Collège de médecins pour la fonction "soins urgents spécialisés" (*M.B.* : 11/08/1999).

²⁵ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.1.

SERVICE 100



Source : Schéma inspiré de <http://www.health.fgov.be/AGP/fr/presentation/100/chain100.htm>

Lorsque l'état de santé d'une personne nécessite une intervention urgente, le témoin de l'accident forme le 100 (ou 112) c'est-à-dire le numéro téléphonique du système d'appel unifié des centres d'aide médicale urgente²⁶. Ce réseau d'appel, géré par le SPF Intérieur²⁷, reçoit également des demandes de secours spécifiques au service d'incendie.

Le préposé du système d'appel — qui ne bénéficie pas d'une formation particulière, « coordonne et analyse la nécessité d'une aide médicale urgente »²⁸, évalue la situation et envoie le(s) moyen(s) d'intervention le(s) plus adéquats²⁹. Ceux-ci relèvent de la compétence du Ministre de la Santé publique.

Lorsque l'état du patient le nécessite, des premiers soins peuvent être dispensés sur place.

Le préposé du système d'appel unifié peut s'adresser personnellement au **médecin généraliste de garde**³⁰ de la commune concernée. Dans ce cas, « celui-ci est tenu de se rendre à l'endroit qui lui est indiqué et d'y apporter les premiers soins nécessaires aux personnes [dont l'état requiert une intervention urgente] »³¹. Toutefois, dans les faits, les préposés ne recourent pas aux médecins de garde.

Lorsque la situation le requiert, le préposé contacte l'équipe de la fonction "**service mobile d'urgence et de réanimation**" (SMUR) de l'hôpital le plus proche afin qu'elle se rende à l'endroit indiqué, y accomplisse les actes médicaux et infirmiers urgents, le cas échéant, la surveillance et les soins au patient lors de son transfert à l'hôpital³².

« Lorsque d'après les renseignements fournis, le **transport** en ambulance de la victime ou du malade s'avère nécessaire, le préposé du système d'appel avertit immédiatement le service d'ambulance public ou privé le plus proche disposant d'un véhicule approprié »³³. Sur demande du préposé du système d'appel unifié, « toute personne assurant effectivement le fonctionnement

²⁶ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art. 1bis.

²⁷ *Ibid.*, art. 2 §1.

²⁸ J.D., Le transport urgent des malades, in *En marche*, n°1320, 5 mai 2005, p.2.

²⁹ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.4, 4 bis et 5.

³⁰ Notons qu'en cas d'urgence, le patient peut directement faire appel au médecin de garde de sa région ou se rendre à son cabinet. Dans ce cas, l'intervention ne relève pas de l'AMU.

³¹ *Ibid.*, art.4.

³² *Ibid.*, art.4 bis.

³³ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art.7.

d'un service ambulancier agréé est tenu d'effectuer le transport des personnes [dont l'état requiert une intervention urgente] à l'hôpital »³⁴.

Dans certaines situations, le transport est assuré par un hélicoptère.

Le préposé du système d'appel unifié indique aux personnes qui assurent effectivement le service ambulancier, **l'hôpital** intégré dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente dans lequel le patient sera accueilli.

Il s'agit généralement de l'hôpital le plus proche. Toutefois, le préposé peut, à la demande du médecin du service mobile d'urgence, indiquer l'hôpital le plus approprié qui dispose d'un service des urgences lorsque³⁵ :

- il s'agit de situation d'urgence collective, l'ampleur de l'aide à apporter dépasse la capacité de prise en charge de l'hôpital le plus proche ;
- lorsque la victime nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques ;
- le médecin traitant, présent aux côtés du patient, confirme que ce dernier a un dossier médical relatif aux pathologies spécifiques concernées dans un autre hôpital ;
- il s'agit d'enfants de moins de 14 ans (vers un hôpital qui dispose d'un service de pédiatrie agréé)³⁶.

« Sur demande du préposé du service d'appel unifié (...), toute personne responsable des admissions dans un hôpital doit accueillir, sans autres formalités préalables, les personnes [dont l'état requiert une intervention urgente] et de prendre sur-le-champ toutes les mesures que requiert son état »³⁷.

2.3. Moyens techniques et humains

2.3.1. Les services hospitaliers d'urgence

Deux types de structures hospitalières assurent une permanence médicale 24h/24h (urgences hospitalières) : les "soins urgents spécialisés" et la "première prise en charge des urgences".

Fonction « soins urgents spécialisés »

Selon l'arrêté royal du 27 avril 1998³⁸, les soins urgents spécialisés sont considérés comme une fonction de l'hôpital. Cette fonction « doit être en mesure de préserver, de stabiliser, et de restaurer les fonctions vitales et est chargée de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transporté et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats »³⁹.

Les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée sont fixées par l'arrêté royal du 27 avril 1998⁴⁰.

La partie technique de la fonction SUS se compose au minimum⁴¹ :

- de locaux d'examen ;
- d'un ou deux locaux équipés pour deux patients en état critique ;
- d'une salle équipée pour la petite chirurgie ;

³⁴ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.5.

³⁵ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art.7.

³⁶ J.D., *loc. cit.*, p.2.

³⁷ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.6.

³⁸ AR du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "soins urgents spécialisés" (*M.B.* : 16/06/1998), art.1.

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ AR du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée (*M.B.* : 19/06/1998).

⁴¹ *Ibid.*, art.3 §1.

- d'un local disposant d'au moins quatre lits d'observation ;
- d'un espace pouvant servir de site de tri ;
- d'un local destiné aux patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë ;
- d'une salle équipée pour la pose de plâtres ;
- d'un local de soins d'hygiène.

Par ailleurs, l'hôpital doit disposer au minimum de 3 lits de soins intensifs ou à une fonction agréée de soins intensifs, d'un bloc opératoire polyvalent, d'un laboratoire de biologie clinique, d'un service d'imagerie médicale et d'un service d'archivage de dossiers médicaux accessible en permanence⁴².

La fonction "soins urgents spécialisés" doit assurer 24 heures sur 24 une permanence médicale et infirmière. La permanence médicale doit être assurée par au moins un (candidat-)spécialiste en soins urgents⁴³. Celui-ci doit pouvoir faire appel à tout moment à d'autres spécialistes. La fonction SUS dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, composée d'au moins deux infirmiers dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence⁴⁴ ou ayant une expérience équivalente⁴⁵.

La direction médicale de la fonction SMUR est assurée par un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché, à temps plein, à l'hôpital.

Fonction « Première prise en charge des urgences »

Selon l'arrêté royal du 27 avril 1998, la fonction "première prise en charge des urgences" « vise l'accueil et le traitement de patients atteints d'une pathologie aiguë dans les hôpitaux ne disposant pas d'une fonction "soins urgents spécialisés" »⁴⁶.

Cette fonction doit disposer au minimum de 3 lits de soins intensifs ou, si l'hôpital ne dispose pas d'une fonction agréée de soins intensifs, il doit conclure une convention de collaboration avec un hôpital qui dispose d'une telle fonction⁴⁷.

Une permanence médicale doit être assurée 24 heures sur 24. Le médecin qui assure cette permanence est assisté d'un infirmier.

Le directeur de cette fonction doit être lié à temps plein à l'hôpital et être porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence.

2.3.2. Les services pré-hospitaliers d'urgence

Le système d'appel unifié

Les collèges des bourgmestres et échevins des communes⁴⁸ désignées comme centre du système d'appel unifié veillent à l'observation par les préposés du système des instructions qui leur sont transmises par les Ministères compétents⁴⁹.

⁴² *Ibid.*, art.4 §1.

⁴³ Par candidats belges, on entend les étudiants belges ou étrangers qui obtiennent le grade académique de Docteur en Médecine dans une Université belge. Pour accéder à une formation médicale spécifique, tout candidat doit joindre au plan de stage déposer auprès du Ministère de la Santé publique une attestation prouvant qu'ils ont été sélectionnés par une Faculté belge pour la discipline concernée (AR du 16/03/1999). Pour plus d'information sur les titres professionnels, cf. Annexe 3

⁴⁴ Pour plus d'information, cf. Annexe 4

⁴⁵ *Ibid.*, art.11 §2.

⁴⁶ *Ibid.*, art.2.

⁴⁷ *Ibid.*, art.3.

Actuellement, les préposés qui régulent les appels ne disposent pas de statut clairement défini par la loi et leur formation dépend de chaque centre⁵⁰. Selon l'arrêté royal du 10 août 1998, des médecins ou des infirmiers sont chargés, en vertu d'une convention conclue avec l'Etat, d'assurer la formation, le recyclage et l'évaluation des préposés du système d'appel unifié⁵¹.

Notons qu'en 2004, une Agence des appels aux services de secours a été créée auprès du Ministre de l'Intérieur et du Ministre de la Santé publique afin de gérer le « système d'appel unifié qui regroupe les appels aux numéros téléphoniques 112, 100 et 101 pour l'aide médicale urgente, les services d'incendie et la police »⁵². Dans ce cadre, elle est chargée de :

- la réception, l'analyse et la transmission des appels urgents aux numéros d'appel 100, 101 et 112.
- l'application des protocoles de traitement et de renvoi des appels.

Toutefois, l'établissement, le fonctionnement, la composition et l'organisation de cette agence reste à fixer par arrêté royal.

Les médecins

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, « les organisations professionnelles représentatives des praticiens (...) ou groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile »⁵³. Ces organisations ou groupements sont tenus de communiquer à la CoAMU compétente le rôle de garde établi par leurs soins ainsi que les modifications qui y seraient apportées.

Les médecins généralistes concernés assurent des gardes de 24 h ou 12 h⁵⁴.

Les équipes d'intervention de la fonction "Service Mobile d'Urgence et de Réanimation" (SMUR)

Le service mobile d'urgence et de réanimation est « une fonction permanente d'intervention médicale urgente pré-hospitalière organisée par un hôpital intégré dans le service 100 pour exécuter les missions confiées par le service d'appel unifié »⁵⁵. Selon l'arrêté royal du 10 avril 1995, cette fonction de l'hôpital « vise à limiter l'intervalle médical libre chez les personnes dont l'état de santé comporte une menace réelle ou potentielle pour leur vie ou menace gravement un de leurs membres ou de leurs organes »⁵⁶. Autrement dit, il s'agit « de limiter la mortalité, l'invalidité, la morbidité en réduisant le temps d'attente entre l'incident et les premières prestations de diagnostics, de thérapie et de soins. Le souci est moins de transporter le plus

⁴⁸ Dans chaque commune, il y a un Conseil communal composé de 7 à 55 membres, en fonction du nombre d'habitants. Le Bourgmestre est nommé, sous la responsabilité du Ministre de l'Intérieur, par le Roi, parmi les élus du Conseil communal. Le Conseil communal élit les échevins qui forment, avec le Bourgmestre, le Collège des Bourgmestre et Echevins. Pour plus d'information, cf. www.fgov.be

⁴⁹ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art. 2 §2.

⁵⁰ M.-M. DAUTEL et al, *Etude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans dix pays européens*, Paris, Novembre 2002, p.76.

⁵¹ AR du 10 août 1998, *Op. cit.*, art. 5, §2.

⁵² Loi programme du 9 juillet 2004, (*M.B.* : 15/07/04) art. 198 §1^{er}.

⁵³ AR n° 78 du 10 novembre 1967, *Op. cit.*, art. 9 §1.

⁵⁴ M.-M. DAUTEL et al, *Op. cit.*, p.77.

⁵⁵ AM du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence (*M.B.* : 13/01/1994), art.1.

⁵⁶ AR du 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "service mobile d'urgence" (*M.B.* : 10/05/1995), art.2.

rapidement possible le patient à l'hôpital que de stabiliser son état de santé avant le transport à l'hôpital »⁵⁷.

Pour que les fonctions "services mobiles d'urgence et de réanimation" soient intégrées par le Ministre de la Santé publique dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, elles doivent⁵⁸ :

- être agréées ;
- respecter la dispensation garantie et immédiate des soins à la victime ou aux malades, la desserte, par les zones d'intervention, de l'ensemble du territoire du Royaume ;
- garantir une répartition optimale afin que la plus grande partie de la population puisse être desservie par la route, à la vitesse maximum autorisée, dans un délai de 10 minutes et, subsidiairement, afin que la population non desservie dans les mêmes conditions dans un délai supérieur à 15 minutes, soit la plus petite possible.

L'agrément de la fonction SMUR est accordé à un hôpital disposant d'une fonction "soins urgents spécialisés" (Cf. supra) intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente⁵⁹. La gestion de chaque SMUR est assurée par un hôpital ou une association hospitalière⁶⁰.

La fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence médicale et infirmière propre⁶¹. Celle-ci est assurée par un médecin (candidat-)spécialiste en soins d'urgence⁶² et d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence ou ayant une expérience équivalente⁶³. « Le personnel chargé d'exécuter les missions de la fonction SMUR fait partie du corps médical et du personnel infirmier d'une des fonctions "soins urgents spécialisés" »⁶⁴.

La direction médicale de la fonction SMUR est assurée par un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché, à temps plein, à l'hôpital.

L'équipe d'intervention médicale de la fonction SMUR, composée d'au moins un médecin et d'un infirmier, n'intervient que sur demande du préposé du centre d'appel unifié et travaille dans la zone d'intervention qui lui est attribuée. Sur place, il est assisté par une équipe de secouristes-ambulanciers 100.

« Outre l'équipe médicale, le véhicule du SMUR emporte le matériel nécessaire à la prise en charge urgente des patients en détresse. Ce véhicule est reconnaissable à sa couleur jaune et à ses inscriptions rouges. »⁶⁵

Les services ambulanciers agréés

Le préposé du système d'appel unifié ne peut faire appel qu'à des services ambulanciers agréés par le Ministre de la Santé publique⁶⁶. Il s'agit donc des services d'ambulances organisés par les pouvoirs publics ou les personnes privées qui ont accepté, en accord avec l'Etat, de collaborer à l'aide médicale urgente.

⁵⁷ J.D., *loc. cit.*, p.2.

⁵⁸ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art. 6 bis.

⁵⁹ AR du 10 août 1998, *Op. cit.*, art. 2.

⁶⁰ *Ibid.*, art.3.

⁶¹ AR du 10 août 1998, *Op. cit.*, art. 6 §1 et art. 8.

⁶² Pour plus d'information, cf. Annexe 3.

⁶³ Pour plus d'information, cf. Annexe 4.

⁶⁴ AR du 10 août 1998, *Op. cit.*, art. 6 §1 et art. 9.

⁶⁵ J.D., *loc. cit.*, p.2.

⁶⁶ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.3 bis.

Le ministre de la Santé publique fixe, après concertation avec le Ministre de l'Intérieur, « les normes auxquelles les services [ambulanciers] doivent répondre pour être et rester agréés dans le cadre du programme [de l'aide médicale urgente] »⁶⁷. Mais aucun arrêté n'a vu le jour. Néanmoins, les caractéristiques extérieures auxquelles les ambulances doivent répondre sont détaillées dans l'arrêté ministériel du 6 juillet 1998⁶⁸.

Selon la loi du 8 juillet 1964, « nul ne peut exercer les fonctions de secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente sans être titulaire d'un brevet de secouriste-ambulancier⁶⁹ délivré par un centre de formation et de perfectionnement »⁷⁰. C'est la raison pour laquelle cette loi crée, « par province, un centre de formation et de perfectionnement pour secouristes-ambulanciers qui a pour mission de former les candidats secouristes-ambulanciers aux connaissances théoriques et pratiques requises pour leur permettre d'apporter une aide efficace aux personnes [dont l'état le nécessite] »⁷¹. Ces centres assurent également une formation permanente aux secouristes-ambulanciers⁷².

Les hélicoptères

Compte tenu de la faible ampleur des distances en Belgique, l'usage des hélicoptères pour le transport des blessés y est limité⁷³. « C'est sans doute ce qui explique l'absence de cadre légal pour le transport en hélicoptère »⁷⁴.

2.4. Financement et tarification

2.4.1. Financement des moyens techniques et humains

Services hospitaliers

En Belgique, les règles de financement sont identiques pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Ceux-ci bénéficient de diverses sources de financement : les subsides pour les investissements, le budget couvrant les coûts d'exploitation, les interventions de l'assurance maladie et les participations financières des patients⁷⁵.

Le financement des fonctions "première prise en charge des urgences" et "soins urgents spécialisés" est couvert par le budget des moyens financiers de l'hôpital (sous-partie B4). Ce budget, composé d'une partie fixe et d'une partie variable, est destiné à couvrir essentiellement le personnel soignant, les frais de fonctionnement et l'amortissement de l'infrastructure⁷⁶.

⁶⁷ *Ibid.*, art. 3 bis §1.

⁶⁸ AM du 6 juillet 1998 déterminant les caractéristiques extérieures des véhicules qui interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente (*M.B.* : 09/07/1998).

⁶⁹ « La formation de base visée à l'article 2, alinéa 1er, 3° doit être au minimum de 160 heures et être conforme au programme déterminé dans l'annexe 2 du présent arrêté, et comprend des cours théoriques et pratiques à concurrence de 120 heures au minimum et un stage de 40 heures au moins », AR du 13 février 1998 relatif aux centres de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers (*M.B.* : 28/03/1998), art.7.

⁷⁰ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art. 6 §2.

⁷¹ *Ibid.*, art.6 §1.

⁷² « La formation permanente doit être de 24 heures par an réparties en au moins 6 heures de cours théoriques et au moins 12 heures de cours et exercices pratiques », AR du 13 février 1998, *Op. cit.*, art. 15.

⁷³ M.-M. DAUTEL et al, *Op. cit.*, p.77.

⁷⁴ J.D., *loc. cit.*, p.2.

⁷⁵ Pour plus d'information, cf. Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, pp. 169-172.

⁷⁶ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (*M.B.* : 07/10/1987), art.87.

Système d'appel unifié

« Les frais d'installation et de fonctionnement du système d'appel unifié sont à charge de l'Etat, dans la mesure où les travaux, les recrutements du personnel ainsi que l'achat de mobilier, machines, appareils et matériel estimés nécessaires ont été autorisés par le Ministre compétent ou son délégué »⁷⁷. Pour chaque agent affecté au centre d'appel unifié, l'Etat rembourse aux communes le montant de la rémunération qu'elles leur allouent⁷⁸. Selon la loi programme du 27 décembre 2004⁷⁹, le remboursement des dépenses de personnel ne peut dépasser, pour chaque agent, le montant de 25 371,53 €

La loi-programme du 9 juillet 2004 prévoit la création d'un Fonds spécial pour les centres intégrés d'appel d'urgence. Ce fonds, financé par le SPF Intérieur, couvre les dépenses de personnel, de fonctionnement et d'investissement nécessaires au fonctionnement de ces centres⁸⁰.

Médecins de garde

Les médecins généralistes agréés qui prennent part aux services de garde de médecine générale organisés les samedis, dimanches et jours fériés légaux, en unité de temps de 24 ou 12 heures, reçoivent de l'assurance maladie des honoraires de disponibilité s'élevant à 125 € par 24 heures et à 62,5 € par 12 heures⁸¹.

⁷⁷ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.2.

⁷⁸ AM du 26 mai 1998 relatif au recrutement et à la prise en charge du personnel des centres du système d'appel unifié (*M.B.* : 10/07/1998), art.2.

⁷⁹ Loi-programme du 27 décembre 2004 (*M.B.* : 31/12/04), art. 454.

⁸⁰ Loi-programme du 9 juillet 2004 (*M.B.* : 15/07/2004), Titre IV, Chapitre Ier.

⁸¹ AR du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés (*M.B.* : 14/12/2002), art.6.

SMUR

Le financement du SMUR est couvert forfaitairement par le budget des moyens financiers de l'hôpital (sous-partie B4). Ce forfait ($\approx 222\ 000\ \text{€}/\text{an}$ ⁸²) couvre les charges relatives notamment à l'enregistrement de l'activité du service des urgences et du SMUR⁸³ ainsi que les moyens octroyés en vue d'assurer le financement de la fonction agréée SMUR et reprise dans l'aide médicale urgente⁸⁴.

Services ambulanciers

Etant donné que les services ambulanciers ne sont plus subsidiés par le SPF Santé publique et que les tarifs facturés aux patients (cf. infra) sont nettement inférieurs aux coûts réels, les services ambulanciers publics recherchent d'autres sources de financement. La plupart d'entre eux reçoivent subsides des communes. Certains services d'incendie investissent leurs subsides provinciaux dans leur parc ambulancier.

La situation géographique favorable (ex. : centre urbain à forte densité de population) de certains services leur permet d'être rentables. Mais la rentabilité des services ambulanciers privés est généralement assurée par l'accomplissement d'autres missions (soins à domicile, transport non urgent ...).

Les frais de fonctionnement des centres de formation des secouristes-ambulanciers « sont couverts par des subsides de l'Etat et par les droits d'inscription des candidats »⁸⁵.

2.4.2. Financement des interventions

Services hospitaliers

Selon la loi coordonnée sur les hôpitaux, « il ne peut être réclamé de contribution forfaitaire aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence d'un hôpital »⁸⁶. Toutefois, depuis 2005, une contribution forfaitaire de 9,50 € (4,75 € pour les Bénéficiaires de l'Intervention Majorée) est demandée aux patients, sauf si :

- le patient est admis en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente ou par le biais des services de police ;
- le patient est admis pour au moins une nuitée ou en hospitalisation de jour ou y est placé en observation pendant 12 heures au moins ;
- le patient est référé par un médecin ;
- la consultation débute entre minuit et 6 heures du matin ;
- si un plâtre doit être placé.

⁸² « En vue de financer la fonction agréée SMUR, il est octroyé un montant forfaitaire de 222 145,85 EUR (valeur au 1er janvier 2002). Le maintien de ce financement est subordonné à la collecte et à la transmission de données relatives à l'activité de la fonction SMUR (...) », AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers (*M.B.* : 30/05/2002), art. 68.

⁸³ Cet enregistrement vise à valider l'exécution de la politique et à susciter un auto-contrôle administratif des SMUR.

Le montant octroyé pour effectuer cet enregistrement diffère selon le statut de l'hôpital : sur une base annuelle, sera accordé un montant de base de 18 330,36 € pour les hôpitaux généraux privés et de 18 118,68 € pour les hôpitaux généraux publics, augmenté de 141,75 € pour les hôpitaux généraux privés et 140,74 € pour les hôpitaux généraux publics par lits agréé. AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers, art.55, §1.

⁸⁴ AR du 25 avril 2002, *Op. cit.*, art.15, 4^o et 19^o.

⁸⁵ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.6 §3.

⁸⁶ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (*M.B.* : 07/10/1987), art. 107 quater §1^{er}.

Le patient paie en outre les tickets modérateurs correspondant aux actes médicaux et médicaments reçus.

Système d'appel unifié

Etant donné que les frais d'installation et le fonctionnement du système d'appel unifié sont à charge de l'Etat, les numéros d'appel 100 et 112 sont gratuits pour les usagers.

Honoraires des médecins de garde

Lorsqu'un médecin de garde intervient auprès d'un patient, celui-ci perçoit des honoraires variant de 28,50 € à 55,36 € selon la qualité du médecin généraliste et le moment de l'intervention.

Le ticket modérateur supporté par l'assuré ordinaire varie entre 9,12 € et 19,58 € selon le statut du praticien, le moment de l'intervention, l'âge de l'assuré et la possession ou non d'un dossier médical global. Le bénéficiaire d'intervention majorée paie entre 3,73 € et 5,56 € selon le statut du praticien et le moment d'intervention.

Tableau : Intervention de l'assurance maladie au 1er janvier 2004

Visite d'urgence par un médecin généraliste	Honoraires	Intervention de l'AM					
		< 10 ans		10 -75 ans		> 75 ans et malades chroniques	
		AO	BIM	AO ⁸⁷	BIM	AO	BIM
Avec droits acquis⁸⁸							
Entre 18 et 21 h	28,50	19,38	24,67	18,38	24,67	19,38	24,67
Entre 21 h et 8 h du matin	43,77	29,26	38,47	28,26	38,47	29,26	38,47
Du samedi 8 h au lundi 8 h	30,62	20,75	26,52	19,75	26,52	20,75	26,52
Un jour férié	30,62	20,75	26,52	19,75	26,52	20,75	26,52
Agréé⁸⁹							
Entre 18 et 21 h	32,50	21,96	28,77	20,96	28,77	21,96	28,77
Entre 21 h et 8 h du matin	55,36	36,78	49,80	35,78	49,80	36,78	49,80
Du samedi 8 h au lundi 8 h	34,58	23,31	30,62	22,31	30,62	23,31	30,62
Un jour férié	34,58	23,31	30,62	22,31	30,62	23,31	30,62

Source : INAMI, 2004

SMUR

Selon la loi coordonnée sur les hôpitaux, « tous les frais liés aux interventions du service mobile d'urgence (SMUR) sont couverts par le budget des moyens financiers, à l'exception [de certains] honoraires». ⁹⁰ C'est la raison pour laquelle « l'intervention du SMUR ne peut en aucun cas être facturée au patient » ⁹¹.

Ce dernier supporte uniquement les tickets modérateurs correspondant aux honoraires des médecines urgentistes ⁹² et aux médicaments.

⁸⁷ L'AM rembourse 1 € de plus pour cette catégorie de patients lorsqu'ils possèdent un dossier médical global.

⁸⁸ Ces médecins ne sont pas détenteurs d'un certificat de formation complémentaire mais exerçaient la médecine générale au 31 décembre 1994.

⁸⁹ Ces médecins sont détenteurs d'un certificat de formation complémentaire.

⁹⁰ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (M.B. : 07/10/1987), art.107 quinquies.

⁹¹ J.D., *loc. cit.*, p.2.

⁹² *Idem.*

Le Fonds d'aide médicale urgente garantit, à concurrence des montants prévus dans les barèmes, le paiement des frais résultant de l'intervention des fonctions "services mobiles d'urgence". Pour ce faire, les médecins et les fonctions SMUR sont tenus d'envoyer à ce fonds une copie de l'information qu'ils ont adressée au bénéficiaire des soins⁹³.

Les courses « inutiles » sont quant à elles prises en charge par le SPF Santé publique.

Services ambulanciers

Les tarifs pour le transport urgent de malades effectué par le réseau d'appel unique, sont déterminés par le Ministre de la Santé.

Le transport en ambulance d'un malade ou d'un blessé entre le lieu de chargement et l'hôpital agréé "100" le plus proche est facturé de la manière suivante :

Tableau : Tarification du transport en ambulance (01/01/05)

Distances	Tarifs
Les 10 premiers km	forfait de 50,07 €
Du 11 ^{ème} au 20 ^{ème} km	+ 4,96 €/km
A partir du 21 ^{ème} km	+ 3,72 €/km

Source : Ministère de la santé publique

Aucun remboursement n'est prévu en vertu de l'assurance maladie obligatoire. « Le patient doit donc payer l'entièreté de cette somme »⁹⁴. Toutefois, certaines mutualités interviennent financièrement dans le cadre de leur assurance complémentaire.

Les honoraires pour assistance médicale prêtée à un patient par le médecin généraliste agréé pendant son transfert à l'hôpital ne sont pas inclus dans ces tarifs.

Si l'intervention est doublée par une ambulance de réanimation, il ne sera procédé qu'à une seule facturation mais les prestations de l'équipe médicale seront facturées en sus au patient par l'hôpital dont elle est issue.

Le Fonds d'aide médicale urgente garantit, à concurrence des montants prévus dans les barèmes, le paiement des frais résultant de l'intervention des services d'ambulance.

Hélicoptère

Lorsque le préposé du centre 100 décide de faire appel à l'hélicoptère pour transporter le malade, « les tarifs habituels pratiqués dans le cadre de l'aide médicale urgente seront appliqués »⁹⁵.

Lorsqu'un « hélicoptère fonctionne comme SMUR, les règles concernant le SMUR sont en vigueur, donc rien ne peut être facturé au patient ».

Par contre, si « un patient est transféré entre deux hôpitaux à bord d'un hélicoptère, les tarifs du réseau d'appel uniforme ne sont pas d'application. Il en va de même quand un hélicoptère est demandé sans passer par le 100. Des montants importants sont alors facturés au patient sans aucun remboursement possible »⁹⁶.

⁹³ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art.10.

⁹⁴ J.D., *loc. cit.*, p.2.

⁹⁵ *Idem.*

⁹⁶ *Idem.*

2.5. Programmation et offre en province de Luxembourg

2.5.1. Les services hospitaliers d'urgence

Services Urgents Spécialisés

L'arrêté ministériel du 23 janvier 2003⁹⁷ intègre dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, les fonctions "soins urgents spécialisés" de la province de Luxembourg suivants :

- Les Cliniques du Sud Luxembourg - site d'Arlon
- Le Centre Hospitalier de l'Ardenne - site de Libramont
- L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Bastogne
- L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Aye - Marche-en-Famenne

En 2002, ceux-ci possèdent environ 60 lits dont plus de 2/3 en réanimation et réanimations médicale et chirurgicale, les autres étant destinés aux soins urgents de proximité⁹⁸.

Les hôpitaux de la province ne disposent pas de lits en soins intensifs cardiaques, ni en soins intensifs néonataux.

Services de première prise en charge des urgences

A l'exception des services de gériatrie isolés (index G), et des hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (indice Sp)⁹⁹, tous les hôpitaux ne disposant pas d'une fonction "soins urgents spécialisés" doivent disposer d'une fonction de "première prise en charge des urgences".

Les activités des trois hôpitaux généraux de la province de Luxembourg sont réparties sur sept sites hospitaliers. Etant donné que quatre d'entre eux disposent d'une fonction "soins urgents spécialisés", que le site d'Athus est spécialisé et celui-ci de Saint-Ode est gériatrique, seul le site de Virton offre un service de première prise en charge des urgences.

Notons que le Centre Universitaire Provincial "La Clairière" (hôpital psychiatrique) situé à Bertrix assure des admissions 24 h sur 24 h¹⁰⁰.

2.5.2. Les services pré-hospitaliers d'urgence

Centres 100

« Les centres d'appel unifiés sont organisés de façon à assurer la prise en charge des appels pour l'ensemble du territoire »¹⁰¹. Dans la zone Interreg belge, la commune d'Arlon a été désignée comme centre du système d'appel unifié¹⁰² c'est-à-dire que tous les appels 100 et 112 de la province de Luxembourg transitent par le centre d'Arlon qui dispose d'une vue d'ensemble en temps réel des disponibilités humaines et matérielles de sa zone et gère au mieux l'envoi de secours sur le lieu du sinistre.

⁹⁷ AM du 29 janvier 2003 intégrant des fonctions " service mobile d'urgence " agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (*M.B.* : 31/01/2003), art.1.

⁹⁸ Cf. Enquête LLS (2002)

⁹⁹ AR du 18 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée (*M.B.* : 15/04/1998).

¹⁰⁰ Cf. www.province.Luxembourg.be

¹⁰¹ AR du 2 avril 1965, *Op. cit.*, art.3.

¹⁰² *Idem.*

Selon l'arrêté ministériel du 26 mai 1998, douze agents sont autorisés à y être affectés¹⁰³.

Médecins de garde

La commission médicale est chargée d'une part, de définir les besoins en matière de service de garde et d'autre part, de surveiller le fonctionnement de ceux-ci. Par conséquent, « en cas de carence ou d'insuffisance, la commission médicale fait appel, d'initiative ou à la demande du gouverneur de province, à la collaboration des organisations ou des praticiens intéressés en vue d'instituer ou de compléter les services de garde »¹⁰⁴. Si en dépit de l'intervention de la commission médicale provinciale, les services de garde ne fonctionnent pas de manière satisfaisante, l'inspecteur d'hygiène prend lui-même toutes mesures en vue d'organiser ou de compléter les services de garde en fonction des besoins qui auront été éventuellement définis par la commission médicale présidée par le gouverneur de province.

En 2002, il y avait 486 médecins généralistes en province de Luxembourg, soit une densité de 194 généralistes pour 100 000 habitants. Ils ne sont toutefois pas tous tenus à prendre part aux services de garde.

SMUR

Selon les critères de programmation définis par le Ministre de la Santé, :

- Un "service mobile d'urgence" peut être institué dans chaque arrondissement. Dans un arrondissement administratif qui compte plus de 350 000 habitants, un service mobile d'urgence supplémentaire peut être institué par tranche supplémentaire entamée de 175 000 habitants.
- Un "service mobile d'urgence" peut être institué dans chaque commune où est situé un hôpital (...).
- La distance entre deux "services mobiles d'urgence" situés dans des communes différentes doit être d'au moins 15 km sauf si l'un des deux "services mobiles d'urgence" est situé dans une commune d'une densité de population d'au moins 1 200 habitants au km² ou, si les deux "services mobiles d'urgence" sont situés dans des communes d'une densité de population d'au moins 600 habitants au km² chacune.

Selon l'arrêté ministériel du 29 janvier 2003, les sites des hôpitaux de la province de Luxembourg disposant des fonctions "service mobile d'urgence" sont¹⁰⁵ :

- Les Cliniques du Sud Luxembourg - site d'Arlon
- Le Centre Hospitalier de l'Ardenne - site de Libramont
- L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Bastogne
- L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Aye - Marche-en-Famenne

Toutefois, le site de Virton dispose également d'un SMUR.

Au total, ces hôpitaux comptabilisent 5 véhicules d'urgences, soit 2 pour 100 000 habitants. Chaque SMUR couvre en moyenne un territoire de 888 km².

Services ambulanciers

¹⁰³ AM du 26 mai 1998, *Op. cit.*, art.1.

¹⁰⁴ AR n° 78 du 10 novembre 1967, *Op. cit.*, art.9 §2.

¹⁰⁵ AM du 29 janvier 2003, *Op. cit.*, art.1.

Le ministre de la Santé publique fixe « les critères applicables à la programmation du nombre de services ambulanciers compte tenu des besoins en matière d'aide médicale urgente »¹⁰⁶. Ceux-ci concernent les véhicules utilisés ainsi que le nombre de lieux de départ.

La province de Luxembourg compte 14 centres régionaux d'incendie localisés à Arlon, Aubange, Bastogne, Bertrix, Bouillon, Erezée, Etalle, Houffalize, Marche-en-Famenne, Neufchâteau, Paliseul, Saint-Hubert, Vielsalm et Virton. S'y ajoutent deux postes dit « avancés », situés à La Roche et Florenville, destinés à réduire le temps nécessaire d'intervention¹⁰⁷.

¹⁰⁶ Loi du 8 juillet 1964, *Op. cit.*, art 3 bis §2.

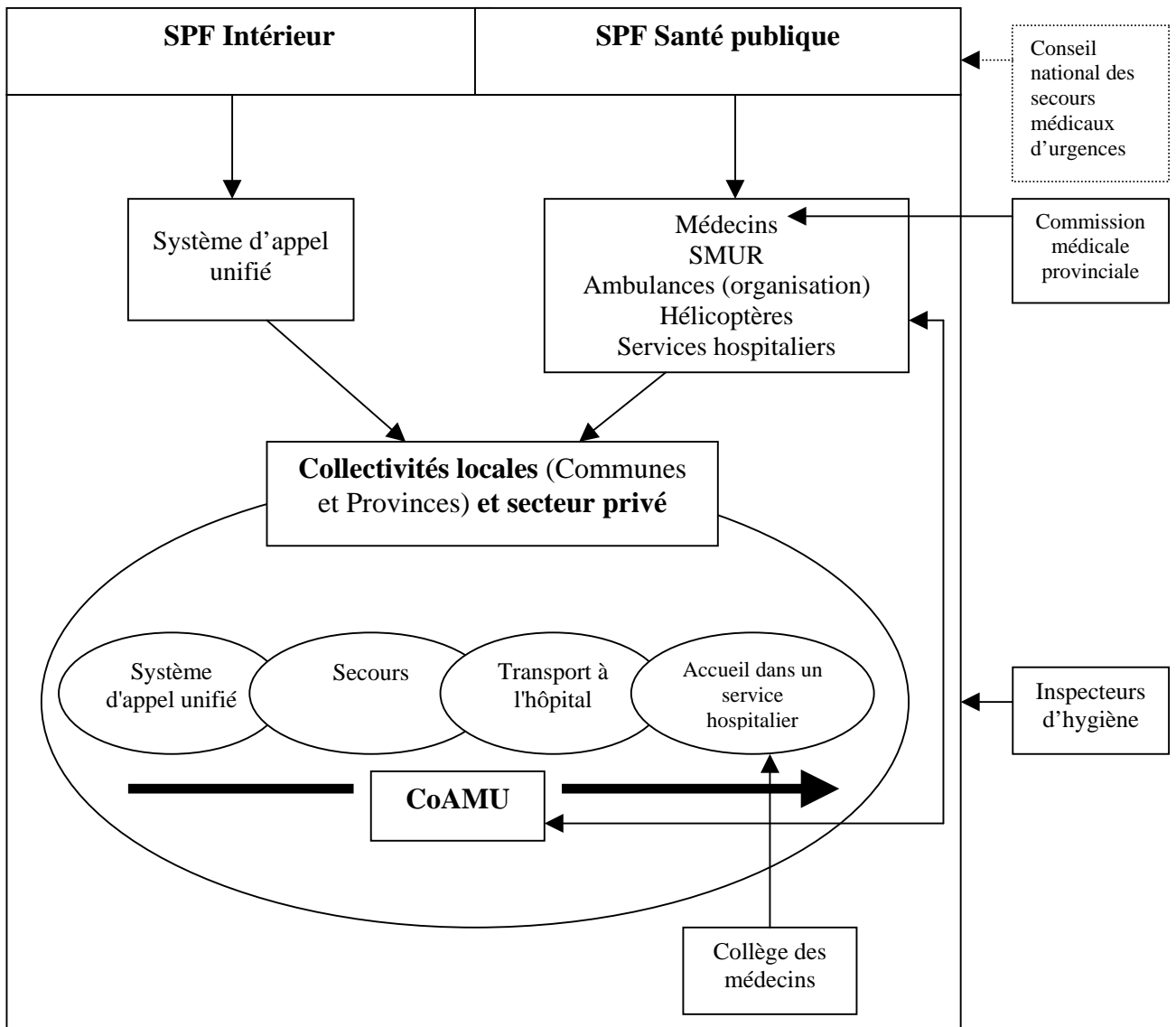
¹⁰⁷ <http://www.province.luxembourg.be/documentation/discours/mercuriale2002.html>

2.6. Tableau synoptique

	Moyens d'intervention	Autorité	Missions	Moyens techniques	Moyens humains	Financement	Intervention du patient	Offre en PL
	Système d'appel unifié (100 ou 112)	SPF Intérieur	Analyse de la situation et envoi des moyens adéquats	Centrale téléphonique	Préposés (sans statut, ni formation)	100 % (Etat)	Appel gratuit	1 (Arlon)
Secours	Médecin (selon de loi du 8/7/64)	SPF SP*	Apporter les 1 ^{er} soins nécessaires	-	Médecin prenant part aux services de garde	Forfait : 125 €/ 24h ou 62,5 €/ 12h (AM) Honoraires de 28,50 à 55,36 €(AM et patient)	TM** : de 9,12 à 19,58 €(AO***) de 3,73 à 5,56 €(BIM°)	n.d.
	SMUR	SPF SP	Actes médicaux et infirmiers urgents (+ surveillance et soins lors du transport)	Véhicule équipé agréé, attaché à un hôpital	(Candidat-)spécialiste en soins intensifs +1 infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence (ou expérience)	Forfait annuel (≈ 222 000 €) inclut dans le budget des moyens financiers de l'hôpital (AM)	TM honoraires du médecin TM médicaments	4 : Arlon, Bastogne, Libramont et Marche + 1 non agréé (Virton)
Transport	Services ambulanciers	SPF SP	Transport des personnes à l'hôpital	Véhicule agréé	Titulaire d'un brevet de secouriste-ambulancier	Intervention financière du patient (Subsides des communes et provinces)	Coûts kilométriques (si AMU) : forfait de 50,07 €(≤ 10 km) + 4,96 €/ km + 3,72 €/ km (> 20 km) + suppléments en cas d'intervention médicale	14 lieux de départ
	Hélicoptère	SPF SP	Transport des personnes à l'hôpital	Véhicule agréé	n.d.	Intervention financière du patient (Subsides des communes et province)	Coûts kilométriques (si AMU) : forfait de 50,07 €(≤ 10 km) + 4,96 €/ km + 3,72 €/ km (> 20 km) + suppléments en cas d'intervention médicale	n.d.
Services hospitaliers	Fonction « Soins Urgents Spécialisés »	SPF SP	Mesurer, préserver, stabiliser et restaurer les fonctions vitales	3 lits de soins intensifs, bloc opératoire, service d'imagerie médicale ...	Médecin (candi)urgentiste + 2 infirmiers spécialisés Autres spécialistes disponibles Dir. = médecin urgentiste	Subsides à l'investissement (Etat et Région) Budget des moyens financiers (AM) Intervention de l'AM et du patient	TM honoraires du médecin TM médicaments (+ Forfait de 9,50 €(AO) et de 4,75 €(BIM) si hors AMU)	4 : Arlon, Bastogne, Libramont et Marche
	Service de 1^{ère} prise en charge des urgences	SPF SP	Accueil et traitement des patients atteints d'une pathologie aiguë	3 lits de soins intensifs (ou collaboration)	Médecin + Infirmier Dir. = médecin urgentiste	Subsides à l'investissement (Etat et Région) Budget des moyens financiers (AM) Intervention de l'AM et du patient	TM honoraires du médecin TM médicaments (+ Forfait de 9,50 €(AO) et de 4,75 €(BIM) si hors AMU)	1 : Virton

Légende : * SPF SP : Service Public Fédéral – Santé Publique ; ** TM : Ticket modérateur ; ***AO : Assurés Ordinaires ; °BIM : Bénéficiaires de l'Intervention Majorée

Schéma synthétique de l'organisation administrative et du fonctionnement de l'AMU en Belgique



3. Le système de prise en charge des urgences médicales en France

La prise en charge des urgences constitue une priorité de santé publique en France et constitue la première des fonctions du service public hospitalier¹⁰⁸.

En effet, les urgences hospitalières françaises sont prises en charge à hauteur de 88% par les établissements publics hospitaliers¹⁰⁹.

Cependant, la médecine d'urgence n'est pas considérée à ce jour comme une spécialité, et de nombreux acteurs participent de manière ponctuelle à son organisation dans le pays.

Une réforme structurelle devrait voir le jour cette année afin de permettre la mise en place de réseaux réunissant les établissements de santé dans leur ensemble et les professionnels libéraux, et posant ainsi au cœur du système le principe de la permanence des soins.

L'objectif est ainsi de « renforcer l'implication de l'ensemble de la communauté hospitalière publique et privée du territoire dans la prise en charge des urgences »¹¹⁰.

Ces travaux s'inscrivent dans la continuité de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹¹¹ définissant de nouvelles règles de planification hospitalière à l'échelle d'un territoire de santé. Désormais, l'autorisation accordée à un établissement de santé de prendre en charge les urgences est délivrée en tenant compte des ressources d'une « zone géographique au sein de laquelle la population fait preuve d'un comportement homogène en terme de consommation de soins, tant hospitalier qu'ambulatoire »¹¹².

Dans l'attente de cette nouvelle réglementation, l'organisation des urgences française décrite dans ce rapport est celle issue la loi du 6 janvier 1986¹¹³, laquelle a été complétée par d'importants décrets en date du 9 mai 1995 et 30 mai 1997¹¹⁴.

¹⁰⁸ Le service public hospitalier est assuré par :

- les établissements publics de santé,
- les établissements de santé privés qui répondent à certaines conditions fixées aux articles L 6161-6 et L 6161-9 du Code de Santé Publique

¹⁰⁹ Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

En 2002, il existait seulement 112 structures privées autorisées recouvrant 93 UPATOU (Unités de Proximité, d'Accueil et de Traitement des Urgences), 17 POSU (Pôles Spécialisés d'Urgence), 1 SAU (Service d'Accueil des Urgences) – Le Quotidien du Médecin du 6 avril 2005.

¹¹⁰ Jean CASTEX – Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins – Avril 2005

¹¹¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, publiée au JO le 4 octobre 2003

¹¹² Définition du bassin de santé donnée par le CREDES lors d'un colloque des 22 et 24 avril 1998 « allocation des ressources et géographie des soins »

¹¹³ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986

¹¹⁴ Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et modifiant le code de la santé publique.

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences »

Décrets n°97-619 et 97-620 relatifs à l'autorisation et aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des SMUR.

3.1. Cadre légal

La coordination du système relève d'une compétence exercée par l'autorité étatique régionale, à savoir, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)¹¹⁵ dont la mission est de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, et le Préfet de Région, chargé de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente.

3.1.1. Organisation et fonctionnement des urgences

L'organisation et le fonctionnement des urgences en France sont définis par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) élaborés dans chaque région¹¹⁶.

Ces schémas déterminent une organisation sanitaire territoriale afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population¹¹⁷.

Les SROS 2^{ème} génération élaborés pour la période 1999/2004 ont permis une amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'organisation des services des urgences.

Cependant, le Plan Hôpital 2007 adopté par Ordonnance du 4 septembre 2003¹¹⁸ a apporté d'importantes modifications aux règles de planification et d'autorisation, et oblige donc à l'élaboration de nouveaux schémas¹¹⁹.

Les objectifs affichés de ces SROS 3^{ème} génération, tels que définis par le Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées¹²⁰ sont :

- une meilleure évaluation des besoins de santé,
- une plus grande prise en compte de la dimension territoriale,
- une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers,
- une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.

Ces nouveaux schémas doivent permettre aux régions de définir un réseau de prise en charge des urgences autour des établissements de santé sur la base des ressources d'un territoire. L'enjeu est désormais de définir des filières interconnectées de prise en charge des urgences afin d'assurer une permanence des soins optimum.

Pour cela, doivent être pris en compte l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville, le secteur social et médico-social, ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers¹²¹.

Cette vision globale sera confirmée les prochains mois par les nouveaux décrets relatifs à la prise en charge des urgences dans les établissements de santé destinés à restructurer les services d'urgence dans leur environnement intra et extra hospitalier¹²².

¹¹⁵ L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) est une personne morale de droit public doté de l'autonomie administrative et financière, et constituée dans chaque région sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) entre l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie. L'ARH est placée sous la tutelle des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale.

¹¹⁶ Art L 6121-1 et R 712-10 du Code de Santé Publique

¹¹⁷ Art R 712-9 du Code de Santé Publique

¹¹⁸ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, publiée au JO le 4 octobre 2003

¹¹⁹ A titre transitoire, les SROS en vigueur avant la publication de l'ordonnance¹¹⁹ sont prorogés jusqu'à la publication des nouveaux schémas, et au plus tard, jusqu'au 31 mars 2006

¹²⁰ Circulaire DHIS/O/2004/101 du 5 mars 2004 (non paru au JO)

¹²¹ Art L 6121-1 du Code de Santé Publique, issu de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003

En application de l'article R 712-11-1 du Code de la Santé Publique, la préparation du schéma régional nécessite la réunion, autour du Directeur de l'ARH, d'une session régionale d'étude et de proposition consacrée à l'offre de soins en urgence¹²³.

Cette session est chargée de proposer un projet de répartition territoriale des sites d'accueil et de traitement des urgences, et indique les relations de collaboration qu'elle estime nécessaire entre les établissements, notamment pour l'orientation des patients et la constitution de réseaux de soins spécifiques.

Les nouveaux schémas devront être adoptés au plus tard le 31 mars 2006.

3.1.2. La Conférence régionale de coopération interhospitalière sur les services mobiles d'urgence

La coopération des établissements de santé assurant la prise en charge des urgences hors de l'hôpital est soutenue par une conférence régionale de coopération interhospitalière sur les services mobiles d'urgence¹²⁴.

Cette conférence est présidée par le directeur de l'ARH, et réunit les directeurs départementaux des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), les directeurs des établissements de santé sièges de services d'aide médicale urgente (SAMU) ou de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), ainsi que les médecins responsables de ces services.

Elle a pour missions de :

- proposer les modalités de l'engagement et de la coordination des SMUR et de leurs antennes avec le SAMU et leurs centres 15, en tenant compte de leurs moyens et de leur disponibilité ;
- proposer les zones d'intervention des SMUR dans chacun des départements de la région en tenant compte des moyens mobiles dont ils disposent, notamment hélicoptérés ;
- évaluer le dispositif hospitalier de prise en charge des urgences par les services mobiles d'urgence.

La conférence a également pour tâche importante de promouvoir la conclusion de conventions dans chaque département, entre les établissements de santé sièges d'un SMUR et ceux où est implanté le SAMU¹²⁵.

¹²² Il est notamment envisagé la création de filières spécifiques à certaines populations ou pathologies, une appellation unique des services d'urgence, un renforcement des transports sanitaires interhospitaliers.

¹²³ Cette session réunit des personnalités qualifiées, un représentant des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, des représentants de la Conférence Régionale de Santé (définie à l'art L 1411-3 du CSP), au moins un président de commission médicale d'établissement public de santé, un président de commission médicale (art L6161-8 CSP), des représentants de l'Union des médecins exerçant à titre libéral, des représentants des associations de médecins pratiquant les urgences non hospitalières, des chefs de service d'aide médicale urgente, des médecins responsables de services ou d'unités de proximité d'accueil des urgences, dont au moins 5 anesthésistes-réanimateurs, des médecins spécialistes exerçant dans un établissement de santé, notamment en cardiologie, pédiatrie et psychiatrie, et au moins un gynécologue-obstétricien.

¹²⁴ Art R 712-71-8 du Code de la Santé Publique

¹²⁵ Conventions prévues à l'art R 712-71-10 du Code de la Santé Publique – cf. supra

Les avis de la conférence régionale permettent au directeur de l'ARH de décider des modalités de l'engagement et de la coordination des SMUR par les SAMU et le centre 15 de réception et de régulation des appels.¹²⁶

3.1.3. Organisation en Lorraine

Par arrêté en date du 13 juillet 2005¹²⁷, le Directeur de l'ARH a défini deux types de territoires de santé en région Lorraine :

- deux territoires de planification et de concertation que sont le territoire Nord¹²⁸ et le territoire Sud ;
- vingt territoires de proximité répartis dans les territoires de planification et de concertation.

L'objectif est de concilier les objectifs du SROS avec les politiques de développement local et d'aménagement du territoire afin d'offrir aux patients une prise en charge globale.

C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre du futur SROS en mars 2006, seront définis des parcours de soins personnalisés à chaque zone géographique par le biais de la mobilisation des réseaux ville-hôpital, de la médecine ambulatoire et le développement de complémentarités avec les politiques sociales et médico-sociales.

De même, dans la perspective de la constitution d'un réseau de prise en charge des urgences, la région Lorraine souhaite élaborer un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables à l'échelle du réseau, avec indication des modalités d'accès et de fonctionnement de ces ressources.

Le rôle de conseil, d'orientation et de régulation médicale des SAMU sera renforcé, et ceux-ci seront interconnectés tant avec les médecins libéraux assurant une permanence des soins, qu'avec des établissements partenaires de l'activité de médecine d'urgence.

L'objectif du SROS Urgences en Lorraine est donc d'accorder à chaque bassin de santé une dotation minimale de premier recours pour les installations et activités de soins, et d'établir une organisation de l'offre qui soit lisible pour l'utilisateur et l'ensemble des intervenants du territoire de santé.

La Lorraine compte ainsi 2 territoires de santé, et le maillage territorial est construit de manière à ce que 95% de la population aient accès à une structure d'urgence dans un délai de 20 minutes, les 5% restants devant tendre vers un accès dans un délai maximum de 45 minutes.

L'offre de soins « urgence » en Lorraine est la suivante (bilan au 31 décembre 2005) ;

- 18 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dont 1 SMUR néonatal et 3 SMUR dotés d'une ou plusieurs antennes, à répartition égale entre le territoire Nord et le territoire Sud ;
- 1 hélicoptère sanitaire régional¹²⁹ ;

¹²⁶ Il convient de noter que depuis le 1^{er} juillet 2005 n'existe plus le Comité de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires. Art L 6313-1 du Code de la Santé Publique abrogé par Ord. n°2004-637 du 1^{er} juillet 2004.

¹²⁷ Arrêté n°5/05 du 13 juillet 2005 publié aux recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Lorraine

¹²⁸ Le territoire Nord regroupe 54% de la population Lorraine.

¹²⁹ Il est à noter le mode d'organisation tout à fait particulier de l'hélicoptère sanitaire. Celui-ci est basé au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, mais est à la disposition des quatre SAMU de la région.

- 4 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : 1 dans chaque département doté d'un centre 15 et d'un système de régulation incluant les médecins libéraux ;
- 22 sites d'urgence, répartis de manière égale entre le territoire Nord et le territoire Sud.

Parmi ces sites, on compte :

- > 6 services d'accueil des urgences, répartis sur 6 communes ou agglomérations,
- > 14 unités de proximité d'accueil et traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) réparties sur 14 communes ou agglomérations, dont 2 installées dans des cliniques privées,
- > 1 Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) pédiatrique,
- > 1 Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) néonatal.

Le futur SROS prévoit également la mise en place de filières spécialisées :

- prise en charge du syndrome coronarien aigu, des accidents vasculaires cérébraux, des conduites addictives ;
- création de filières gériatrique, pédiatrique, psychiatrique ;
- prise en charge des situations spécifiques telles les situations de précarité, le prélèvement d'organes ou de tissus, les consultations médico-judiciaires ;
- prise en charge des victimes de violence sexuelle et des détenus.

3.2. Les urgences hospitalières

Il n'existe pas de définition légale de l'urgence.

La mission du système d'aide médicale urgente est définie par la loi du 6 janvier 1986 : il s'agit de « *faire assurer aux malades blessés, et femmes enceintes, dans quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ».

L'accueil et le traitement des urgences peuvent prendre plusieurs formes, et l'on constate une très grande hétérogénéité des services d'urgence sur le territoire.

Mais, quels que soient les types de service, l'organisation définie par les Schémas Régionaux doit tendre à :

- répondre aux urgences graves et vitales¹³⁰ ;

Ainsi, participent au fonctionnement de l'équipe transport d'urgence hélicoptés, des médecins urgentistes issus des quatre départements de la région.

¹³⁰ Il existe une classification clinique des malades aux urgences (CCMU) représentée sur une échelle de gravité en 5 classes :

- les 2 premières classes correspondent à des états qui ne sont pas susceptibles de s'aggraver (la différence entre le niveau 1 et le niveau 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique) ;
- la CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital ;
- les CCMU 4 et 5 constatent un pronostic vital engagé, et nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation pour la CCMU 5.

Ce classement est effectué par le médecin après examen clinique.

- mieux orienter les patients en situation d'urgence par un renforcement du rôle de régulation des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ;
- garantir au patient une équité d'accès à des soins de qualité en répondant aux normes d'organisation et de fonctionnement des services d'urgence.

3.2.1. Autorisations

L'accueil et le traitement des urgences est une activité soumise à autorisation¹³¹.

Cette autorisation, délivrée par l'ARH après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire, est nécessaire pour faire fonctionner¹³² dans l'établissement :

- soit un Service d'Accueil et de traitement des Urgences, éventuellement spécialisé (SAU),
- soit une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU)¹³³.

A titre exceptionnel, un établissement de santé prenant en charge sur un site unique, soit principalement les enfants malades ou blessés, soit de façon prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant un même organe, ou altérant une même fonction, peut être autorisé à faire fonctionner un Service d'Accueil et de traitement des Urgences spécialisé constituant un Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences (POSU)¹³⁴.

Cependant, les établissements non autorisés pour l'accueil et le traitement des urgences peuvent prendre en charge les patients ou organiser leur transfert en coordination avec le SAMU vers un établissement autorisé¹³⁵. Un protocole d'orientation est généralement établi dans ce sens avec le centre 15¹³⁶.

D'autre part, lorsqu'un établissement de santé a déposé une demande d'autorisation d'un Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), il doit parallèlement déposer une demande d'autorisation d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), sauf s'il existe dans les établissements de santé proches des services suffisants¹³⁷.

3.2.2. Convention pour les soins psychiatriques

Afin de permettre une prise en charge globale du patient, tout établissement siège d'un Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) ou d'une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) a l'obligation de conclure une convention

Sont exclus de cette échelle les enfants de moins de 6 ans et les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique.

¹³¹ Art L 6122-1, L 6122-9 et R 712-2 du Code de la Santé Publique

¹³² L'autorisation de fonctionnement est délivrée après visite de conformité (art L 6122-4 du Code de la Santé Publique)

¹³³ Dans des situations particulières, une autorisation de faire fonctionner une UPATOU une partie de l'année seulement, peut être accordée par l'ARH, à condition toutefois de passer une convention avec un établissement disposant d'une telle unité (Art R 712-70 du Code de la Santé Publique).

¹³⁴ Art R 712-63 du Code de Santé Publique

¹³⁵ Art R 712-78 et R 712-79 du Code de Santé Publique

¹³⁶ 9 établissements en Lorraine sont concernés et fonctionnent selon des tranches horaires en articulation avec un service d'urgences autorisé.

¹³⁷ Art R 712-64 du Code de la Santé Publique

avec les établissements assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales¹³⁸.

Cette convention à vocation à s'insérer dans le cadre du développement d'un réseau de santé entre différents établissements préconisé par le nouveau SROS.

L'organisation d'une prise en charge psychiatrique aux urgences peut se faire également au sein même de l'établissement par la constitution d'une équipe de liaison.

En tout état de cause, lorsque l'état du patient exige qu'il soit pris en charge par un établissement de santé exerçant la psychiatrie, le SAU ou l'UPATOU l'oriente vers un établissement compétent relevant de son lieu de résidence¹³⁹.

3.2.3. Missions

Les trois grandes catégories de services pouvant être présents dans les établissements hospitaliers sont précisément encadrées par la loi.

Leur mission se décline en fonction du niveau de prise en charge nécessité par l'état du patient.

› Les SAU accueillent les patients les plus gravement atteints. Leur mission est « *d'accueillir, sans sélection, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgences vitales* »¹⁴⁰.

Ils doivent donc prendre en charge sur place tous les types d'urgence qui se présentent à eux, y compris ceux dont le pronostic vital est engagé.

› L'UPATOU accueille également sans sélection, tous les jours de l'année, 24h/24, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique¹⁴¹.

Elle traite les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale, de psychiatrie ou de chirurgie qui ne nécessitent pas d'anesthésie générale ou loco-régionale.

Elle oriente les patients dont l'état nécessite des soins dont elle ne dispose pas *ou* qu'elle ne peut offrir :

- soit vers d'autres services ou unités de l'établissement prêts à les assurer, dans des conditions préalablement définies ;
- soit, en liaison avec le centre 15 de réception et de régulation des appels du SAMU, vers un établissement siège d'un SAU ou vers un autre établissement de santé en mesure de dispenser sans délai aux patients les soins nécessaires ;
- soit vers tout autre établissement de santé, exerçant ou non l'activité d'accueil et de traitement des urgences, avec lequel a été conclu un contrat de relais¹⁴².

¹³⁸ Art D 712-65-3 du Code de la Santé Publique : la convention précise les modalités de participation des psychiatres au fonctionnement des structures des établissements d'accueil

¹³⁹ Art D 712-65-4 du Code de la Santé Publique

¹⁴⁰ Article R 712-65 du Code de Santé Publique

¹⁴¹ Art R 712-68 du Code Santé Publique (essayer d'être cohérent quant aux références « Code de la Santé Publique »)

¹⁴² Art R712-68 du Code de la Santé Publique

Le contrat de relais est en effet conclu entre l'établissement siège d'une UPATOU et tout autre établissement de santé qui dispose des compétences médicales et des moyens humains et technologiques nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui¹⁴³.

Le projet de contrat doit être soumis à l'approbation de la commission exécutive de l'ARH qui en vérifie la corrélation avec les engagements du Schéma Régional d'Organisation des Soins¹⁴⁴.

Les futurs réseaux de prise en charge des urgences devraient remplacer les contrats relais.

› Les pôles spécialisés ne peuvent, quant à eux, assurer que le type d'urgence en relation avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement.

De même, l'autorisation peut être subordonnée à la condition que l'établissement passe avec un établissement de santé disposant d'un SAU une convention fixant les modalités selon lesquelles sont orientés et pris en charge les patients qui ne relèvent pas exclusivement de ce pôle spécialisé¹⁴⁵.

3.2.4. Conditions de fonctionnement

La qualité des soins dans le domaine des urgences se trouve garantie par des normes d'organisation et de fonctionnement des sites d'urgence fixées par décrets¹⁴⁶.

Moyens techniques

› Un établissement de santé ne peut recevoir l'autorisation de faire fonctionner un SAU que s'il dispense en hospitalisation complète les soins de :

- médecine,
- chirurgie,
- obstétrique,
- odontologie ou psychiatrie,

et comporte au moins des services ou des unités de :

- réanimation,
- médecine générale ou médecine interne,
- médecine à orientation cardiovasculaire,
- médecine pédiatrique,
- anesthésie,
- réanimation,
- chirurgie orthopédique et,
- chirurgie viscérale y compris gynécologique¹⁴⁷.

¹⁴³ Le Contrat prévoit les disciplines et activités de soins ou les états pathologiques pour lesquels l'établissement s'engage, ainsi que les moyens qui y sont affectés (gardes notamment). Il fixe les calendriers d'accueil des patients et les horaires de réception.

Une évaluation périodique du dispositif doit être prévue, et le contrat peut être dénoncé ou suspendu en cas de non exécution ou mauvaise exécution des obligations qui y sont inscrites (Art R 712-69).

¹⁴⁴ Art R 712-69 du Code de la Santé Publique

¹⁴⁵ Art R 712-66 dernier alinéa du Code de la Santé Publique

¹⁴⁶ Décret n°95-647 du 6 mai 1995 et Décret n°97-619 du 30 mai 1997

¹⁴⁷ Art R 712-64 Code Santé Publique

Il doit être organisé :

- dans les centres hospitaliers : en service, département¹⁴⁸ ou fédération¹⁴⁹ ou, par dérogation, selon une organisation des soins et de fonctionnement médical de l'établissement fixée par le Conseil d'administration de l'établissement (établissement public de santé uniquement)¹⁵⁰.
- dans les établissements de santé privés : en unités individualisées placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

Le service doit disposer de locaux distribués en trois zones :

- une zone d'accueil,
- une zone d'examen et de soins comportant une salle de déchoquage,
- une salle de surveillance de très courte durée comportant 3 à 5 boxes individuels par tranche de 10 000 passages par an dans le service¹⁵¹.

Enfin, le SAU doit disposer dans l'établissement, 24h/24 :

- d'un secteur opératoire, avec au moins deux salles, dont une aseptique,
- d'un service de surveillance post opératoire,
- d'un accès aux techniques d'imagerie complète,
- d'un laboratoire multi-disciplinaire in situ ou par convention¹⁵².

Les UPATOU doivent être situées dans un établissement de santé qui dispose au moins d'un service ou unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète, et qui dispense les soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie¹⁵³.

Elles doivent comprendre les mêmes zones que les SAU, avec, pour la zone de surveillance, 2 à 4 boxes individuels pour 10 000 passages par an¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Art L 6146-1 du Code de la Santé Publique : les services ou départements sont créés par les conseils d'administration des établissements sur la base d'un projet d'établissement.

Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier. Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

Les départements sont constitués d'au moins 3 unités fonctionnelles.

A titre exceptionnel, lorsqu'une unité fonctionnelle ne présente pas de complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline, ou qu'il n'existe pas d'unité ayant la même activité, elle peut constituer un service.

¹⁴⁹ Art L 6146-4 du Code de la Santé Publique : Avec l'accord des chefs de service ou de départements intéressés, des services, départements ou unités fonctionnelles peuvent être regroupés en fédérations en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs.

Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médecin, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier.

¹⁵⁰ Conditions fixées à l'art L 6146-8 du Code de la Santé Publique

¹⁵¹ Art R 712-56 Code Santé Publique

¹⁵² Art D 712-58 Code Santé Publique

¹⁵³ Art R 712-67 Code Santé Publique

¹⁵⁴ Art D 712-64 Code Santé Publique

Un établissement de santé ne peut être autorisé à mettre en œuvre l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences sous forme d'une UPATOU que s'il est en mesure d'assurer à tout moment :

- les examens d'imagerie courants, notamment en radiologie classique et en échographie. Pour cela, de 18h30 à 8h et les jours non ouvrés, il doit organiser une permanence de manipulateur en radiologie pour les examens, et assurer le contrôle et l'interprétation de ces clichés par un radiologue ;
- les examens et analyses de biologie courants, au besoin en passant une convention avec un autre établissement de santé ou un laboratoire d'analyse médicale qui puisse lui garantir cette tâche et l'envoi sans délai des résultats.

) Les POSU répondent aux mêmes conditions de fonctionnement que les SAU mais prennent en charge sur un site unique soit les enfants, soit des affections touchant un même organe¹⁵⁵.

Il doit disposer de tout moyen technique indispensable à la prise en charge des urgences qu'il accueille et, s'il y a lieu d'une unité de réanimation ou de soins intensifs ainsi que d'un secteur opératoire garantissant la surveillance post-interventionnelle, capable de fonctionner tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre¹⁵⁶.

Moyens humains

Il existe également des normes strictes en matière de personnel, propre à chaque structure.

L'organisation médicale repose sur :

- un médecin responsable,
- une équipe mobile,
- une équipe paramédicale

) Dans les Services d'Accueil et de traitement des Urgences, l'équipe médicale doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent 24h/24, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée dans le service¹⁵⁷.

Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale est obligatoirement constituée de :

- praticiens hospitaliers¹⁵⁸,
- praticiens des hôpitaux,
- assistants¹⁵⁹, attachés¹⁶⁰

¹⁵⁵ Art R 712 -66 Code Santé Publique

¹⁵⁶ Art D 712-60 du Code de la Santé Publique

¹⁵⁷ Art D 712-54 du Code de la Santé Publique

¹⁵⁸ Décret n°2001-876 du 19 septembre 2001 portant statut des praticiens hospitaliers : personnels titulaires nommés par le Ministre de la Santé, bénéficiant d'un statut unique leur permettant d'exercer dans l'ensemble des hôpitaux publics et dans toutes les disciplines.

Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement et de soins d'urgence, assurent des services de garde et d'astreinte, et participent à des actions d'enseignement, de recherche et de prévention.

¹⁵⁹ Décret 99-378 du 17 mai 1999 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche des centres hospitaliers et universitaires.

Les assistants sont recrutés parmi les résidents (qui exercent la médecine générale) et les internes à l'issue de leur internat pendant 4 ans maximums.

- médecins contractuels,
- médecins vacataires.

L'équipe médicale doit pouvoir faire venir à tout moment un médecin de l'établissement exerçant l'une des disciplines ou activités de soins réalisées en SAU et, s'il y a lieu, tout autre médecin de l'établissement ainsi que tout médecin spécialiste de la pathologie en cause, notamment un pédiatre.

Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences.

Cette formation peut être acquise soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins 1 an dans un service recevant des urgences¹⁶¹.

Le médecin responsable doit répondre, quant à lui, à différentes conditions de statut¹⁶² et doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de 2 ans dans un service recevant les urgences¹⁶³.

Dans les établissements publics de santé, ce responsable est obligatoirement un praticien hospitalier¹⁶⁴.

L'équipe paramédicale est dirigée par un cadre infirmier et comprend :

- au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat 24h/24 tous les jours de l'année,
- des aides soignants,
- l'équipe peut comprendre des assistantes sociales, psychologues (...)¹⁶⁵

L'équipe comprend, en tant que de besoin, un infirmier diplômé d'Etat ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ; à défaut, elle doit pouvoir en faire venir un sans délai¹⁶⁶.

Par ailleurs, tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure¹⁶⁷.

› Rappelons que les conditions de fonctionnement des Pôles Spécialisés d'accueil et de traitement des urgences sont identiques à celles des Services d'Accueil et de traitement des Urgences.

Il en est de même pour les normes en terme de personnel avec la particularité que le médecin responsable et les membres de l'équipe médicale doivent exercer la spécialité correspondant à la discipline ou à l'activité de soins concernée dans le pôle¹⁶⁸.

› Enfin, les normes de personnel applicables dans les Unités de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATOU) sont également les mêmes que dans les SAU à l'exception

¹⁶⁰ Se sont des médecins libéraux nommés sur proposition d'un chef de service pour 1 an. Ils ont pour tâche de seconder le chef de service et de participer aux services de garde.

¹⁶¹ Art D 712-54 du Code de la Santé Publique

¹⁶² Conditions définies aux articles L 4111-1 à L 4112 du Code de la Santé Publique

¹⁶³ Art D 712-53 du Code de la Santé Publique

¹⁶⁴ Art D 712-53 in fine du Code de la Santé Publique

¹⁶⁵ Art D 712-55 du Code de la Santé Publique

¹⁶⁶ Art D 712-65-2 du Code de la Santé Publique

¹⁶⁷ Art D 712-55 du Code de la Santé Publique

¹⁶⁸ Art D 712-60 du Code de la Santé Publique

de l'équipe paramédicale qui ne doit assurer la présence que d'un seul d'infirmier d'Etat 24h/24, tous les jours de l'année, au lieu de 2 dans les SAU¹⁶⁹.

Il convient enfin de préciser que l'ensemble de ces structures doivent assurer la présence d'un psychiatre 24h/24, tous les jours de l'année, lorsque « l'analyse de l'activité du service fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent ».

En tout état de cause, l'équipe médicale du service doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment¹⁷⁰.

3.3. Les urgences pré-hospitalières

3.3.1. Autorisations

Il existe également une prise en charge pré-hospitalière dont le cadre a été défini par la loi du 3 mai 1996¹⁷¹ relative aux services d'incendie et de secours, et deux décrets en date du 30 mai 1997 relatifs aux SMUR¹⁷².

L'aide médicale urgente est définie par la loi comme « *ayant pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ».¹⁷³

Son organisation repose sur plusieurs niveaux d'intervention :

→ Le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) est une unité spécialisée dont ne peuvent disposer que les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier¹⁷⁴.

Le Directeur de l'ARH arrête la liste des établissements de santé dotés de SAMU et fixe leur compétence territoriale¹⁷⁵.

→ Ces unités disposent d'un centre de réception et de régulation des appels, le Centre 15. Les centres 15 sont interconnectés avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police (n°17) et aux services d'incendie et de secours (SDIS) (n°18)¹⁷⁶.

→ Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), effectue quant à lui les interventions médicales urgentes hors de l'établissement, sur demande du SAMU¹⁷⁷.

¹⁶⁹ Art D 712-62 du Code de la Santé Publique

L'ensemble des conditions de fonctionnement des Unités de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences sont définies par les articles D 712-61 à D 712-65

¹⁷⁰ Art D 712-65-1 du Code de la Santé Publique

¹⁷¹ Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours

¹⁷² Décrets n°97-616 et 97-620 du 30 mai 1997

¹⁷³ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 JO du

¹⁷⁴ Art L 6112-5 du Code de Santé Publique

¹⁷⁵ Dernier alinéa de l'article L 6112-5 du Code de la Santé Publique tel que modifié par l'art 3-II de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003

¹⁷⁶ L'article L 6112-5 du Code de la Santé Publique rend obligatoire l'interconnexion des numéros 15 et 18.

¹⁷⁷ Art R 712-71 et suivants du Code de Santé Publique

Ils sont chargés d'effectuer les transports primaires (du domicile à l'hôpital) et les transports secondaires (entre deux établissements de soins).

Le SMUR peut répondre également à des situations particulières.

C'est ainsi, qu'une spécialisation d'un SMUR relative à la prise en charge et au transport sanitaire d'urgence des nouveau-nés et nourrissons peut être accordée par l'ARH aux établissements de santé autorisés à faire fonctionner un pôle spécialisé d'urgence disposant d'une unité de réanimation néonatale ou infantile¹⁷⁸.

De même, le fonctionnement d'un SMUR saisonnier est possible¹⁷⁹.

Enfin, à titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie, un établissement de santé autorisé à faire fonctionner un SMUR peut être autorisé par l'ARH à mettre en place, hors de l'établissement, des moyens destinés à faire fonctionner de façon temporaire ou permanente une antenne du SMUR¹⁸⁰.

Les interventions de cette antenne sont déclenchées et coordonnées par le centre 15.

3.3.2. Missions

) Le SAMU a pour mission principale de dispenser des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë.

Il dispose d'un centre de réception et de régulation des appels (centre 15)¹⁸¹.

Il est notamment chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente (centralisation des demandes de soins médicaux d'urgence et des renseignements d'ordre médical, analyse des données recueillies),
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient et en respectant son libre choix,
- d'organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire,
- de veiller à l'admission du patient.

) Le SMUR a pour mission :

- d'assurer tous les jours de l'année, 24h/24, hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation, et le cas échéant, leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins (transport primaire)¹⁸².

¹⁷⁸ Art R 712-71-4 du Code de la Santé Publique

¹⁷⁹ Art R 712-71-5 du Code de la Santé Publique

¹⁸⁰ Art R 712-71-6 du Code de la Santé Publique

¹⁸¹ Art R 712-68 du Code de la Santé Publique

¹⁸² Art R 712-71-1 1° du Code de la Santé publique

- d'assurer le transfert, accompagné par une équipe hospitalière médicalisée, entre deux établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet (transport secondaire)¹⁸³.

Le SMUR est également habilité à participer à la mise en œuvre de plans répondant à des situations de crise¹⁸⁴, et participe, en liaison avec le SAMU et le centre « 15 », à la préparation et à la prise en charge de la couverture médicale préventive des grands rassemblements de population¹⁸⁵.

Enfin, le SMUR concourt à la formation à l'urgence des professions médicales et paramédicales, des ambulanciers, des secouristes et de tout personnel dont la profession requiert une telle formation¹⁸⁶.

› Conformément à la loi du 3 mai 1996¹⁸⁷, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours ont pour mission de prendre en charge les victimes d'accidents ou de sinistre lorsque leur état nécessite un secours d'urgence, ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

Les critères d'intervention des SDIS sont caractérisés par « *la survenance d'un dommage corporel provenant d'une action imprévue et soudaine, d'une cause ou d'un agent agressif extérieurs* »¹⁸⁸.

Ils interviennent donc dans les cas suivants :

- secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophe,
- prévention, protection, lutte contre les incendies,
- prévention, évaluation des risques technologiques majeurs, naturels, touchant à la sécurité civile,
- organisation des moyens de secours,
- protection des personnes, des biens et de l'environnement.

Leurs interventions sont signalées au SAMU dès lors qu'une action de secours à personne a lieu.

Les SDIS sont également les principaux partenaires des hôpitaux, et peuvent intervenir en tant que prestataire d'un service hospitalier pour assurer le transport d'un patient en cas de carence des ambulanciers privés. Ils sont placés, dans ce cas, sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

¹⁸³ Art R 712-71-1 2° du Code de la Santé Publique

¹⁸⁴ Réf à la loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie, et à la prévention des risques majeurs.

¹⁸⁵ Art R 712-71-2 du Code de la Santé Publique

¹⁸⁶ Art R 712-71-3 du Code de la Santé Publique

¹⁸⁷ Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours

¹⁸⁸ Circulaire du Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, et du Ministre de l'intérieur en date du 29 mars 2004

3.3.3. Organisation

L'efficacité de la réponse aux demandes d'aide médicale urgente nécessite l'action coordonnée de tous les acteurs des urgences pré-hospitalières.

Des conventions sont passées à cet effet entre le SAMU, les SDIS et les praticiens non hospitaliers et/ou des ambulances privées.

Un médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances), et si besoin, de solliciter les moyens du SDIS.

Moyens techniques

Le SAMU constitue un service ou une unité fonctionnelle au sein de l'établissement hospitalier (pôle d'activité).

L'équipe mobile du SMUR dispose de moyens de télécommunication lui permettant d'informer à tout moment le centre « 15 » du SAMU du déroulement de l'intervention en cours.

Plusieurs types de véhicules sont à la disposition du SMUR. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise la nature et les caractéristiques exigées des véhicules ainsi que leurs conditions d'autorisation.

Ces véhicules sont les suivants :

- les Ambulances de Soins de Secours d'Urgence (ASSU) : ce sont des véhicules affectés aux transports sanitaires d'un malade allongé, d'un blessé ou d'une parturiente, et dont l'équipement permet des soins de réanimation ;
- les Voitures de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes (VSAV) : ces véhicules appartiennent aux SDIS et permettent de dispenser des soins d'urgence et de réanimation ;
- les Véhicules Médicaux Légers (VML) : sont dotés de moyens de télécommunication les reliant au SAMU et à l'hôpital siège du SMUR, destinés à transporter sur les lieux d'intervention une équipe médicale du SMUR et son matériel ;
- les véhicules de régulation PC, équipés de matériel de radiocommunication permettant, sur les lieux mêmes d'un sinistre d'assurer les liaisons avec la régulation centrale du SAMU et si possible avec les différents services participant aux secours.

Les SMUR disposent, d'autre part, de moyens de transports sanitaires aériens implantés dans les différentes régions pour assurer le maillage du territoire.

La région Lorraine dispose d'un hélicoptère sanitaire médicalisé (présence systématique d'un médecin et d'un infirmier) et disponible 24h/24 (garde médicale assurée tout le long de l'année par des médecins urgentistes issus des quatre départements de la région). 15 aires de pose sont disponibles. L'hélicoptère a une capacité de deux blessés en plus de l'équipe médicale.

Enfin, chaque SMUR doit disposer :

- d'une salle de permanence,
- de moyens de télécommunication lui permettant de recevoir les appels du SAMU, d'entrer en contact avec ses équipes d'intervention, et d'informer le SAMU,

- d'un garage destiné aux moyens de transport terrestres et aux véhicules de liaison,
- d'une salle de stockage du matériel,
- d'un local fermant à clef permettant d'entreposer et de conserver des médicaments¹⁸⁹.

) Conformément à l'article R 1424-24 du Code Général des Collectivités Territoriales, le SDIS dispose d'un Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) participant aux missions de secours d'urgence et à l'aide médicale urgente à la demande du médecin régulateur du SAMU.

Moyens humains

Le SAMU et le SMUR sont placés sous une autorité médicale unique¹⁹⁰.

Le médecin responsable régulateur doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire, et par une expérience professionnelle d'au moins 2 ans dans le domaine de l'urgence et de la réanimation¹⁹¹.

Tous les autres médecins participant aux équipes SMUR doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins 1 an dans le domaine de l'urgence et de la réanimation¹⁹².

Pour les besoins du service, il peut également être fait appel à des internes de spécialité médicale, chirurgicale ou psychiatrique ayant validé 4 semestres d'étude. Les internes appelés à intervenir aux côtés de ces équipes doivent satisfaire aux mêmes obligations.

La composition de l'équipe SMUR est déterminée par le médecin responsable en liaison avec le médecin régulateur du SAMU auquel l'appel est parvenu.

Cette équipe doit comprendre au moins 2 personnes, y compris le responsable médical de l'intervention¹⁹³.

Pour les interventions qui requièrent l'utilisation de techniques de réanimation, cette équipe doit comporter 3 personnes, dont le responsable médical de l'intervention et un infirmier.

Dans les établissements publics de santé, l'équipe médicale du SMUR ne peut comprendre que :

- des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel,
- des praticiens adjoints contractuels,
- des assistants, des attachés,
- des médecins contractuels.

¹⁸⁹ Art D 712-74 Code Santé Publique

¹⁹⁰ Art D 712-67 Code Santé Publique

¹⁹¹ Art D 712-67 Code Santé Publique

¹⁹² Art D 712-70 Code Santé Publique

¹⁹³ Art D 712-71 Code Santé Publique

Le système de régulation du centre 15

Tous les SAMU disposent d'un centre relié à un numéro de téléphone gratuit le « 15 ».

L'appel du n°15 met le demandeur en contact avec un permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) dont le rôle est d'apprécier le caractère d'urgence de l'appel, de relever les coordonnées de l'interlocuteur, de le renseigner, et, éventuellement, de basculer l'appel vers un médecin régulateur.

Il n'existe pas de critères légaux de régulation. Ces critères sont déterminés dans chaque centre 15 (au niveau départemental).

La seule obligation légale¹⁹⁴ réside dans le fait que le numéro 15 doit être en interconnexion avec le numéro 18 relié aux Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)¹⁹⁵.

D'autre part, deux circulaires ministérielles en date du 16 avril 2003 et 29 mars 2004¹⁹⁶ apportent des précisions quant aux rôles respectifs des acteurs de l'aide médicale urgente.

Le médecin régulateur est chargé de coordonner l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Trois critères entrent ainsi en jeu :

- l'estimation du degré de gravité avérée ou potentielle de l'atteinte à la personne concernée,
- l'appréciation du contexte,
- l'état et les délais d'intervention des ressources disponibles.

La réponse peut en conséquence revêtir différentes formes :

- apport d'un simple conseil médical,
- envoi auprès du patient d'un médecin libéral assurant la permanence des soins sur la zone,
- envoi d'une ambulance privée,
- envoi d'un véhicule de pompiers,
- déclenchement des médecins correspondants SAMU et mobilisation du SMUR dans les cas les plus graves¹⁹⁷.

En cas d'intervention du SMUR, le médecin régulateur a la possibilité d'envoyer conjointement tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) dépendant des SDIS.

¹⁹⁴ Art L 6112-5 du Code de la Santé Publique

¹⁹⁵ Cette obligation n'est pas respectée dans tous les départements.

¹⁹⁶ Circulaire du Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, et celle du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, SDIS, et des ambulanciers privés.

¹⁹⁷ Pour ne pas risquer d'engendrer des délais supplémentaires d'accès au SMUR, la procédure de déclenchement des médecins correspondants SAMU sur des cas graves, appréciés par le médecin régulateur, doit comporter le déclenchement systématique et simultané du SMUR le plus proche. Ce SMUR sera ensuite, soit confirmé, soit annulé, par le médecin régulateur, dès réception du premier bilan du médecin correspondant SAMU (circulaire ministérielle du 16 avril 2003).

Le médecin régulateur vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée, et assure le suivi des interventions (décision du lieu d'intervention).

Intervention des médecins correspondants du SAMU

L'intervention des médecins correspondants du SAMU (MCS) permet d'assurer une prise en charge initiale d'une urgence médicale ou chirurgicale dans un secteur situé à plus de 20 minutes d'un SMUR.

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin généraliste volontaire participant à la permanence des soins dans le cadre d'une convention signée avec le Centre 15 et le SMUR de son secteur.

Ce peut être également un praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel exerçant dans un établissement de santé non siège d'un SMUR.

Le MCS est envoyé en binôme, par le médecin régulateur du centre 15, avec un véhicule de transport médical (VSAB, ASSU), et effectue les premiers soins médicaux jusqu'à l'arrivée des moyens complémentaires engagés.

Il peut assurer lui-même le transport médicalisé du patient en accord avec le médecin régulateur ou à sa demande.

III.3.5 Intervention des ambulanciers privés :

Les ambulanciers privés sont également amenés à participer à l'organisation de l'aide médicale urgente afin de faire face aux difficultés rencontrées par le SAMU (centre 15) pour trouver une ambulance disponible les jours fériés et à certaines heures de la journée¹⁹⁸.

Depuis 2003¹⁹⁹, « une garde ambulancière » est instituée dans chaque département visant à mettre à la disposition exclusive du centre 15 des véhicules sanitaires pendant certaines périodes.

Un protocole d'accord a également été signé le 16 décembre 2003 entre les fédérations hospitalières et ambulancières afin de mieux organiser la réponse des ambulanciers privés aux demandes de transport inopinées du SAMU dans la journée. Les modalités d'organisation sont en cours de discussion.

Les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, « dans les délais estimés par le médecin régulateur comme étant compatibles avec l'état du patient »²⁰⁰, la prise en charge et le transport du patient vers les établissements de santé sur indication du médecin régulateur, et conformément au libre choix du patient.

Les ambulanciers peuvent effectuer, à la demande du SAMU, un bilan secouriste.

Pendant le transport du patient, ils ont en charge sa surveillance médicale, et doivent assurer les gestes appropriés à son état.

¹⁹⁸ Nuits et week-end essentiellement

¹⁹⁹ Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire

²⁰⁰ Circulaire ministérielle du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente

Intervention des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)

En application de l'article L 1424-42 du Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT), les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) peuvent être amenés à intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente, à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate l'indisponibilité des transporteurs sanitaires privés.

Les conditions d'intervention des SDIS ont été précisées par la circulaire du 29 mars 2004 : *« la carence est avérée quand les ambulanciers sont dans l'impossibilité de répondre à la demande de transport sanitaire faite par le centre 15 faute de moyens matériels ou humains mobilisables dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient »*.

Coordination des acteurs de l'aide médicale urgente

Afin de garantir une bonne coordination des acteurs des urgences pré-hospitalières, des conventions tripartites SAMU/SDIS/ambulanciers privés doivent être conclues sous le contrôle du préfet.

Ces conventions ont pour objectif de formaliser les procédures de traitement de l'alerte, les modalités et délais d'intervention.

Certains aménagements exceptionnels, dérogatoires aux principes de répartition des compétences sont possibles afin de tenir compte des réalités de terrain, et de l'offre de transport sanitaire sur certaines zones²⁰¹.

Un bilan du dispositif mis en place et un état des lieux doivent être réalisés tous les trimestres.

D'une manière plus globale, l'élaboration d'une convention constitutive de réseau de soins régional est préconisée par la loi²⁰² afin de coordonner le rôle de l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente.

Conformément à l'article L 6321-1 du Code de la Santé Publique, cette convention peut prendre la forme d'un réseau de soins gradué.

Elle est établie sous l'égide du directeur de l'ARH et agréée par lui.

Les médecins libéraux occupent désormais une place importante dans le système de la permanence des soins.

Le décret en date du 7 avril 2005²⁰³ instaure une nouvelle organisation de la permanence des soins basée sur le volontariat du médecin.

Cette organisation repose notamment :

- sur l'instauration d'une permanence assurée par les médecins libéraux à l'activité de régulation médicale des urgences du SAMU, cette régulation pouvant également être assurée par le centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce

²⁰¹ Ces aménagements peuvent être modulés à tout moment afin d'être adaptés aux réalités locales, démographiques et socio-économiques.

²⁰² Art R 712-83 du Code de la Santé Publique

²⁰³ Décret N°2005-328 du 7 avril 2005 modifiant le Décret n°2003-800 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

centre est interconnecté avec le SAMU. Les modalités de l'interconnexion doivent être définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins.

- Sur une mutualisation des secteurs entre 20h et 8h, ainsi que le dimanche et les jours fériés par le biais d'arrêtés préfectoraux pris après consultation des conseils départementaux de l'Ordre des médecins et avis des CODAMUPS.

La région Lorraine dispose d'une régulation libérale dans chacun de ses départements, à proximité immédiate du centre 15.

3.4. Financement des urgences

3.4.1. Financement de l'activité d'accueil et de traitement des urgences

Depuis le 1^{er} janvier 2004, une nouvelle tarification se met en place progressivement²⁰⁴ dans les établissements de santé²⁰⁵. La tarification à l'activité vise une approche médicalisée et économique : un financement mixte associé, d'une part, une dotation de financement couvrant l'ensemble des missions du service public (MIGAC – Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation)²⁰⁶, et d'autre part, un dispositif médicalisé pour l'activité de soins qui prend en compte la nature et le volume d'activité des établissements.

Certaines activités de soins particulières, telles les urgences, sont financées par le biais d'un financement mixte correspondant à l'attribution d'un montant de ressources annuelles fixe à chaque service d'urgences autorisé, mais déterminé en fonction de l'activité réalisée dans ce service²⁰⁷.

Ce système se décompose de la manière suivante :

- Application d'un forfait de base annuel, « *le Forfait Annuel d'Urgence (FAU)* », à chaque service d'urgences autorisé, lui permettant de couvrir ses charges minimums de fonctionnement²⁰⁸. Ce forfait est déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences.
- Application d'un forfait « *accueil et traitement des urgences (ATU)* » qui rémunère chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.
- Application d'un tarif GHS (Groupe Homogène de Séjour) pour les séjours réalisés dans les zones de surveillance de très courte durée²⁰⁹ non suivis d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement. Il

²⁰⁴ Echéance de 8 ans pour l'application de la réforme.

²⁰⁵ Le champ de cette nouvelle tarification couvre l'ensemble des établissements publics et privés à l'exception de certains établissements relevant de régimes spéciaux (hôpitaux locaux, établissements du service de santé des armées...).

²⁰⁶ Ce sont les missions d'intérêt général telles la recherche, l'enseignement, les divers dispositifs à caractère social, et les programmes d'amélioration de la qualité, qui seront financées par une dotation de financement fixée indépendamment de l'activité réalisée et destinée à soutenir une démarche de contractualisation entre les établissements de santé et les ARH.

²⁰⁷ Décret n°2005-263 du 22 mars 2005 pris pour l'application de l'article L 162-22-8 du Code de la Sécurité Sociale

²⁰⁸ Le SAMU est financé sur le budget de l'hôpital auquel il est rattaché.

²⁰⁹ Cf. art D 712-56 et D 712-64 du Code de la Santé Publique

s'agit d'un tarif forfaitaire de séjour comprenant l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné²¹⁰.

- A ce dispositif s'ajoute une rémunération des consultations et actes externes réalisés (actes opératoires, actes de radiologie, de biologie) en application de la nomenclature des actes (CCAM).
- Enfin, un financement spécifique MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) peut être envisagé pour les activités SMUR et SAMU.

Il convient de noter que ce nouveau système de financement est d'ores et déjà appliqué depuis 2001²¹¹ dans les cliniques privées sous objectif quantifié national²¹² et sert de base à la généralisation du système visant à aboutir à l'application d'une échelle tarifaire unique public-privé à l'horizon 2012.

Les tarifs applicables au 1^{er} mars 2005²¹³ dans ces établissements ont été fixés de la manière suivante par l'Etat :

- le Forfait Annuel d'Urgence (FAU) est fixé à 350 382 euros par structure ayant un service d'urgence autorisé, et pour un nombre de passage inférieur ou égal à 12 500. Ce forfait est majoré de 91 404 euros par tranche de 5 000 passages supplémentaires ;
- le tarif du forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) est fixé à 25 euros.

A ces nouveaux tarifs, s'ajoutent les honoraires des professionnels de santé du secteur privé.

Le patient s'acquitte uniquement du ticket modérateur s'il n'est pas hospitalisé.

3.4.2. Honoraires des médecins de garde

Les médecins participant au système de régulation médicale par le centre 15 sont pour la plupart des praticiens hospitaliers salariés de l'hôpital.

Il peut s'agir d'un médecin libéral assurant la permanence des soins organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins. Ces médecins bénéficient dans ce cas d'une rémunération forfaitaire (cf. annexe 6).

Les honoraires des actes des médecins libéraux réalisés pendant les horaires de garde ou dans le cadre de l'urgence sont majorés, mais pris en charge par l'Assurance Maladie.

²¹⁰ Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie et obstétrique

²¹¹ Accord national du 4 avril 2001.

²¹² Système de régulation qui vise à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

²¹³ Circulaire DHOS/F1/2005/103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L 162-22-6 du Code de la sécurité sociale

3.4.3. Facturation des transports sanitaires

→ Les frais relatifs aux transports primaires effectués par le SMUR relèvent du budget de l'établissement gestionnaire du SMUR²¹⁴.

Le tarif est calculé sur la base du temps de médicalisation, par période de 30 minutes pour les déplacements terrestres, et par période d'une minute pour les déplacements aériens²¹⁵ (cf. annexe 7).

Le temps de médicalisation est défini comme le temps de présence du médecin du SMUR auprès du malade, du blessé ou de la parturiente, sur les lieux de la détresse, et durant le transport jusqu'à son arrivée dans l'hôpital.

Dans le cas d'une médicalisation sur le lieu de la détresse qui ne serait pas suivie d'un transport sanitaire ou d'une hospitalisation, la prestation est néanmoins facturable en tenant compte uniquement du temps de médicalisation par l'équipe SMUR sur le lieu de la détresse.

→ Les pompiers sont financés par les départements en collaboration avec les communes. Le transport sanitaire dans le cadre du secours opéré par les pompiers est entièrement gratuit pour l'utilisateur.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, les interventions du SDIS effectuées à la demande de la régulation du centre 15 en cas de carence des transporteurs sanitaires privés, sont facturées aux établissements de santé sur la base d'un coût forfaitaire par intervention (90 euros pour l'année 2004)²¹⁶.

→ Les entreprises de transport sanitaire participant à la garde départementale organisée par le Préfet²¹⁷ bénéficient d'une indemnité forfaitaire de 346 euros et facturent leurs prestations à 40% des tarifs conventionnels²¹⁸.

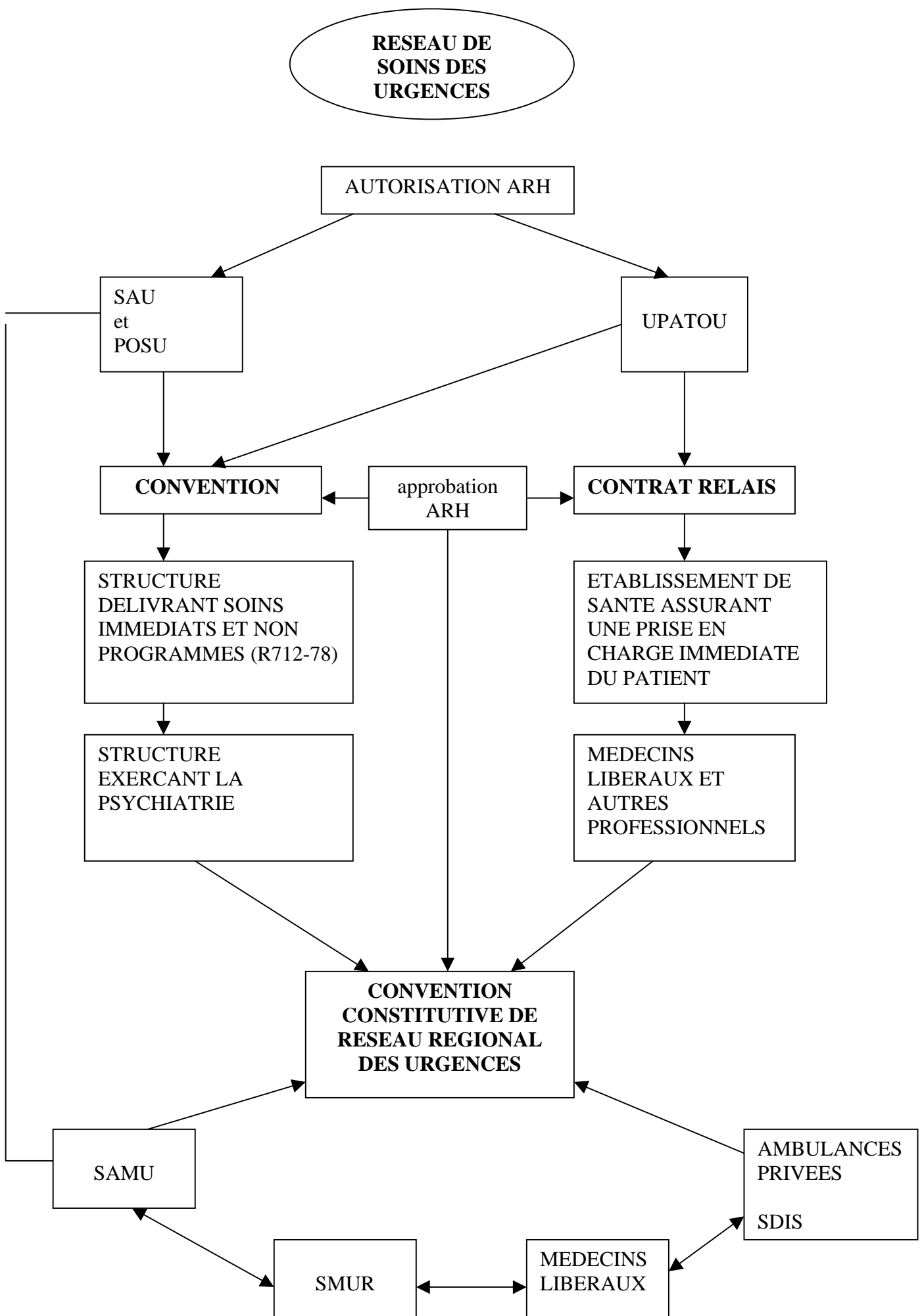
²¹⁴ Décret n°83-744 du 11 août 1983

²¹⁵ Article R 714-22 du Code de la Santé Publique

²¹⁶ Les interventions du SDIS engagées dans le cadre du « prompt secours » ou à la demande du SAMU dans le cadre d'un secours d'urgence ne sont pas concernées par cette facturation.

²¹⁷ Décret n°87-965 du 30 novembre 1987

²¹⁸ Avenant n°3 du 21 décembre 2004 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés relatif à la garde ambulancière. cf. annexe tarifaire.



REGULATION MEDICALE

CENTRE 15
Centre de réception et de régulation des appels

PERMANENCIER D'AIDE A LA
REGULATION
MEDICALE

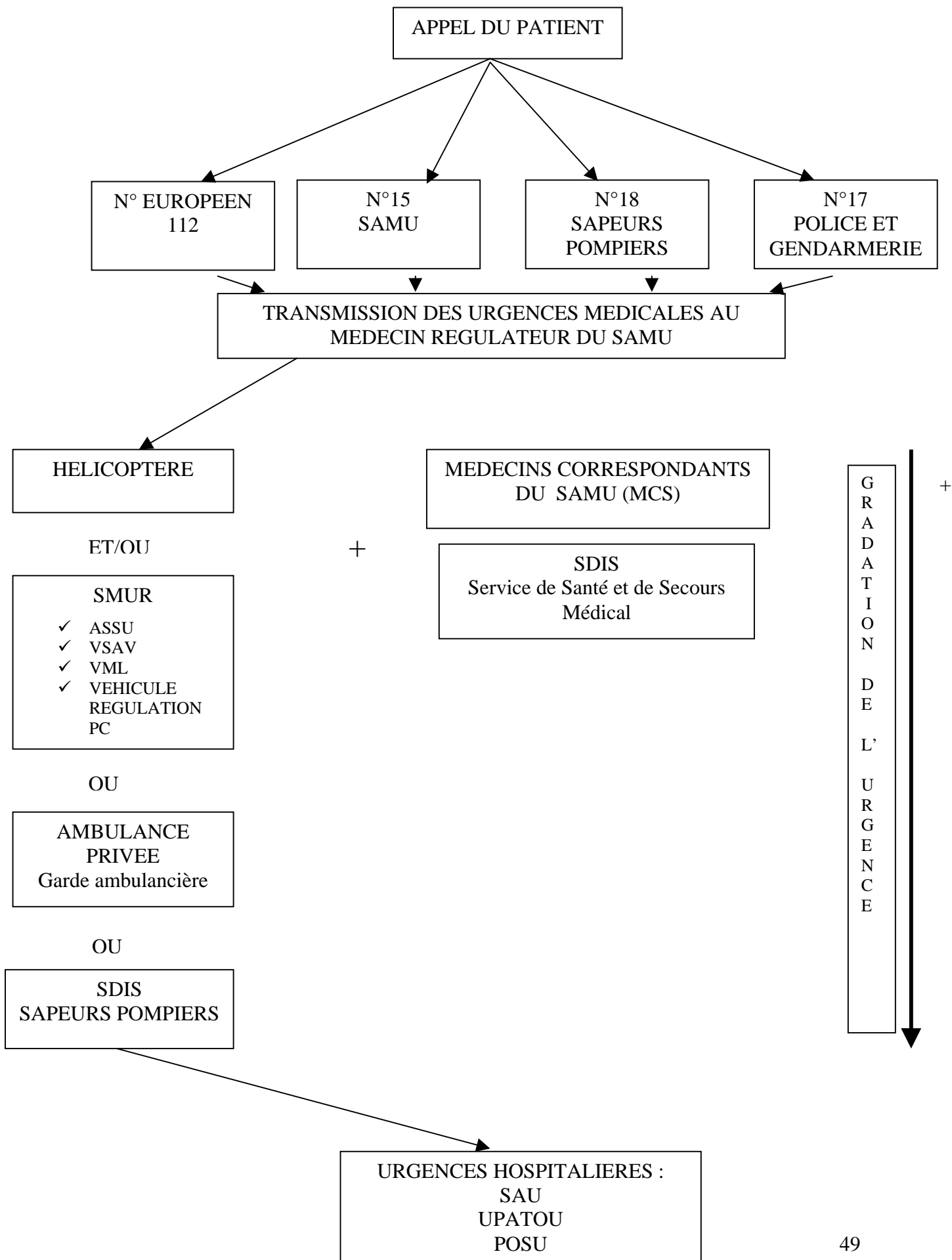
RECOLTE DES INFORMATIONS
PRINCIPALES
(lieu de l'appel, nature de l'appel)

MEDECIN REGULATEUR

- EVALUATION DE LA GRAVITE DE L'ETAT DE LA VICTIME
- APPRECIATION DU CONTEXTE
- APPRECIATION DE L'ETAT DES MOYENS DISPONIBLES ET DES DELAIS D'INTERVENTION

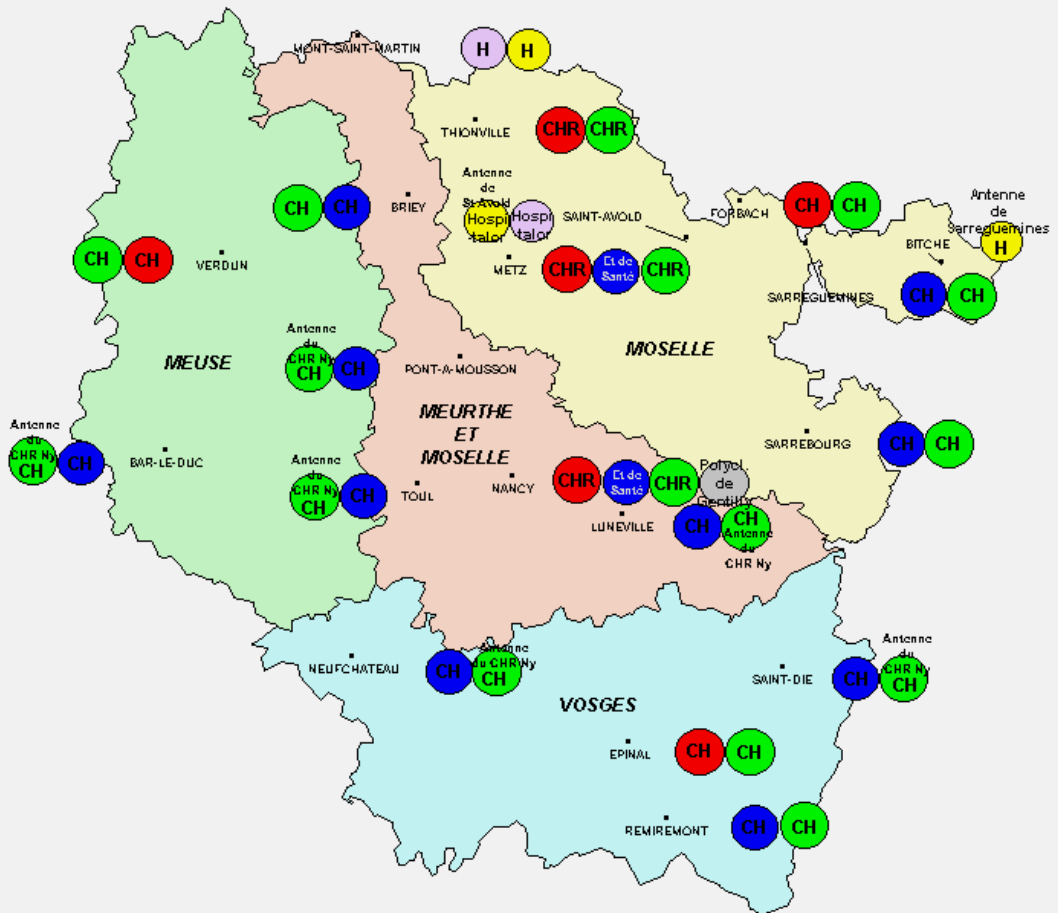
ENVOI DES MOYENS
ADEQUATS

- SOS MEDECIN
- MEDECIN DE GARDE
- AMBULANCE PRIVEE
- VEHICULE SAPEUR
POMPIERS
- SMUR
- HELICOPTERE



IMPLANTATION DES URGENCES

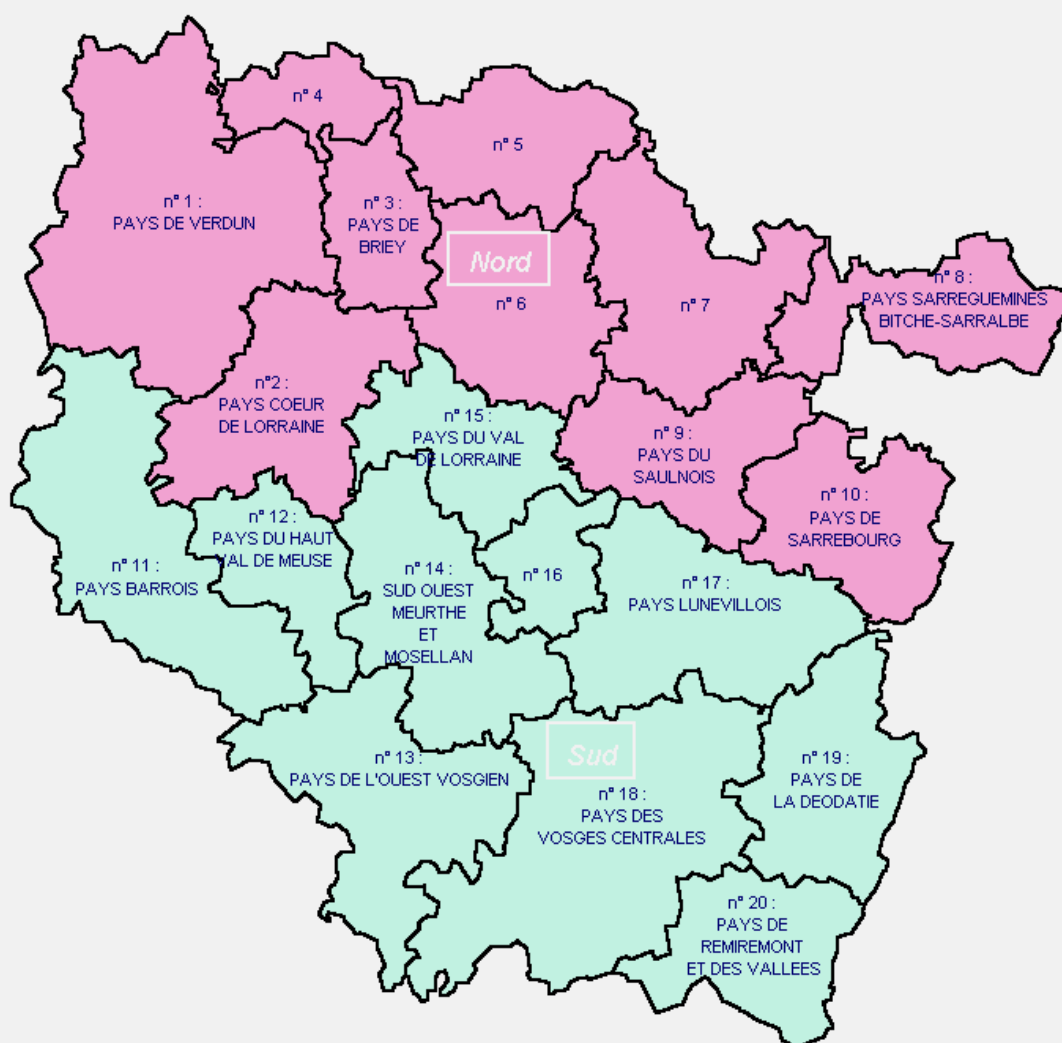
- LORRAINE -



Public	PSPH	Privé	
			Service d'Accueil et de Traitement des Urgences
			Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
			Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TERRITOIRES DE PLANIFICATION

- LORRAINE -



4. Le système de prise en charge des urgences médicales au Grand-Duché de Luxembourg

4.1. Cadre légal des urgences

Le cadre légal définissant l'organisation et la prise en charge des urgences porte notamment sur le règlement grand-ducal du 29 août 1979²¹⁹ et sur les lois de 1986²²⁰ et 2004²²¹. L'accent est mis dans cette section sur trois aspects essentiels, à savoir l'organisation administrative, l'organisation dans les hôpitaux et le transport.

4.1.1. L'organisation administrative

La loi du 12 juin 2004 portant création d'une Administration des services de secours (ASS) constitue le cadre institutionnel le plus récent visant à définir les structures de prise en charge des urgences dans le pays.

L'ASS est chargée, selon l'article 1^{er} de la loi, de :

- « la mise en œuvre des mesures destinées à protéger et à secourir les personnes en danger et à sauvegarder les biens lors d'événements calamiteux, de catastrophes, de sinistres, d'incendies et de crues ou inondations ;
- l'organisation des secours en cas de maladie et d'accident de personnes et de leur transport vers les structures hospitalières. »

Elle est placée sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire qui a pour mission de coordonner la mise en œuvre des mesures et moyens prévus à l'article 1^{er} de ladite loi au niveau tant des départements ministériels et des organismes publics concernés que des services communaux d'incendie et de sauvetage. Sa gestion est confiée à un directeur qui en est le chef hiérarchique et qui a sous ses ordres le personnel de l'administration.

Il faut noter que le service communal d'incendie et de sauvetage de la ville de Luxembourg jouit d'une autonomie vis-à-vis de l'Administration des services de secours.

Ces deux entités administratives constituent le premier maillon du système de prise en charge des secours et des urgences. A cela, il faut évidemment ajouter les structures hospitalières qui en assurent la prise en charge thérapeutique en aval. Aux côtés de ces entités administratives et hospitalières, il existe notamment deux grandes structures privées reconnues d'utilité publique qui s'occupent entre autres du transport des urgences, à savoir l'association Luxembourg Air Rescue (LAR) et la Croix-Rouge Luxembourgeoise.

Le modèle d'intervention en urgences retenu au Grand -Duché de Luxembourg s'appuie sur les éléments suivants :

- un central téléphonique national avec un n° de téléphone unique : 112
- une régulation nationale
- des véhicules du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) au départ de 3 centres d'urgences agréés SAMU
- une pré-médicalisation sur le lieu du problème

²¹⁹ Règlement grand-ducal établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence. Mém. A-77 du 5 octobre 1979, p.1481

²²⁰ Loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente

²²¹ Loi du 12 juin 2004 portant création de l'Administration des Services de Secours (ASS).

- une orientation sélective vers un centre étranger, un service national, un service spécialisé spécifique, ou l'hôpital général SAMU d'origine.

L'aide médicale urgente proprement dite est précisée dans la loi du 27 février 1986 qui a pour objet « de réglementer le transport des urgences vers les établissements hospitaliers et d'organiser le service d'aide médicale urgente ».

4.1.2. L'organisation du service d'aide médicale urgente²²² dans les hôpitaux

Le service d'aide médicale urgente est assuré par roulement entre les établissements hospitaliers qui disposent d'un service d'urgence conforme aux normes réglementaires, de façon à ce qu'à tout moment dans chacune des trois régions hospitalières un établissement hospitalier soit prêt à recevoir les urgences²²³ (cf. art. 5, loi du 27/02/1986).

L'établissement hospitalier admis au service d'urgence (SAMU) passe une convention avec les médecins qui lui sont attachés en vue d'assurer la permanence médicale dans l'établissement pendant le temps où celui-ci est de garde.

Ces médecins établissent entre eux le plan de service et le communiquent à l'établissement hospitalier au plus tard six mois à l'avance. En cas de désaccord, l'établissement hospitalier établit ce plan d'office.

Il faut noter que tous les établissements hospitaliers qui disposent d'un service d'urgence conforme aux normes réglementaires sont tenus de participer au SAMU. Ces établissements sont désignés par un arrêté du Ministre de la Santé. Les établissements qui ne remplissent pas ces exigences sont exclus du service d'urgence.

Dans chaque région hospitalière, en l'occurrence dans le Centre, les hôpitaux de garde conviennent entre eux de l'établissement du plan du service d'urgence. Ils communiquent ce plan pour approbation au Ministre de la Santé, six mois à l'avance et pour une période semestrielle. Le plan indique la personne responsable de l'organisation du service d'aide médicale urgente de l'hôpital de garde.

Le plan du service d'urgence est également communiqué à la Direction de la protection civile.

Si les hôpitaux de garde n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'établissement du plan du service d'urgence, le Ministre de la Santé établit ce plan d'office.

Lorsque la situation l'exige, le Ministre de la Santé peut désigner dans une ou plusieurs régions hospitalières un établissement hospitalier qui participe normalement au service d'urgence pour assurer dans un ou plusieurs de ses services une permanence médicale et paramédicale, même pendant le temps où il n'est pas de garde, afin de suppléer le cas échéant à l'hôpital de garde. Toutefois, cette désignation ne peut pas se faire sans l'accord de l'établissement hospitalier en question.

Par ailleurs, le règlement grand-ducal du 29 août 1979, modifié par le règlement grand-ducal du 21 novembre 1980, établit les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence. D'après celui-ci, les établissements hospitaliers qui participent au SAMU des hôpitaux doivent répondre aux normes fixées.

Notamment, l'établissement doit disposer au moins :

²²² Dans la loi du 27 février 1986, les termes « services d'urgence » sont employés pour désigner le service d'aide médicale urgente (SAMU) (cf. art. 1 de ladite loi). Pour ce faire, nous utiliserons indistinctement les deux termes afin de faciliter la compréhension des différents lecteurs (luxembourgeois et non luxembourgeois).

²²³ Cf. art. 5, Loi du 27 février 1986. Au sens de cette loi, un établissement hospitalier qui dispose d'un service d'urgence conforme aux normes réglementaires est dit « hôpital de garde ».

- d'un service de chirurgie et d'un bloc opératoire ;
- d'un service de médecine ;
- d'un service de gynécologie et d'obstétrique ;
- d'un service de pédiatrie ;
- d'un service de réanimation ;
- d'un service de radiodiagnostic ;
- d'un service de laboratoire d'analyses médicales,
- de l'équipement et de l'appareillage permettant de faire les urgences en ORL, en ophtalmologie et en neurologie.

Tous ces services doivent être prêts à intervenir à tout moment avec le personnel nécessaire formé à cet effet.

Les structures minimales d'un hôpital général sont les mêmes que celles de l'hôpital de proximité, auxquelles il faut ajouter d'autres spécificités dont l'implantation de services d'urgences avec ou sans SAMU, avec garde médicale spécifique 24 h/24.

4.1.3. Le transport des urgences

Dans le système des urgences, l'organisation du transport des professionnels et des cas nécessitant une intervention d'urgence constitue le nœud gordien du dispositif permettant la prise en charge rapide des cas.

Au début du dispositif se trouve un numéro unique, le 112, qui, une fois composé, aboutit au central téléphonique du secours d'urgence de la protection civile. Un préposé du service d'urgence de la protection civile dirige immédiatement sur le lieu où se trouve l'urgence une ambulance du service ambulancier public compétent ainsi que, le cas échéant, une antenne mobile du service d'aide médicale urgente. Dans des cas exceptionnels, notamment lors de catastrophes, le préposé du service d'urgence de la protection civile peut faire appel à des ambulances appartenant à l'armée ou à des établissements privés ou publics ou d'utilité publique.

Le préposé indique à l'ambulancier l'hôpital de garde vers lequel l'urgence doit être transportée. L'ambulancier ne peut diriger l'urgence vers un autre établissement hospitalier que s'il en est requis par écrit par le médecin donnant les premiers soins, qui doit s'assurer au préalable que cet établissement est en mesure de prendre en charge l'urgence.

L'ambulancier qui effectue le transport doit être détenteur d'un brevet d'ambulancier décerné par la Direction de la protection civile ou d'un titre reconnu équivalent par le Ministre de la Santé, sur avis du Ministre de l'Intérieur.

Les instructions auxquelles le préposé du service d'urgence doit se conformer sont établies par le Ministre de l'Intérieur, sur avis du Ministre de la Santé.

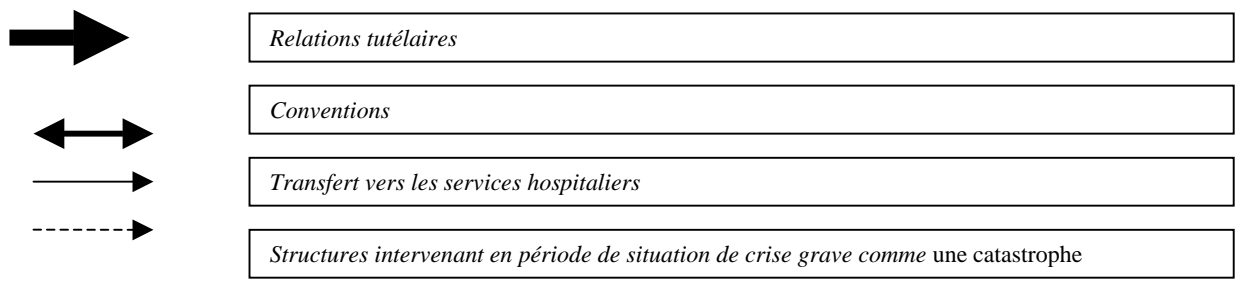
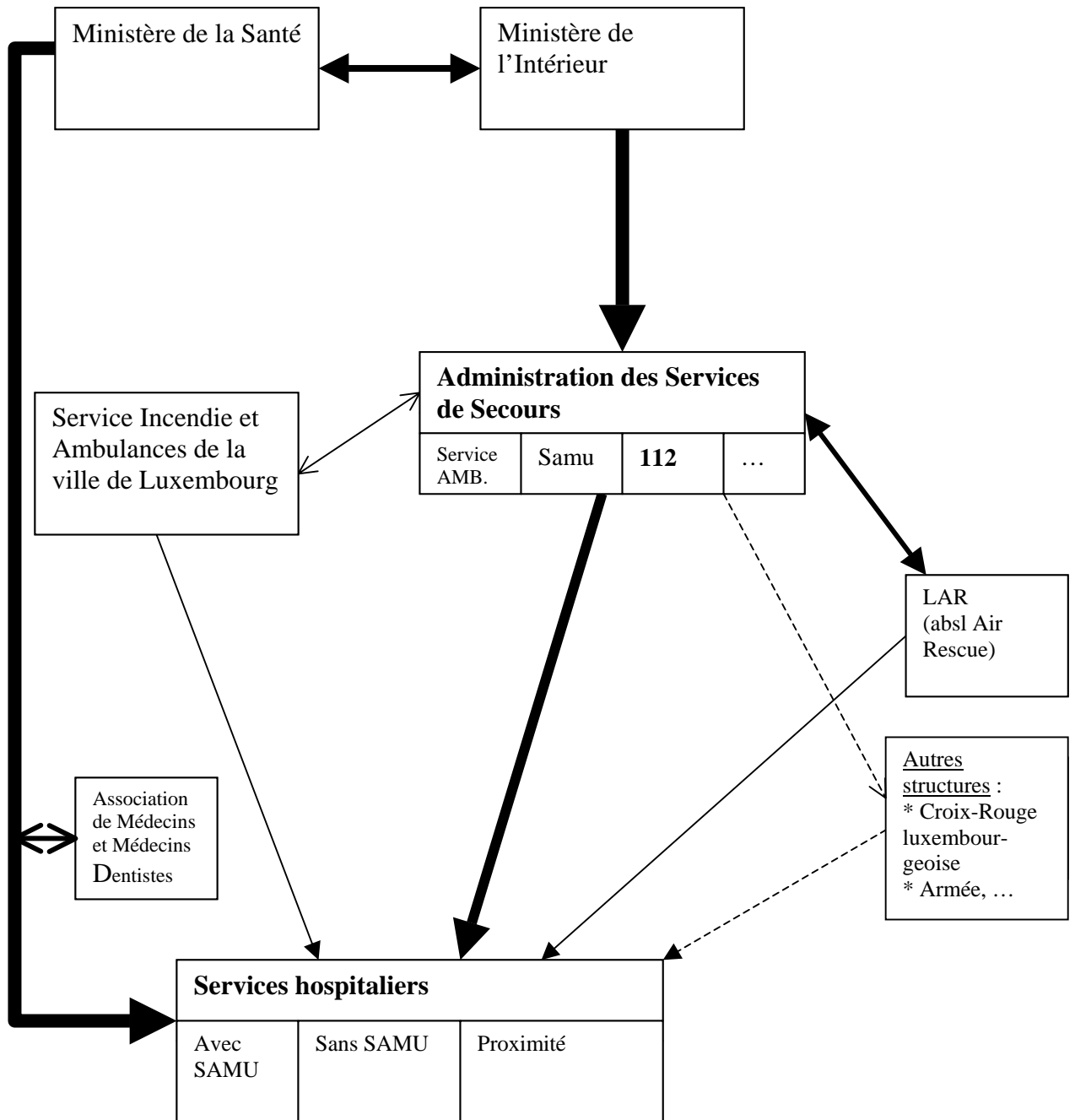
Le Ministre de la Santé, sur avis du Ministre de l'Intérieur, fixe l'organisation de l'intervention des antennes mobiles du service d'aide médicale urgente.

Par ailleurs, le SAMU prend également en charge²²⁴ les urgences se produisant à l'hôpital lorsque le patient présentant une détresse vitale ne pouvant pas être adéquatement prise en charge dans cet hôpital nécessite un transfert vers un autre hôpital.

Enfin, on peut synthétiser l'organisation et la prise en charge des urgences par le schéma qui suit. Ce schéma tente de représenter, d'un point de vue opérationnel, les différents acteurs qui concourent au système de prise en charge des urgences au Grand - Duché de Luxembourg.

²²⁴ Dans la mesure où le SAMU n'est pas accaparé par sa mission principale, il assume comme mission secondaire la constatation de décès à la demande de la Police grand-ducale (cf. article 10 de la convention du 28 mars 2003).

SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES AU LUXEMBOURG



4.2. Structures opérationnelles de prise en charge des urgences médicales pré- hospitalières

Dans le domaine des urgences médicales, on peut observer trois types de structures opérationnelles ayant chacune des champs d'action relativement bien définis par le cadre légal et réglementaire. Les structures opérationnelles en présence sont : l'Administration des services de secours (SAMU, service ambulancier, ...), le Service incendie et ambulances de la ville de Luxembourg et la LAR.

Toutes ces structures opérationnelles sont mobilisées à partir d'un centre d'appel unique, le 112, placé au niveau de l'Administration des services de secours, qui centralise tous les appels d'urgence.

4.2.1. L'Administration des services de secours

Elle comprend trois divisions, à savoir la division de la protection civile, la division d'incendie et de sauvetage, et la division administrative, technique et médicale. Chaque division couvre un champ d'action bien spécifique.

Champs d'action

Nous présentons en particulier les champs d'action de la division de la protection civile et de la division administrative, technique et médicale étant donné leur implication spécifique dans le dispositif de prise en charge des urgences médicales.

La division de la protection civile

Elle est chargée au niveau national de la mise en œuvre des mesures nécessaires en vue de protéger et de secourir les personnes et de sauvegarder les biens lors d'événements calamiteux et de l'application des moyens y relatifs. Aux fins d'assumer ces missions, la division de la protection civile dispose d'une base nationale, de bases régionales et de centres de secours dont l'organisation et le fonctionnement techniques sont déterminés par règlement grand-ducal²²⁵.

Cette division comprend entre autres unités la brigade des secouristes - ambulanciers et les secouristes – sauveteurs.

C'est cette division qui a en charge le SAMU et les centres de secours.

La division administrative, technique et médicale

Elle comprend trois services, à savoir :

- Le service administratif, responsable de la gestion des ressources humaines et financières de l'ASS, est chargé de la gestion du central des secours d'urgence (centre d'appel 112), de la planification d'urgence, des relations transfrontalières et interrégionales, des études statistiques et de la documentation. Il a en outre pour mission de promouvoir et de coordonner la formation des agents des services de secours et de la population. Il est assisté dans cette tâche par une commission à la formation dont la composition, l'organisation et les missions sont définies par règlement grand-ducal.

²²⁵ Cf. Loi du 12 juin 2004, art. 4 ; rapport d'activité 2004 de l'Administration des Services de Secours du Grand -Duché de Luxembourg.

- Le service technique, chargé de la gestion, de l'entretien, de la planification et de l'organisation des moyens, des infrastructures et des équipements techniques de l'ASS.
- Le service médical, est chargé de délivrer un certificat médical d'aptitude à la fonction de sapeur-pompier ou d'agent de la protection civile aux personnes désireuses d'exercer ces fonctions et d'assurer une surveillance médicale continue obligatoire des sapeurs-pompiers et des volontaires de la protection civile.

Nous mettrons principalement l'accent sur la brigade des secouristes, ambulanciers et sauveteurs dans la mesure où celle-ci participe de manière directe et importante à la prise en charge des personnes dont l'état de santé présente un risque vital.

Fonctionnement des secours et des urgences

La philosophie actuelle de l'Administration des services de secours en matière d'intervention consiste à développer des centres de secours conjoints pour les unités de la division de la protection civile et de la division d'incendie et de sauvetage. Un des objectifs est de rassembler sur un même site les moyens du service ambulancier et du service d'incendie.

Les effectifs en personnel de l'Administration de services de secours se répartissent en décembre 2004 comme suit²²⁶ :

- 52 agents constituent l'effectif du personnel fixe, dont 29 fonctionnaires, 9 employés et 14 ouvriers ;
- 2 344 agents bénévoles dont 2 013 volontaires qui assurent 24 heures sur 24 le service ambulancier et le service de sauvetage dans le pays dans 25 centres de secours.

La direction de l'ASS considère ces chiffres comme étant stationnaires car l'expérience a montré que les départs sont le plus souvent compensés par de nouveaux recrutements.

Le central des secours d'urgence 112

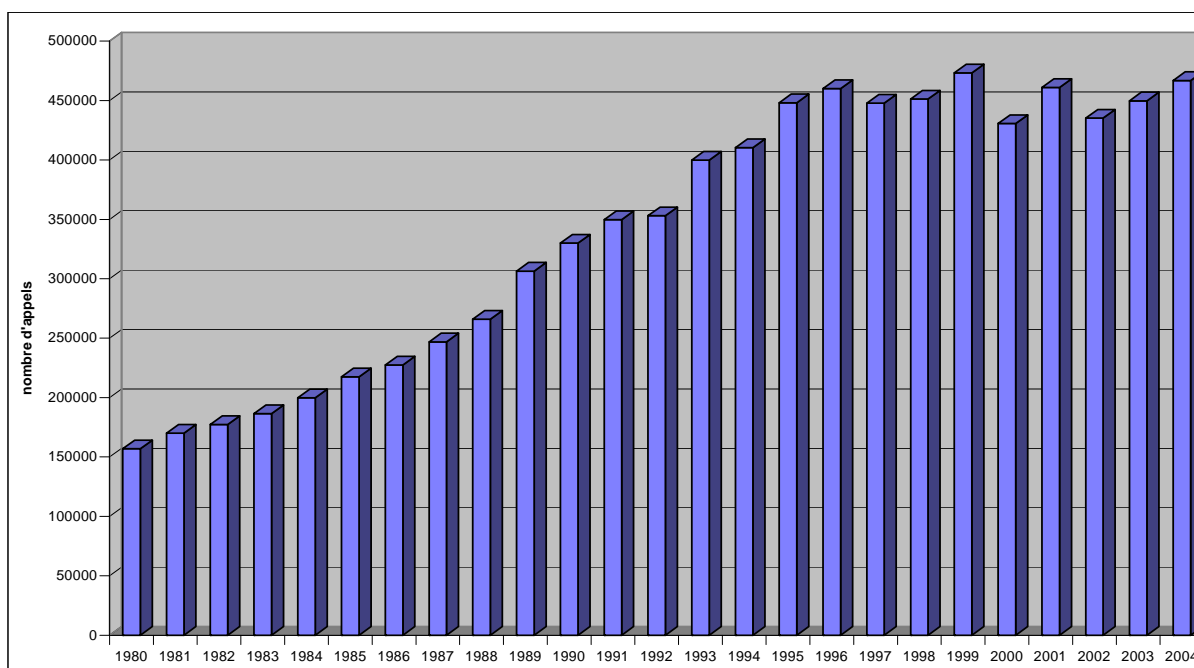
C'est l'unité nationale de régulation des demandes de secours et d'urgences formulées par la population en composant le 112. Un préposé du service dirige immédiatement sur le lieu où se trouve l'urgence une ambulance du service ambulancier du service public compétent ainsi que, le cas échéant, une antenne mobile du service d'aide médicale urgente (SAMU).

Au cours des vingt-cinq dernières années, le nombre d'appels téléphoniques enregistrés au central de secours d'urgence n'a pas cessé d'augmenter fortement. Le nombre d'appels est ainsi passé de 156 928 appels en 1980 à 466 917 appels en 2004, soit une multiplication par 3 du nombre d'appels.

Entre 2003 et 2004, le nombre d'appels a augmenté de 3,8%. Il y a eu en moyenne 1279 appels par jour en 2004 selon la Direction de l'ASS.

²²⁶ Les chiffres sont ceux du rapport d'activité 2004 de l'ASS.

Total des appels de 1980 à 2004



Source : Direction de l'Administration des services de secours, 2005

La ventilation des appels arrivant au central 112 en 2004 par cause indique que seulement 1,6% des appels concernent des accidents (dont 0,5% pour les accidents de circulation) et 6,3% le transport des malades. 85,2% des appels concernent des demandes de renseignements divers (pharmacies, médecins, hôpitaux de garde ...) et les appels abusifs représentent 5,6% du total des appels reçus.

Causes d'appels	Nombre d'appels	Pourcentage
Accidents de la circulation	2461	0.5%
Autres accidents	5071	1.1%
Transport de malades	29372	6.3%
Incendie	1234	0.3%
Interventions diverses (inondations, intempéries,...)	5050	1.1%
Renseignements divers (pharmacies, médecins, hôpitaux de garde, ...)	397662	85.2%
Appels abusifs	26067	5.6%
Total	466917	100.0%

Source : Direction de l'Administration des services de secours, 2005

Le service ambulancier de la division de la protection civile

Le service ambulancier de la protection civile est assuré par 24 centres de secours couvrant l'ensemble du Grand – Duché de Luxembourg, à l'exception du territoire de la capitale où ce service est assuré par le Service d'incendie et d'ambulance de la Ville de Luxembourg. Le service ambulancier est garanti 24 heures sur 24.

Chaque centre d'intervention couvre une zone de responsabilité territoriale mais il arrive en cas de nécessité de faire appel aux moyens d'un autre centre.

Ressources humaines :

L'équipage d'une ambulance se compose de trois secouristes -ambulanciers volontaires. Il faut noter que les ambulanciers n'ont pas le droit de poser des actes médicaux.

Moyens techniques :

La division de la Protection civile dispose de 51 ambulances qui sont réparties comme suit :

- 47 ambulances à la disposition des 24 centres d'intervention
- 1 ambulance pour l'Ecole nationale de la Protection Civile
- 3 ambulances de réserve stationnées à la Base nationale de support à Lintgen.

A cela, il faut ajouter un véhicule de soutien rempli de médicaments.

Activités :

Les activités du service ambulancier ont doublé au cours des vingt-cinq dernières années et cela concerne tout autant le nombre de sorties d'ambulances que le nombre de malades transportés de 1980 à 2004.

Pour l'année 2004, les ambulances de la Protection Civile ont effectué 28 664 sorties en parcourant 1 211 069 km par rapport à 29 275 sorties et 926 119 km en 2003. Soit une légère baisse du nombre de sorties d'environ 2% pour un accroissement de 30,8% de la distance parcourue.

Les interventions des ambulances se répartissent comme suit au cours des années 2003 –2004 :

Types de sorties	Année 2003		Année 2004	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Accidents de la circulation	1 602	5,5%	1 570	5,5%
Accidents divers (travail, ménage, etc.)	5 191	17,7%	5 356	18,7%
Transports de malades	19 729	67,4%	18 901	65,9%
Interventions diverses (incendies, manifestations, etc.)	2 753	9,4%	2 837	9,9%
Total	29 275	100,0%	28 664	100,0%

Source : Direction de l'Administration des services de secours, 2005.

Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

Depuis le 1^{er} juillet 1989, le service d'aide médicale urgente (SAMU), institué par la loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente, fait partie intégrante des services de secours.

Le SAMU est placé sous la responsabilité du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Intérieur à travers l'Administration de services de secours.

Afin d'assurer une organisation optimale du SAMU, le Ministère de la Santé, sur proposition de l' Association des Médecins et Médecins – Dentistes (AMMD), désigne pour chaque région hospitalière du pays un médecin coordonnateur ainsi qu'un médecin coordonnateur adjoint. En temps normal, chaque médecin coordonnateur assume une mission d'organisation et de coordination dans sa région.

En situation de catastrophe, déclenchant le plan « Nombreuses victimes » établi par l'ASS (ex Service national de la Protection Civile), le médecin coordonnateur de la région dans laquelle l'événement s'est produit assume la direction générale des secours médicaux et met en place la chaîne des secours médicaux. Un protocole uniforme national sera établi pour chaque sortie du SAMU.

Les véhicules du SAMU franchissent difficilement la frontière. Ils le font souvent pour le cas des grands brûlés pour lesquels il n'y a pas de service au Luxembourg. C'est notamment le cas où il est nécessaire de faire des greffes.

Il est important de noter que les activités opérationnelles du SAMU sont menées à partir des hôpitaux généraux habilités à abriter les services d'urgence dans les trois régions hospitalières du pays.

Ressources humaines

Les ressources humaines du SAMU sont constituées en général des médecins anesthésistes – réanimateurs et d'infirmiers anesthésistes ainsi que de secouristes – ambulanciers bénévoles en phase d'intervention sur le lieu de l'urgence. En cas de transfert à l'hôpital, le SAMU bénéficie des services des médecins généralistes et spécialistes attachés à chaque hôpital de garde ou hôpital SAMU participant au service d'urgence. En effet, chaque établissement hospitalier concerné signe une convention avec les médecins qui lui sont attachés et ces derniers établissent un plan de garde (cf. organisation des urgences à l'hôpital).

Moyens techniques

Le SAMU dispose au total 5 véhicules médicalisés, c'est-à-dire des antennes mobiles transportant sur le lieu de l'urgence vitale les équipes de médecins anesthésistes -réanimateurs et d'infirmiers anesthésistes avec une panoplie de matériel médical le plus sophistiqué. Trois véhicules sont opérationnels et sont stationnés auprès des hôpitaux de garde des régions Luxembourg, Esch-sur-Alzette et Ettelbruck. Un véhicule de réserve est stationné au service d'ambulances et d'incendie de la ville de Luxembourg et un autre véhicule SAMU de réserve se trouve à la direction de l'ASS.

Depuis le 1^{er} novembre 1991, le service d'aide médicale urgente est complété au besoin par un hélicoptère de sauvetage de la « L.A.R. s.à.r.l. » conventionné par l'Etat et mis à sa disposition pour intervenir dans le cadre du SAMU. Doté des mêmes équipements médicaux que l'antenne mobile terrestre, l'hélicoptère peut en cas de nécessité et sous certaines conditions acheminer rapidement le médecin anesthésiste -réanimateur et l'infirmier du SAMU vers le lieu d'intervention.

Activités

Le nombre d'interventions des véhicules SAMU augmente chaque année et ce au niveau de chaque région hospitalière. L'augmentation du nombre total de sorties des véhicules SAMU a été de près de 15% en 2004 par rapport à l'année 2003 sur l'ensemble du pays. Et au niveau régional, c'est la région hospitalière Sud (hôpital de garde de région de Esch/Alzette) qui a enregistré l'évolution la plus forte avec +16% de sorties en 2004 contre +13% pour la région hospitalière Nord et +14% pour la région hospitalière Centre.

Tableau : Activités des SAMU en 2003 et 2004

Hôpitaux de garde de région	Année 2003		Année 2004	
	Nombre de sorties	Pourcentage	Nombre de sorties	Pourcentage
Ettelbruck	839	15,27%	950	15,07%
Esch/Alzette	1 847	33,62%	2 141	33,96%
Luxembourg	2 808	51,11%	3 213	50,97%
Total	5 494	100,00%	6 304	100,00%

Source : Service National de la Protection Civile, 2004.

Comme l'augmentation du nombre des interventions a eu lieu globalement dans les mêmes proportions dans chaque région, il en résulte une stabilité de la répartition des activités.

Au cours de l'année 2004, les véhicules du SAMU ont effectué 6 304 sorties, soit une moyenne de 17 sorties effectuées par jour par les antennes mobiles du SAMU.

4.2.2. Service d'incendie et d'ambulance de la ville de Luxembourg

La ville de Luxembourg dispose de son propre service d'incendie et d'ambulance qui a une autonomie de gestion et de fonctionnement par rapport au service national de la Protection Civile.

Ressources humaines

Le service d'incendie et d'ambulance de la ville de Luxembourg est assuré par des sapeurs pompiers professionnels qui sont donc salariés.

Moyens techniques

Le service d'incendie et d'ambulance de la ville de Luxembourg possède environ 12 ambulances dont 3 à 4 sont médicalisées.

Activités

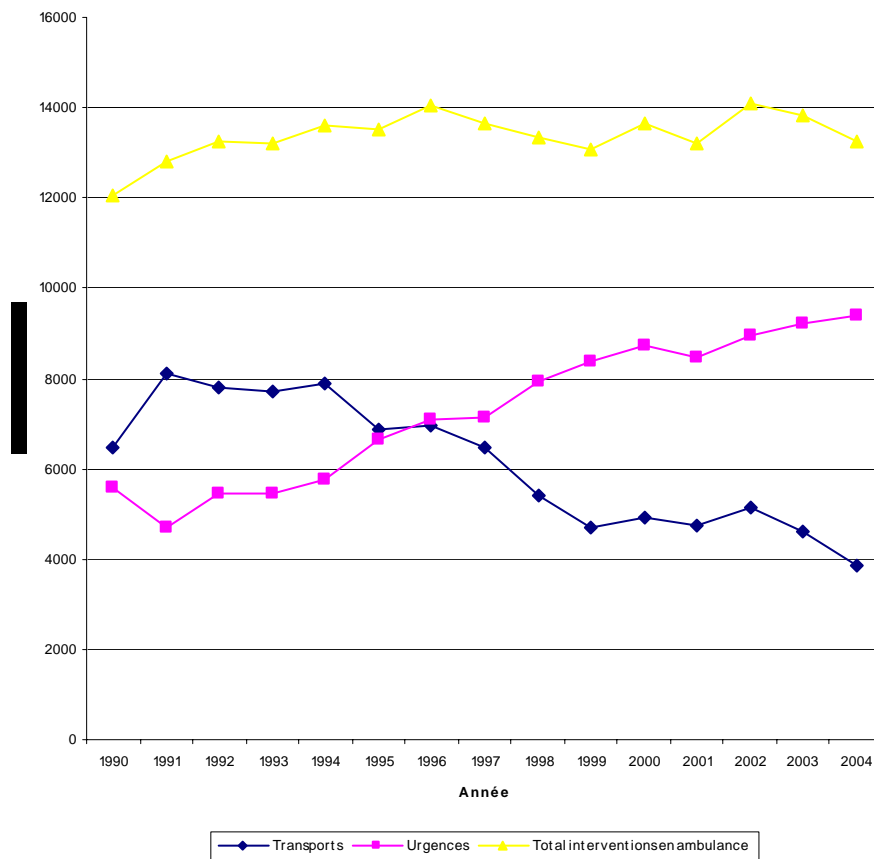
L'évolution des activités du service d'incendie et d'ambulance de la ville de Luxembourg est suivie à travers le nombre de sorties ou d'interventions effectuées par an, concernant notamment les interventions de sauvetage et les interventions en ambulance.

Le nombre des interventions de sauvetage est en diminution depuis 2001, passant de 1978 sorties en 2000 à 1521 sorties en 2004. Par rapport à l'année 2000, la baisse est de 23,1% en 2004.

S'agissant des interventions en ambulance, leur nombre a régulièrement augmenté entre 1990 et 1996, passant de 12055 à 14046, soit une hausse de 16,5%. A partir de 1997, il y a eu baisse d'interventions jusqu'en 1999 puis un relèvement du nombre des interventions en 2000 suivi ensuite d'une fluctuation des interventions.

On constate cependant que cette évolution masque bien une autre réalité liée à la nature des interventions en ambulance prises en compte ici. En effet, sur la période, on observe globalement une diminution des transports de malades tandis que les urgences en ambulance sont hausses.

Evolution du nombre des interventions en ambulance du Service d'incendie et de sauvetage de la ville de Luxembourg



4.2.3. Association Luxembourg Air Rescue (LAR)

LAR A.s.b.l. est une organisation humanitaire privée sans but lucratif créée le 18 avril 1988 et reconnue d'utilité publique depuis le 15 juin 1989 dont le but primordial est de sauver des vies humaines. Elle assure la prise en charge des urgences médicales par voie aérienne et elle est intégrée dans le service de secours luxembourgeois SAMU depuis le 1^{er} novembre 1991. Dorénavant chaque point du territoire peut être atteint par voie aérienne en moins de 15 minutes maximum.

La LAR a signé une convention avec le Ministère de l'Intérieur qui fournit un subside fixe annuel pour le fonctionnement. Le montant de ce subside fixe est arrêté sur la base d'une option de mobilisation d'un seul hélicoptère.

Une autre convention signée entre l'UCM et la LAR règle les rapports concernant le transport de malades par hélicoptère sanitaire.

Interventions hélicoptérées

En règle générale, l'intervention de l'hélicoptère dans le cadre de l'organisation du SAMU n'est prévue que dans les cas où le lieu d'accident ou d'intervention se situe à plus de quinze (15) kilomètres de l'emplacement de l'hélicoptère. Toutefois, son intervention peut être sollicitée exceptionnellement pour des distances plus courtes.

La décision de faire intervenir la LAR est prise par l'instance compétente désignée dans le cadre de l'organisation du SAMU (en cas de transport primaire) ou par un médecin responsable de la policlinique de l'hôpital auprès duquel le malade ou le blessé a été amené.

Pour les interventions primaires, sur les lieux d'accidents, la LAR met à disposition ses hélicoptères au service SAMU. L'hélicoptère de sauvetage ne peut être joint qu'en appelant le n° de téléphone 112. Les hélicoptères de la LAR sont prêts à intervenir du matin au soir, pour autant que la météo le permette. C'est le médecin SAMU qui dirige l'intervention sur le lieu d'accident et qui prend en charge le(s) patient(s).

Les hélicoptères sont prêts à décoller en moins de deux minutes et peuvent atteindre tout lieu d'intervention au Grand -Duché de Luxembourg en moins de huit minutes.

Les hélicoptères de la LAR interviennent notamment lors des :

- maladies aiguës tels que l'infarctus, ... ;
- accidents de la route ;
- accidents de travail ;
- accidents domestiques, de sport et de loisirs.

Les hélicoptères de la LAR transportent également des patients admis dans un hôpital local dans un premier temps, vers un hôpital spécialisé mieux équipé pour une prise en charge optimale du patient, ceci aussi bien au niveau national qu'international. De plus, ils sont utilisés pour transporter des médicaments, des réserves de sang, de l'équipement médical ou des organes pour transplantations. En outre, ils participent à des actions de recherche de personnes déclarées disparues, par exemple au-dessus de lacs ou de cours d'eau, au-dessus des bois ou dans des territoires éloignés des accès publics.

Ressources humaines

La LAR occupe au total 48 personnes à temps plein en 2004. Il s'agit de :

- 3 Médecins
- 7 Pilotes d'hélicoptères
- 7 Pilotes d'avions
- 7 Medical Flight-Attendants (infirmiers, assistants de sauvetage)
- 6 Flight-Dispatcher /Manager de qualité
- 6 Techniciens / mécaniciens /agents d'entretien
- 12 Employés administratifs (Gestion des membres et administration)

De plus, une trentaine de médecins et autres collaborateurs spécialisés travaillent occasionnellement pour la LAR.

L'équipage d'un hélicoptère de sauvetage est constitué par un pilote, un Medical Flight Attendant, ainsi que par un médecin anesthésiste et un infirmier.

L'équipage d'un avion sanitaire comprend deux pilotes, un médecin anesthésiste (ou spécialisation suivant les besoins) et un infirmier spécialement formé pour le transport de patients par voie aérienne.

Flotte de la LAR

La LAR opère avec une flotte de 2 hélicoptères de sauvetage de type MD900 et de 2 avions sanitaires de type Learjet 35A ultramodernes qui procurent des conditions optimales aux patients accidentés ou grièvement malades – même sur de longues distances. Il s'agit de véritables salles de soins intensifs volantes équipées d'appareils médicaux les plus modernes selon la direction de la LAR.

Activités

Depuis 1989, la LAR a réalisé plus de 7000 missions.

4.2.4. Les autres structures

Dans le cadre de la prise en charge des secours et des urgences, d'autres structures comme l'Armée, la Croix-Rouge luxembourgeoise et le service des ambulanciers privés ne peuvent être mobilisées à partir du centre téléphonique 112 seulement dans des circonstances exceptionnelles telles que les catastrophes ou des graves événements dramatiques nécessitant l'ensemble des moyens d'intervention disponibles.

Nous décrivons ci-dessous en particulier le cas de la Croix-Rouge luxembourgeoise qui collabore avec le service incendie et ambulance de la ville de Luxembourg.

Croix-Rouge Luxembourgeoise

La Croix-Rouge Luxembourgeoise dispose d'un service ambulancier qui a en charge le transport de personnes malades. Ce transport est assuré par les ambulanciers professionnels et les secouristes bénévoles des sections Luxembourg – Ville et Differdange. Le service fonctionne 24 H/24 et peut être atteint jour et nuit au numéro unique 45 70 70-1.

Pour le transport des personnes, le service ambulancier est disponible aux hôpitaux qui jugent nécessaire le transfert de leurs patients vers d'autres hôpitaux plus spécialisés, même à l'étranger et aux personnes qui nécessitent un transport vers un hôpital, une maison gériatrique, un centre de rééducation, ou après leur guérison vers leur domicile.

Le service ambulancier de la Croix-Rouge se base sur l'engagement de quelques 60 bénévoles de tout âge et d'une équipe de professionnels.

Activités service ambulancier

Le service ambulancier, reconnu par l'Union des caisses de maladie (UCM), assure des transports de personnes malades ou handicapées et des rapatriements. Trois moyens de transports sont actuellement disponibles, à savoir :

- l'ambulance "soins intensifs et réanimation"
- l'ambulance
- le véhicule sanitaire léger (v.s.l.)

Le service ambulancier de la Croix-Rouge collabore avec le service ambulancier de la ville de Luxembourg pour assurer ensemble le service d'intervention chaque week-end (de vendredi 20h à dimanche 20h) ainsi que les jours fériés. Cela se fait entre les secouristes bénévoles de la Croix-Rouge et les ambulanciers professionnels de la Ville de Luxembourg. Il s'agit d'interventions en urgence, transport de personnes accidentées, malades, ...

Equipements

La Croix-Rouge met à la disposition du malade un équipement moderne compatible SAMU et Protection Civile. Il existe trois types de véhicules d'intervention.

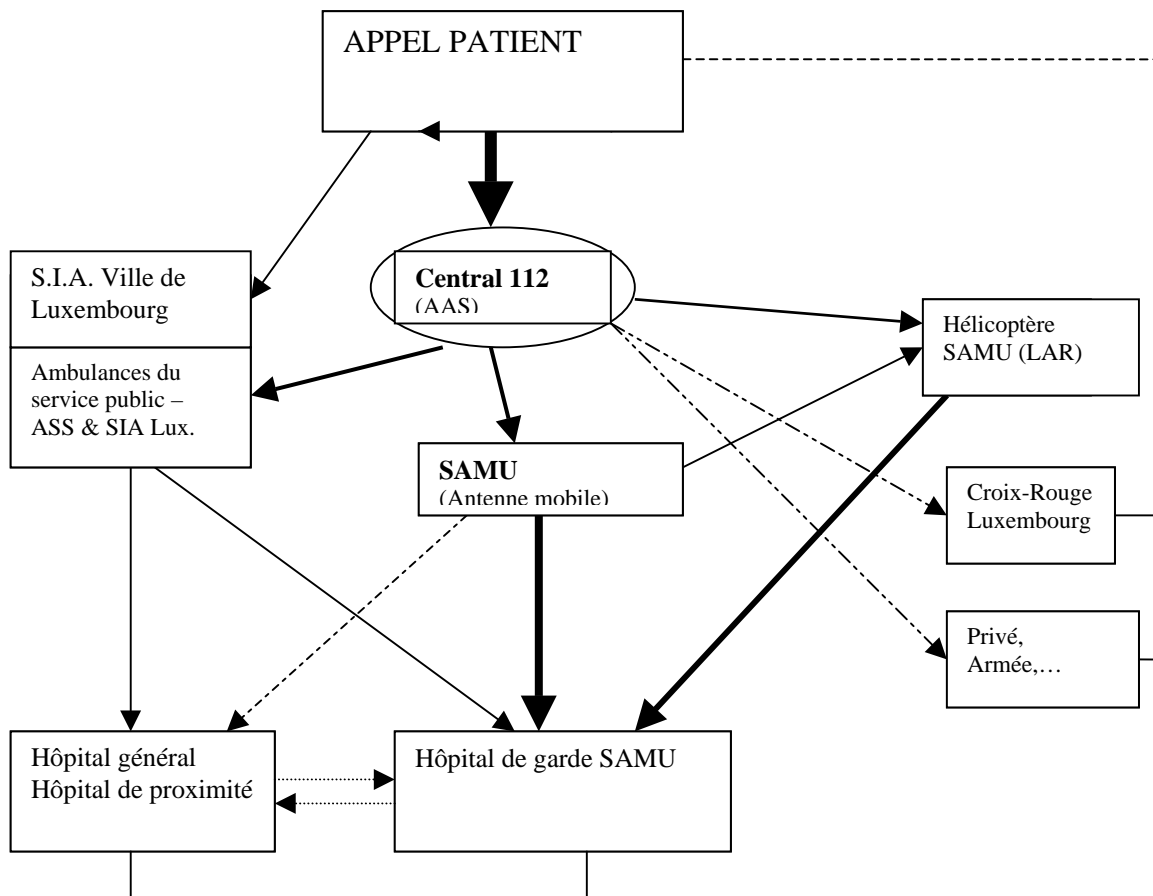
- (i) L'ambulance 'Soins intensifs et de réanimation', de par son équipement spécifique, est conçue pour le transport de grands malades avec, en cas de besoin, l'assistance d'un médecin et/ou d'un infirmier.
- (ii) L'ambulance pour le transport en position couchée ou assise sert au transport de patients qui, pour des raisons médicales, doivent être transportés en position assise ou allongée et qui nécessitent une surveillance constante d'un deuxième secouriste.
- (iii) Le véhicule sanitaire léger (v.s.l.) sert au transport assis ou au transfert de sang ou d'organes. Son équipement est constitué de :

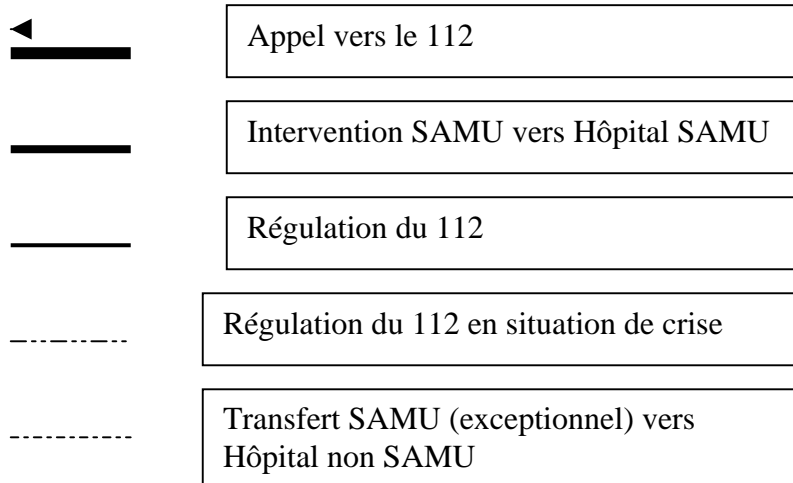
Le service regroupe les ambulanciers professionnels, les secouristes bénévoles de la section Luxembourg-Ville et ceux de Differdange.

Le service ambulancier possède un parc de véhicules d'intervention qui se compose au total de 7 ambulances, dont 2 ambulances de réanimation et 2 véhicules sanitaires légers.

Depuis l'introduction du service ambulancier à la Croix-Rouge le 1^{er} mars 1991, plus 18700 malades ont été transportés et la distance parcourue est estimée à environ 3 millions de kilomètres.

Au total, le processus de prise en charge pré- hospitalière des urgences peut être décrit par le schéma suivant :





4.3. *Prise en charge hospitalière des urgences*

De par son importance capitale dans le dispositif, la prise en charge hospitalière des urgences mérite un développement spécifique d'autant plus qu'elle touche plusieurs domaines à la fois au sein de l'hôpital. La question de la prise en charge hospitalière des urgences est examinée à travers un double angle, à savoir l'offre disponible d'unités d'accueil et de traitement et le fonctionnement des urgences.

4.3.1. L'offre d'unités d'accueil et de traitement des urgences

On distingue trois catégories d'unités d'accueil et de traitement des urgences dans le pays. Il s'agit d'un côté des unités d'urgence et des services de polycliniques et de l'autre côté des hôpitaux SAMU (avec notamment leur service d'urgence). Les hôpitaux SAMU sont des hôpitaux généraux sélectionnés par le Ministère de la Santé pour abriter les services SAMU dans chaque région hospitalière. Ils sont aussi appelés hôpitaux de garde.

Les unités d'urgence et les services de polyclinique

Les unités d'urgence sont en quelque sorte de structures d'accueil pour admissions non programmées, accessibles à tout hôpital général ou de proximité. Et les services de polyclinique sont des structures où peuvent être accomplis des actes ou prestations en urgence.

Le décompte des unités d'urgence dans les établissements hospitaliers est à ce jour imprécis. Dans leurs déclarations, certains établissements comptent comme unités d'accueil et de traitement des urgences à la fois leurs unités polyvalentes ouvertes 24 heures sur 24 (unités correspondant effectivement à la définition des Services d'accueil et de traitement des urgences ou des unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences), mais aussi des permanences situées dans des services spécialisés (en pédiatrie ou psychiatrie) ne répondant pas à la même définition. D'autres ne raisonnent qu'en terme d'autorisation administrative et, par conséquent, ne comptent qu'un Service d'urgence par entité juridique, quelle que soit l'organisation fonctionnelle interne. C'est pourquoi il paraît difficile de donner des chiffres fiables concernant le nombre d'unités accueillant des urgences.

Toutefois, d'après les résultats de l'enquête sur l'offre hospitalière réalisée en 2003, tous les établissements hospitaliers de soins aigus disposent d'au moins une unité d'accueil et de traitement des urgences. Les services de polyclinique existent tant au niveau des hôpitaux de proximité qu'au niveau des hôpitaux généraux.

Les hôpitaux SAMU

Il en existe de fait cinq (5) sur l'ensemble du territoire ; répartis comme suit :

- 1 hôpital SAMU dans la région hospitalière Nord assuré par le centre hospitalier d'Ettelbruck ;
- 1 hôpital SAMU dans la région hospitalière Sud assuré par le centre hospitalier d'Esch/Alzette ;
- 3 hôpitaux SAMU dans la région hospitalière Centre assurés par le centre hospitalier du Luxembourg, l'hôpital de Kirchberg et la clinique Sainte-Thérèse. Ces trois hôpitaux établissent entre eux un plan de service de garde de manière à assurer chacun une garde alternée dans la région hospitalière Centre.

Les services minima nécessaires et les niveaux de garde requis sont définis par loi et/ou règlement grand-ducal. La commission permanente des hôpitaux s'est penchée sur ces différents aspects en 1998.

Les services SAMU des différents hôpitaux participant aux services d'urgences médicales sont en général autonomes et fonctionnent en dehors du circuit "normal" des urgences de l'hôpital (comme par exemple, les gardes au niveau de certains services spécialisés, des polycliniques). Toutefois, ils bénéficient notamment de l'ensemble des moyens techniques nécessaires disponibles.

4.3.2. Le fonctionnement

Le fonctionnement des services d'urgences au niveau de l'hôpital revêt un caractère stratégique pour l'ensemble du management hospitalier car c'est souvent le premier point de contact avec l'institution pour de nombreux patients.

Aussi, la disponibilité de personnel de santé qualifié et motivé ainsi que la prise en charge adéquate des cas sont essentielles.

Le personnel affecté aux unités d'accueil et de traitement

L'organisation et la prise en charge des urgences médicales dans les différents établissements hospitaliers du pays n'ont pas toujours été accompagnées par le recours à du personnel formé à cet effet. C'est-à-dire, des personnels de santé formés à la médecine d'urgence (médecins urgentistes), aux soins infirmiers d'urgence et aux soins intensifs. Cela concerne notamment les hôpitaux de proximité mais la situation a beaucoup changé car les hôpitaux ont renforcé leurs plateaux techniques et les hôpitaux SAMU disposent de médecins urgentistes.

La prise en charge proprement dite des urgences

Deux cas de figure se présentent en général, à savoir : l'urgence est amenée à l'hôpital par les moyens du SAMU (ambulance simple, ambulance médicalisée, hélicoptère) ou elle se présente par d'autres moyens aux unités et services d'urgence.

Dans le premier cas, la prise en charge est directe et est assurée par les équipes médicales présentes. Dans le second cas, le patient s'insère dans un processus de prise en charge qui peut être plus ou moins long selon l'affluence du moment. Pour ce cas de figure, le parcours du patient au service des urgences d'un hôpital de garde est globalement le suivant :

- accueil par du personnel de guichet ;
- attente
- réception par un médecin dit « trieur » qui oriente le patient ;
- réception par le médecin dont la spécialité est en rapport avec le mal "diagnostiqué" par le médecin trieur.

4.4. Financement des activités

Les urgences médicales au Luxembourg reposent sur un système de prise en charge publique. A ce titre les moyens tant matériels qu'humains sont financés par des fonds publics.

4.4.1. Les moyens techniques et humains

Le Ministère de l'Intérieur assure le financement des équipements, des véhicules et de l'entretien ainsi que la gestion des ambulances.

Les articles 5 à 9 de la convention signée entre l'Etat du Grand – Duché de Luxembourg et l'Association des Médecins et Médecins –Dentistes (AMMD) en date du 28 mars 2003 précisent les charges financières prises en charge par le Ministère de la Santé dans le cadre du fonctionnement du SAMU.

Ainsi, le Ministère de la Santé assure le financement des activités des médecins spécialistes réanimateurs participant au secours d'urgence par :

- le versement d'une indemnité annuelle d'un montant de 525 600 €²²⁷ par groupe de médecins de chacun des trois centres ;
- la garantie de paiement des honoraires d'interventions SAMU demandées par le standard 112 lorsque les médecins n'arrivent pas à les recouvrer ;
- le paiement des contrats d'assurance accident – Décès et Responsabilité civile dont les garanties sont précisées et s'avèrent substantielles ;
- le versement à l'AMMD des fonds nécessaires pour l'acquisition de vêtements de travail correspondant aux normes de sécurité pour les besoins des médecins participant au service, ainsi que pour leur renouvellement.

Les investissements mobiliers et immobiliers faits par les hôpitaux de garde en vue de répondre aux exigences fixées pour les services d'urgence ou d'améliorer les installations y prévues bénéficient d'une façon préférentielle des aides prévues par la loi du 17 décembre 1976 ayant pour objet de garantir un équipement médical et hospitalier ainsi qu'une répartition régionale des prestations médicales conformes aux besoins du pays, si les conditions y fixées pour l'octroi de ces aides sont remplies.

En outre les hôpitaux de garde reçoivent une indemnité destinée à couvrir en partie des frais résultant de la présence ou de la disponibilité du personnel de garde. (cf. art. 12 ...)

4.4.2. Les interventions

Il existe une convention entre la Protection Civile et la Commune en matière de prise en charge des patients transportés. C'est la Commune qui facture les sorties des ambulances aux patients. Ces frais sont partiellement remboursés par l'Union des caisses de maladie (UCM).

Le mode de paiement des services prestés par le SAMU (transport de patients) peut être résumé comme suit : émission de la facture à l'ordre du patient assuré qui paie et demande le remboursement de ces frais de transport auprès de la caisse de maladie compétente. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie est fonction du moyen et de la nature de l'intervention.

²²⁷ Ce montant varie avec le coût de la vie ainsi qu'avec la valeur du point tels qu'ils servent au calcul des traitements des fonctionnaires de l'Etat et s'adapte automatiquement à chaque variation d'un de ces éléments. Ce montant s'entend à l'indice du coût de la vie et à la valeur du point tels qu'ils s'établissent au 1^{er} janvier 2003.

Taux de prise en charge par l'assurance maladie

Transport en ambulance SAMU

Les frais de transport en ambulance SAMU en cas de détresse vitale sont pris en charge intégralement²²⁸ (c'est-à-dire à 100%) par l'union des caisses de maladie d'après les règlements de taxes applicables établis par les services publics et les communes.

Par exemple, la ville de Luxembourg procède à une différenciation de tarif²²⁹ selon le lieu de résidence de la personne transportée et la zone où celle-ci est emmenée. Ainsi, un tarif minimum de respectivement 80 € et 270 € est dû suivant qu'il s'agit d'un transport ordinaire ou médicalisé (type SAMU) pour les personnes habitant la ville et de respectivement 120 € et 320 € pour les autres personnes. Et lorsque le transport a lieu hors du territoire de la ville de Luxembourg, un tarif de respectivement 1,75 €/km et 3,50 €/km est dû suivant qu'il s'agit d'un transport ordinaire ou médicalisé pour les habitants de la ville et de respectivement 2,10 €/km et 4,20 €/km pour les autres personnes.

Transport en ambulance simple

Les transports en ambulance simple (visés à l'article 132, alinéa 4) sont pris en charge par l'assurance maladie en raison de 70% des factures établies sur la base des règlements de taxes.

Il faut noter que les périodes d'attente sont prises en charge au taux de 70% en cas d'aller et retour au point de départ de la personne protégée uniquement si les frais pour temps d'attente, pris en compte à raison de 27 cents (0,27 €) la minute, sont inférieurs au montant pris en charge pour le trajet aller et retour.

Pour le calcul du trajet, il est pris en compte la distance la plus courte résultant du parcours entre le lieu de stationnement normal de l'ambulance, le lieu d'embarquement de la personne protégée, le lieu où elle obtient les soins, le lieu où retourne la personne protégée le cas échéant après l'obtention des soins et le lieu de stationnement normal de l'ambulance.

La désinfection de l'ambulance est prise en charge intégralement à raison d'un forfait de 113 € uniquement sur ordonnance médicale motivée émise soit par le médecin ayant ordonné le transport, soit par le médecin traitant la personne protégée à l'admission.

Transport aérien

Les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après les tarifs conventionnels établis conformément à l'article 61 du code des assurances sociales. A défaut de convention, les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après le montant facturé lorsqu'il s'agit d'un transport urgent dépêché par le central de secours d'urgence ou, dans les autres cas, intégralement d'après les tarifs facturés après accord préalable de l'UCM, sans toutefois pouvoir dépasser le montant pouvant être pris en charge d'après les conditions et les tarifs prévus pour le transport secondaire par l'hélicoptère dans le cadre de la convention conclue sur base de l'article 61, alinéa 1 sous 11) du code des assurances sociales.

Les prestations de transport aérien des personnes protégées (malades ou blessées) sont assurées par la LAR sur la base d'une convention signée entre l'UCM et la LAR.

²²⁸ Ceci à condition que l'urgence soit documentée dans le procès-verbal d'intervention communiqué conformément aux dispositions réglant les rapports entre l'assurance maladie et les services compétents pour dépêcher ou effectuer ces transports. UCM, chapitre 11 Prestations de voyage, article 133.

²²⁹ Règlement des taxes, tarifs et prix de la ville de Luxembourg à partir du 1^{er} janvier 2004.

La prise en charge par l'UCM inclut les vols d'aller et de retour effectués lors d'un transport de malade ou de blessé. Et la facturation des transports se fait de la manière suivante :

Le temps de vol est déterminé par minute comprise dans le block time. *L'indemnité par minute de vol s'élève à 42 euros.*

Selon l'article 12 de la convention, la LAR a en sus le droit de mettre en compte les forfaits suivants :

- 99 euros pour le matériel utilisé dans le cas de réanimation cardiaque ;
- 74 euros pour le nettoyage de l'hélicoptère et des instruments médicaux ;
- 44 euros pour l'administration d'oxygène
- 195 euros pour la désinfection de l'hélicoptère et des instruments médicaux, uniquement en cas de transport d'un sujet atteint d'une affection contagieuse.

Les indemnités pour les transports effectués comprennent notamment :

- les frais de fonctionnement (mise à disposition de l'hélicoptère sanitaire, du pilote, du flight attendant, de l'assurance, du kérosène, des huiles et des frais de maintenance)
- les frais de préparation de vols : téléphone, météo, fax, Eurocontrol, etc.
- les taxes de décollage et d'atterrissage
- le transport du malade ou du blessé avec le médecin et le professionnel de santé dans les situations telles que définies à l'article 5 de la convention signée entre l'UCM et la LAR.

Les factures doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux services rendus et aux circonstances de l'intervention. Elles sont accompagnées d'une feuille d'intervention signée par le médecin ayant décidé l'intervention ou y ayant participé. Les services rendus doivent être inscrits sur une formule d'après le code qui leur est attribué.

Modalités de prise en charge

Les frais pour prestations de transport avancés par les ayants droit sont pris en charge sur base de factures acquittées, accompagnées des ordonnances et, le cas échéant, des autorisations requises. La preuve que le déplacement était en rapport avec l'obtention des prestations à charge de l'UCM dans les situations visées par les présents statuts incombe à l'ayant droit.

Les transports aériens et en ambulance du SAMU en cas de détresse vitale (urgence degré 1) sont pris en charge directement par l'UCM par la voie du tiers payant à condition que la situation d'urgence soit reconnue conformément à l'article 133, alinéa 2 sous 2). Lorsque cette dernière condition fait défaut, ces transports peuvent être pris en charge sur base de factures acquittées au titre d'un transport simple à condition que toutes les conditions afférentes soient également remplies²³⁰.

La norme de temps d'intervention au Luxembourg est fixée à 8 minutes. Ce qui suppose que toute action d'intervention du point de départ au lieu d'intervention ne peut dépasser, en principe, ce temps.

²³⁰ Cf. Statuts de l'Union des caisses de maladie

5. Synthèse comparative

5.1. L'organisation des systèmes d'aide médicale urgente

L'objectif de ce rapport est de présenter et de comparer les systèmes d'aide médicale urgente de la Belgique, de la France et du Grand-Duché de Luxembourg. Ainsi, nous avons dans un premier temps décrit le système de chaque pays et comparons à présent l'organisation des urgences dans les trois versants Luxlorsan, les moyens nécessaires et leur disponibilité dans la zone ainsi que leur mode financement.

En terme d'organisation, nous distinguons d'une part, l'organisation administrative de l'aide médicale urgente et d'autre part, son déroulement opérationnel.

5.1.1. L'organisation administrative²³¹

L'organisation et le fonctionnement de l'AMU – définis au niveau national / fédéral, sont tributaires du paysage institutionnel de chaque pays.

En **Belgique**, l'organisation et le fonctionnement du système d'aide médicale urgente, régis par l'arrêté royal du 2 avril 1965, sont assurés par le niveau fédéral et les collectivités locales : les SPF Intérieur et Santé publique²³² déterminent les règles générales dans lesquelles les plans d'intervention des communes et des provinces doivent s'inscrire et octroient aux collectivités locales les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ces plans. Le secteur privé participe également à l'AMU.

Les instances décisionnelles et opérationnelles bénéficient de l'avis du Conseil national des secours médicaux d'urgence et sont soumises au contrôle de la Commission d'aide médicale urgente, de la Commission médicale provinciale, des inspecteurs d'hygiène et du Collège des médecins.

Le cadre légal **français** définissant l'organisation et le fonctionnement des urgences se fonde actuellement sur la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 et les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997²³³. Une nouvelle réglementation devrait voir le jour ces prochains mois afin de renforcer l'implication de l'ensemble de la communauté hospitalière dans la prise en charge des urgences.

La coordination générale du système relève d'une compétence exercée par l'autorité étatique régionale, à savoir d'une part, le Préfet de Région qui, par l'intermédiaire de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) met en œuvre la politique nationale de santé publique, et d'autre part, le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) qui élabore les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et délivre les autorisations d'exercice de l'activité d'urgence dans les établissements hospitaliers. L'ARH est placée sous la tutelle des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Les acteurs de l'aide médicale urgente sont liés par conventions (cas des SAU²³⁴ et POSU²³⁵ en liaison avec des médecins libéraux et autres professionnels pour la permanence des soins) ou par un contrat relais (pour les UPATOU²³⁶) dont l'ensemble forme une « convention constitutive de réseau régional des urgences ». La conclusion des conventions entre les

²³¹ Cf. schémas, pp.24 (Belgique), 47 (France) et 66 (Luxembourg).

²³² Le SPF Intérieur est compétent pour l'installation et le fonctionnement du système d'appel de secours tandis que les autres aspects de l'AMU relèvent du SPF Santé publique.

²³³ Décrets n°95-647 et 95-648 du 9 mai 1995 et n°97-615, 97-616, 97-619 et 97-620 du 30 mai 1997

²³⁴ Service d'Accueil et de traitement des Urgences

²³⁵ PÔle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences

²³⁶ Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

établissements sièges d'un SMUR et ceux où est implanté le SAMU est soutenue par la conférence régionale de coopération interhospitalière²³⁷.

Le nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) place au cœur du système le fonctionnement en réseau de l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente à l'échelle d'un territoire de santé.

La coordination est renforcée, via le système de régulation du centre 15, entre les établissements de santé, les services d'urgences, les médecins libéraux, les structures sociales et médico-sociales.

Des filières de soins spécialisées sont développées.

L'organisation de l'aide médicale **luxembourgeoise** est notamment issue du règlement grand-ducal du 29 août 1979 et des lois du 27 février 1986 et du 12 juin 2004.

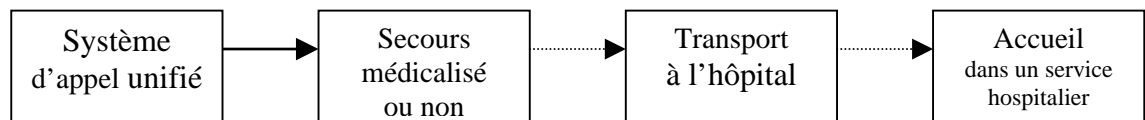
L'Administration des services de secours (ASS)²³⁸, créée par la loi de 2004 et placée sous la tutelle du Ministre de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, définit les structures de prise en charge des urgences dans le pays. Le service communal d'incendie et de sauvetage de la ville de Luxembourg jouit d'une autonomie vis-à-vis de l'ASS.

Les structures hospitalières assurant la prise en charge thérapeutique en aval relèvent essentiellement de la compétence du Ministre de la Santé.

Aux côtés de ces entités administratives et hospitalières, il existe notamment deux grandes structures privées reconnues d'utilité publique qui s'occupent entre autres du transport des urgences (Luxembourg Air Rescue et la Croix Rouge Luxembourgeoise).

5.1.2. La chaîne de secours

Les systèmes d'urgence pré hospitaliers belge, français et luxembourgeois sont des systèmes basés « sur la délocalisation de l'hôpital en dehors de ses murs pour mettre à disposition du patient, sur le lieu même de sa détresse, des soins de même nature que ce qui lui serait proposé en intra hospitalier »²³⁹. La chaîne de secours est donc fort semblable de part et d'autre de la frontière :



La chaîne de secours est déclenchée dans les trois pays à partir d'un numéro de téléphone national répondant à toute demande de secours. Le système de régulation des appels est médicalisé en France.

²³⁷ Elle est composée de représentants de l'ARH, de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des établissements de santé concernés.

²³⁸ L'ASS est composée de la division de la protection civile, de la division d'incendie et de sauvetage et de la division administrative, technique et médicale.

²³⁹ F. ADNET, Cl. LAPANDRY et F. LAPOSTOLLE, *Comparaison des systèmes d'urgences préhospitaliers en France, en Europe et aux Etats-Unis*, in Les urgences préhospitalières – organisation et prise en charge de J.E. de la Coussaye, pp.101-102.

L'organisation des secours médicaux des trois pays est structurée en deux niveaux : le secours du premier niveau est assuré par des ambulances et/ou des pompiers tandis que celui du second niveau est médicalisé.

Pays	2 niveaux	1 ^{er} niveau	2 ^e niveau	Personnel non-médecin responsable d'une intervention			Transport inter hospitalier médicalisé
				Para-médicaux	Infirmiers	Pompiers	
Belgique	Oui	Pompiers	Médicalisé	Non	Oui	Oui	Oui
France	Oui	Pompiers	Médicalisé	Non	Non	Oui	Oui
Luxembourg	Oui	Pompiers	Médicalisé	Non	Non		

Source : Les urgences préhospitalières – J.E de la Coussaye – Edition MASSON pp.109-110.

Il coexiste dans les trois pays des services hospitaliers présentant des niveaux de prise en charge différents selon la gravité de l'état du patient.

La France bénéficie de filières de soins spécialisées dont l'objectif est d'évaluer précisément les besoins du malade et de l'orienter directement vers le service hospitalier adapté à son état de santé.

Après avoir décrit l'organisation administrative et opérationnelle de l'AMU, voyons à présent les moyens humains et techniques que les autorités compétentes de chaque pays octroient aux acteurs de terrain pour assurer l'AMU.

5.2. Les moyens techniques et humains

5.2.1. Système d'appel

Dans chaque pays, la chaîne des secours est déclenchée à partir d'un numéro d'appel gratuit national²⁴⁰ en liaison avec les services de protection civile²⁴¹. Les réseaux d'appel des trois pays sont sous la tutelle des Ministres de l'Intérieur.

En Belgique, les centres d'appel sont organisés par province, en France, par département et au Luxembourg, au niveau national.

Les appels sont gérés, sur base de protocoles pré-établis, par des préposés sans statut particulier en Belgique et au Luxembourg et par un médecin régulateur en France. Après analyse de la situation, les préposés envoient les moyens adéquats et indiquent, en cas de besoin, l'hôpital vers lequel le(s) patient(s) doit être dirigé(s).

Ces aspects de l'AMU relèvent généralement du Ministère de la Santé Publique.

Lorsque cela s'avère nécessaire et selon la gravité de la situation, une prise en charge initiale d'urgence médicale (ou chirurgicale) peut être assurée sur place. Pour ce faire, le préposé envoie :

- soit un médecin de garde (en F et en B),
- soit une équipe médicale à bord d'un véhicule médicalisé (B et F : SMUR ; L : SAMU).

²⁴⁰ Ce numéro est le 100 (ou 112, 101) en Belgique, le 15 (ou 112, 18, 17) en France et le 112 au Luxembourg.

²⁴¹ B : les services d'incendie et de la police ; F : Services Départementaux d'Incendie et de Secours ; L : services de secours d'urgence de la protection civile

5.2.2. Système de prise en charge des urgences

Le système de prise en charge des urgences se compose d'un point de vue opérationnel de deux phases, à savoir une phase de prise en charge pré hospitalière et une phase de prise en charge hospitalière.

Urgences pré hospitalières

Les médecins de garde

En Belgique, les médecins généralistes organisent des gardes de 24 h et se rendent sur place par leurs propres moyens. En France, il est soit fait appel aux médecins de garde libéraux (SOS médecins), soit aux médecins correspondant du SAMU lorsque la victime est située à plus de 20 minutes d'un SMUR. Ce dernier est envoyé avec un véhicule de transport médical (VSAV, ASSU).

Les SMUR / SAMU

Les SMUR/SAMU sont, dans les trois pays, rattachés à des hôpitaux faisant partie de l'AMU. En France, il existe des SMUR spécialisés (ex.: transport de nouveau-nés et nourrissons).

Il s'agit de véhicules médicalisés²⁴² disposant des moyens de télécommunication adéquats, à bord desquels on retrouve une équipe médicale composée :

- en Belgique, d'un médecin (candidat-) spécialiste en soins d'urgence et d'au moins un infirmier en soins intensifs et d'urgence appartenant au service urgent spécialisé de l'hôpital ;
- en France, d'au moins 2 personnes (dont 1 urgentiste) et de 3 personnes (dont 1 urgentiste et 1 infirmier) lorsque les interventions requièrent des techniques de réanimation ;
- au Luxembourg, de médecins anesthésistes - réanimateurs et d'infirmiers anesthésistes.

Les SMUR français et les SAMU luxembourgeois assurent également le transport (primaire et secondaire) de la victime tandis que les SMUR belges sont toujours suivis d'une ambulance.

Dans les trois pays, les moyens de transport aériens (hélicoptères et avions sanitaires) font également office de SMUR /SAMU.

Les ambulances

En Belgique, il ne peut être fait appel qu'à des ambulances agréées qui ont accepté de collaborer à l'AMU (hôpital, secteur privé, services d'incendie ...). Le transport est occasionnellement assuré par des hélicoptères sanitaires.

En France, quatre types de véhicules SMUR assurent le transport des patients :

- les Véhicules de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes ;
- les Ambulances de Soins et de Secours d'Urgences ;
- les Véhicules Médicaux Légers et ;
- les Véhicules de régulation PC.

Parallèlement, le patient peut être transporté à l'hôpital par une ambulance privée ou celle d'un SDIS.

²⁴² En France, il existe 4 types de véhicules : les ASSU, les VSAV, les VML, les véhicules de régulation PC. Cette diversité tient notamment au fait que les SMUR français assurent également le transport des malades.

Au Luxembourg, la structure opérationnelle chargée de l'intervention et du transport dépend essentiellement de la région hospitalière où se trouve l'urgence. En effet, dans la région centre, ce sont les ambulances (publiques), parfois médicalisées, du Service d'Incendie et d'Ambulance de la ville de Luxembourg²⁴³ et de l'Administration des Services de Secours (ASS) qui assurent le transport des cas urgents (blessés, crise aiguë de maladie, etc.).

Dans les deux autres régions hospitalières, il s'agit essentiellement des ambulances (publiques) de l'ASS.

En Belgique et dans la plupart des cas au Luxembourg, les ambulances sont conduites par des ambulanciers brevetés. Les ambulances luxembourgeoises « soins intensifs et réanimation » assurent une présence médicale et infirmière et les ambulances du Service d'Incendie et d'Ambulance sont conduites par des sapeurs-pompiers professionnels (salariés). En France, l'équipe des SMUR effectuant le transport est composée d'au moins 2 personnes (dont 1 urgentiste).

Urgences hospitalières

En Belgique, il existe 2 types de services hospitaliers d'urgences : les **Soins Urgents Spécialisés** (disposant d'un SMUR) et les **Services de première en charge des urgences**.

Le premier est dirigé par un médecin urgentiste, encadré d'au moins 2 infirmiers spécialisés. Ceux-ci doivent pouvoir faire appel en permanence à d'autres spécialistes. Le second est dirigé par un urgentiste, travaillant en collaboration avec au moins 1 infirmier.

En France, l'accueil et le traitement des urgences est une activité soumise à autorisation. Il peut s'agir d'un SAU c'est-à-dire d'un **Service d'Accueil et de Traitement des Urgences** (disposant d'un SMUR), éventuellement spécialisé (POSU²⁴⁴) ou d'une **Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des Urgences** (UPATO).²⁴⁴

Ces services sont tenus de conclure une convention avec les établissements du service hospitalier public qui participent à la lutte contre les maladies mentales.

Les normes de personnel des SAU et des UPATO sont quasi identiques : l'organisation médicale repose sur un médecin responsable, une équipe mobile et une équipe paramédicale (minimum 2 infirmiers en SAU / 1 infirmier en UPATO + aides soignants). Tous les membres de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences.

Au Luxembourg, on distingue principalement deux catégories d'unité d'accueil et de traitement des urgences : les **services d'urgence** (correspondant au SAMU) installés dans les hôpitaux généraux²⁴⁵ autorisés à prendre en charge les urgences médicales et chirurgicales et les **services de polycliniques**.

Contrairement en France et en Belgique, ces services d'urgence ne sont pas tenus de fonctionner avec du personnel formé à cet effet.

Dans les trois pays, les hôpitaux disposant de services d'urgences doivent disposer d'un minimum de services hospitaliers auxquels il peut être fait appel en cas de besoin.

La description des normes techniques et humaines nous amène à présent à recenser l'offre de soins d'urgence dans la zone Luxlorsan.

²⁴³ Le Service d'Incendie et d'Ambulance de la ville de Luxembourg est responsable des interventions d'urgence sur le territoire de Luxembourg - ville. Concernant les autres localités de la région hospitalière centre, elles sont sous la compétence territoriale de l'ASS.

²⁴⁴ Pôle Spécialisé d'accueil des Urgences

²⁴⁵ Les hôpitaux généraux concernés sont appelés au Luxembourg parfois hôpitaux de garde ou hôpitaux SAMU.

5.3. L'Offre en SMUR/SAMU dans la zone du projet Luxlorsan

L'offre en SMUR/SAMU semble réaliser un bon maillage territorial de part et d'autre des trois versants couverts par le projet Luxlorsan.

5.3.1. Province du Luxembourg (Belgique)

Les Services Urgents Spécialisés font partie de l'aide médicale urgente. Il en existe quatre dans la Province du Luxembourg. Ces services se trouvent dans les sites suivants :

- Arlon : Cliniques du Sud Luxembourg
- Libramont : Centre Hospitalier de l'Ardenne
- Bastogne : Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz
- Aye-Marche-en-Famenne : Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz

Les quatre services urgents spécialisés possédaient environ 60 lits en 2002, dont plus de 2/3 servaient en réanimations médicales et chirurgicales, les autres étant destinés aux soins urgents de proximité.

Notons que les hôpitaux de la Province du Luxembourg ne disposent pas de lits en soins intensifs cardiaques, ni en soins intensifs néonataux.

Ces établissements, ainsi que l'hôpital de Virton, dispose d'un SMUR. Au total, ces SMUR possèdent 5 véhicules d'urgence, soit un rapport de 2 véhicules pour 100 000 habitants. Chaque SMUR couvre en moyenne un territoire de 888 km².

Par ailleurs, il existe dans la Province du Luxembourg 14 centres régionaux d'incendie constituant de lieux de départ des services ambulanciers qui participent en cas de besoin à l'aide médicale urgente et 2 postes dits « avancés » destinés à réduire le temps nécessaire d'intervention.

5.3.2. Région de Lorraine (France)

L'offre de soins « urgence » en Lorraine est la suivante (bilan au 31 décembre 2005) :

- 18 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dont 1 SMUR néonatal et 3 SMUR dotés d'une ou plusieurs antennes, à répartition égale entre le territoire Nord et le territoire Sud ;
- 1 hélicoptère sanitaire régional²⁴⁶ ;
- 4 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) : 1 dans chaque département doté d'un centre 15 et d'un système de régulation incluant les médecins libéraux ;
- 22 sites d'urgence, répartis de manière égale entre le territoire Nord et le territoire Sud.

Parmi ces sites, on compte :

- 6 services d'accueil des urgences, répartis sur 6 communes ou agglomérations ;
- 14 unités de proximité d'accueil et traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) réparties sur 14 communes ou agglomérations, dont 2 installées dans des cliniques privées ;
- 1 Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) pédiatrique ;
- 1 Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences (POSU) néonatal.

²⁴⁶ Il est à noter le mode d'organisation tout à fait particulier de l'hélicoptère sanitaire. Celui-ci est basé au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, mais est à la disposition des quatre SAMU de la région. Ainsi, participent au fonctionnement de l'équipe transport d'urgence hélicoptérés, des médecins urgentistes issus des quatre départements de la région.

5.3.3. Grand -Duché de Luxembourg

Le service d'aide médicale urgente fait partie intégrante des services de secours au Grand – Duché de Luxembourg depuis le 1^{er} juillet 1989. Placé sous la responsabilité du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Intérieur (à travers l'Administration de services de secours), le SAMU offre une couverture nationale des besoins de prise en charge de soins urgents fondée sur l'organisation territoriale du système de santé en trois régions hospitalières.

Le SAMU est installé dans un hôpital général de chacune des trois régions hospitalières, à savoir :

	Région Nord	Région Centre	Région Sud
Etablissements SAMU	Centre Hospitalier de Ettelbruck	Centre Hospitalier de Luxembourg	Centre Hospitalier de Esch/Alzette

Mais au niveau de la région Centre, le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) assure de façon alternée la garde des urgences avec l'hôpital de Kirchberg et la Clinique Sainte-Thérèse.

Enfin, achevons notre synthèse en comparant les modes de financement des moyens et les parts à charge des usagers.

5.4. *Financement*

Le personnel et le matériel du **système d'appel** gratuit est pris en charge dans les trois pays par l'Etat. En France, il est en outre financé par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie.

Les **médecins de garde** libéraux français et belges intervenant dans le cadre de l'AMU reçoivent, de la part de l'assurance maladie, un forfait de disponibilité. Les honoraires – majorés selon les situations, sont pris en charge conjointement par l'assurance maladie et le patient, sauf, en France, lorsque l'intervention du médecin est suivie d'une hospitalisation (prise en charge à 100 %).

Les **SMUR** belges sont entièrement financés par le budget de l'hôpital (forfait annuel ≈ 222 000 €). L'intervention d'un SMUR ne peut en aucun cas être facturé aux patients. Ces derniers supportent uniquement les tickets modérateurs liés aux honoraires des médecins et aux médicaments.

Les SMUR français sont également financés via la dotation globale de l'hôpital mais font en outre l'objet d'une facturation de la prestation. En effet, l'intervention d'un SMUR est facturée à la ½ heure (ou à la minute lorsqu'il s'agit d'un hélicoptère). Le coût est couvert à 100 % par l'assurance maladie lorsque l'état du patient nécessite une hospitalisation. Dans le cas contraire, il devra supporter 35 % de la facture.

Au Luxembourg, les véhicules et les équipements du **SAMU** sont pris en charge par le Ministère de l'Intérieur. Le Ministère de la Santé octroie en outre un forfait annuel (525600 €/groupe de médecins) pour assurer la présence du personnel de garde et prend en charge les honoraires non recouverts, les contrats d'assurance des médecins ainsi que leur tenues de travail. La sortie du SAMU (terrestre ou aérien) est prise en charge à 100 % par l'UCM.

En Belgique, les services d'**ambulances** agréés bénéficient généralement de subsides des collectivités locales. Ils sont en outre financés par les usagers : le transport par ambulance ou hélicoptère est entièrement à charge du patient ; ce type de frais n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les ambulances luxembourgeoises et leurs équipements sont pris en charge par le Ministère de l'Intérieur. La facture, émise par la commune, est couverte à 70 % ou 100 % selon les cas par l'assurance maladie.

En France, les services du SDIS (pompiers) sont financés par les départements et les communes. En dehors des évacuations et des transferts effectués en qualité de prestataires des SMUR, les sapeurs-pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires²⁴⁷. Cependant, en cas de carence avérée des ambulanciers privés constatée par le SAMU, les pompiers peuvent réaliser exceptionnellement des transports sanitaires non médicalisés, et dans ce cas, l'intervention est facturée à l'établissement de santé (90 €/intervention).

Les transports sanitaires effectués par les pompiers sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Les entreprises de transport sanitaire privées participant à la garde départementale organisée par le Préfet bénéficient d'une intervention forfaitaire de 346 € pour chaque période de garde assurée pour laquelle des moyens en véhicule sont dédiés au centre 15²⁴⁸ et facturent leur prestation à 40 % des tarifs conventionnels²⁴⁹.

En Belgique, les **services hospitaliers d'urgence** sont pris en charge par le budget de l'hôpital (frais fixes et frais variables). Les honoraires, actes, médicaments ... sont couverts conjointement par l'assurance maladie et le patient.

Les services hospitaliers d'urgences luxembourgeois bénéficient d'aides financières pour les investissements mobiliers et immobiliers. Le personnel médical hospitalier bénéficie des mêmes aides financières que celui du SAMU (cf. supra). Les honoraires, actes, médicaments ... sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie lorsque l'état du patient nécessite une hospitalisation.

En France, le financement des hôpitaux est mixte : il associe d'une part, une dotation de financement couvrant l'ensemble des missions du service public et d'autre part, un dispositif médicalisé prenant en compte la nature et le volume d'activité. Les services d'urgences reçoivent un forfait annuel d'urgence déterminé en fonction du nombre de passages. Celui-ci est destiné à couvrir les frais de fonctionnement. Les services reçoivent en outre un forfait « accueil et traitement des urgences » pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les honoraires, actes, médicaments ... sont pris en charge conjointement par l'assurance maladie et le patient.

²⁴⁷ Conformément à la loi n°96-369 du 3 mai 1996, l'évacuation des victimes d'accident ou de sinistre relève du SDIS lorsque leur état nécessite un secours d'urgence, ou lorsque l'intervention nécessite un secours en équipe (sauvetage, soustraction à un danger ou à un risque).

²⁴⁸ Seules les ambulances peuvent intervenir dans le cadre des transports d'urgence (ne sont donc pas concernés les VSL).

²⁴⁹ Tarifs fixés par la Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L 322-5-2 du Code de la Sécurité Sociale, cf. annexe.

6. Conclusions générales

Les urgences constituent un domaine dans lequel la rapidité d'intervention et de prise en charge médicale des patients peut avoir une influence directe sur le pronostic vital et sur la qualité de la vie des patients à l'issue du traitement.

Bien que la planification de l'aide médicale urgente soit construite de manière à couvrir l'ensemble du territoire national, il n'en demeure pas moins que la concentration de la population et des établissements hospitaliers autour des grandes communes se traduit par l'existence de zones enclavées, plus éloignées des établissements de soins et d'un délai d'accès plus long. Le GEIE Luxlorsan « LLS » est d'ailleurs régulièrement interpellé à ce sujet par des citoyens, des acteurs politiques et hospitaliers locaux.

Or, dans certaines de ces zones, les équipes médicales de secours étrangères peuvent intervenir plus rapidement auprès du patient que ne sauraient le faire les équipes nationales. Autoriser l'intervention des équipes médicales étrangères sur le territoire national permet donc d'offrir au patient une médicalisation plus rapide et des chances de survie plus grandes, particulièrement lorsque le pronostic vital est en cause.

La médicalisation du patient et la stabilisation de son état de santé par les équipes SMUR sont souvent suivies d'une hospitalisation du patient dans un établissement disposant d'un plateau technique adapté à sa pathologie. Lorsque les moyens de traitement se situent dans un établissement étranger à proximité du lieu d'intervention, la possibilité d'orienter le patient vers cet établissement permettrait de lui faire bénéficier au plus vite des moyens adaptés à son état.

Si les véhicules et équipes d'urgence sont déjà amenés de temps à autre à traverser la frontière, il n'existe pas à ce jour dans l'Union européenne d'accords transfrontaliers en matière de prise en charge des urgences médicales en dehors des situations de catastrophes naturelles. Diverses initiatives en la matière ont été entreprises par des acteurs frontaliers hollandais, belges, allemands, luxembourgeois, français ... mais peinent à se réaliser en raison d'obstacles politiques, juridiques, institutionnels, administratifs, opérationnels et matériels.

La comparaison des systèmes exposés dans ce rapport permet de percevoir toute la complexité de ce champ d'action – liée notamment à la multiplicité des intervenants, et de comprendre les difficultés rencontrées. Elle renforce ainsi la connaissance mutuelle des acteurs en matière de prise en charge des urgences pré-hospitalières et hospitalières dans la zone Luxlorsan. Ceci constitue une étape préalable indispensable au développement d'un projet de coopération transfrontalière dans un domaine aussi complexe que l'aide médicale urgente.

Il conviendra ensuite de s'intéresser aux pratiques et aux (projets de) coopérations transfrontalières existantes afin de mettre en exergue les difficultés que pourraient rencontrer les acteurs qui développeraient un tel projet. Ce diagnostic devrait ainsi permettre aux interlocuteurs de faire émerger des solutions susceptibles de dépasser les obstacles qui s'opposent aujourd'hui encore au développement des urgences transfrontalières.

7. Glossaire

Sigles utilisés en Belgique

AMI	Assurance Maladie Invalidité
AO	Assuré Ordinaire
BIM	Bénéficiaires d'Intervention Majorée
CoAMU	Commission d'Aide Médicale Urgente
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
ONSS	Office National de Sécurité Sociale
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPF	Service Public Fédéral
SUS	Service Urgent Spécialisé
TM	Ticket modérateur

Sigles utilisés en France

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ASSU	Ambulance de Soins de Secours d'Urgence
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Nomenclature des actes
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
FAU	Forfait Annuel d'Urgences
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
POSU	PÔle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SDIS	Service d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
VLM	Véhicule Médical Léger
VSAV	Voiture de Secours aux Asphyxiés et aux Victimes

Sigles utilisés au Luxembourg

AMMD	Association des Médecins et Médecins-Dentistes
ASS	Administration des Services de Secours
LAR	Luxembourg Air Rescue
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SIA	Service d'Incendie et d'Ambulances
UCM	Union des Caisses de Maladie
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

8. Bibliographie

Systeme de prise en charge des urgences médicales en Belgique

Références législatives

- Loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile (MB : 16/01/1964).
- Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (MB : 25/07/1964).
- Arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié (MB : 12/05/1965).
- Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967).
- Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987).
- Arrêté ministériel du 12 novembre 1993 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en soins d'urgence, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins d'urgence (MB : 13/01/1994).
- Arrêté royal du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier (MB : 09/03/1994), art.1. Arrêté royal du 5 juillet 1994 créant un conseil national des secours médicaux d'urgence (MB : 16/09/1994).
- Arrêté royal du 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "service mobile d'urgence" (MB : 10/05/1995).
- Arrêté ministériel du 16 avril 1996 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art infirmier comme porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence (MB : 03/08/1996).
- Arrêté royal du 13 février 1998 relatif aux centres de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers (MB : 28/03/1998), art.7.
- Arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "soins urgents spécialisés" (MB : 16/06/1998).
- Arrêté ministériel du 26 mai 1998 relatif au recrutement et à la prise en charge du personnel des centres du système d'appel unifié (MB : 10/07/1998).
- Arrêté ministériel du 6 juillet 1998 déterminant les caractéristiques extérieures des véhicules qui interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente (MB : 09/07/1998).
- Arrêté royal du 10 août 1998 instituant les Commissions d'Aide médicale urgente (MB : 02/09/1998).
- Arrêté royal du 18 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée (MB : 15/04/1998).
- Arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux (MB : 25/03/1999).
- Arrêté ministériel du 16 avril 1999 fixant le nombre de membres du Collège de médecins pour la fonction "soins urgents spécialisés" (MB : 11/08/1999).
- Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers (MB : 30/05/2002).
- Arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés (MB : 14/12/2002).
- Arrêté ministériel du 29 janvier 2003 intégrant des fonctions " service mobile d'urgence " agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (MB : 31/01/2003).
- Loi-programme du 27 décembre 2004 (MB : 31/12/04).
- Arrêté royal du 5 juillet 2004 créant un conseil national des secours médicaux d'urgence (MB : 16/09/1994).
- Loi programme du 9 juillet 2004, (MB : 15/07/04).

Autres sources

- J.D., Le transport urgent des malades, in *En marche*, n°1320, 5 mai 2005, p.2.
- M.-M. DAUTEL et al, *Etude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans dix pays européen*, Paris, Novembre 2002, p.76.

- Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, pp. 169-172.
- www.fgov.be

Système de prise en charge des urgences médicales en France

Références législatives

- Code de Santé Publique
- Décret n°83-744 du 11 août 1983
- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986
- Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie, et à la prévention des risques majeurs.
- Décret n°87-965 du 30 novembre 1987
- Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique.
- Loi n°96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours
- Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences ».
- Décrets n°97-619 et 97-620 relatifs à l'autorisation et aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des SMUR.
- Décret 99-378 du 17 mai 1999 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche des centres hospitaliers et universitaires.
- Accord national du 4 avril 2001.
- Décret n°2001-876 du 19 septembre 2001 portant statut des praticiens hospitaliers : personnels titulaires nommés par le Ministre de la Santé, bénéficiant d'un statut unique leur permettant d'exercer dans l'ensemble des hôpitaux publics et dans toutes les disciplines.
- Circulaire du Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003
- Circulaire DHIS/O/2004/101 du 5 mars 2004 (non paru au JO)
- Circulaire ministérielle du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
- Avenant n°3 du 21 décembre 2004 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés relatif à la garde ambulancière.
- Circulaire DHOS/F1/2005/103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L 162-22-6 du Code de la sécurité sociale.
- Décret n°2005-263 du 22 mars 2005 pris pour l'application de l'article L 162-22-8 du Code de la Sécurité Sociale.
- Décret N°2005-328 du 7 avril 2005 modifiant le Décret n°2003-800 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.
- Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

Autres sources

- Le Quotidien du Médecin du 6 avril 2005.
- CREDES, Colloque « Allocation des ressources et géographie des soins » des 22 et 24 avril 1998.

Système de prise en charge des urgences médicales au Luxembourg

Références législatives

- Règlement grand-ducal établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence. Mém. A-77 du 5 octobre 1979, p.1481.
- Loi du 27 février 1986 concernant l'aide médicale urgente.
- Loi du 12 juin 2004 portant création de l'Administration des Services de Secours (ASS).
- Convention du 28 mars 2003.
- Loi du 12 juin 2004.

Autres sources

- Administration des Services de Secours : Rapports d'activités 2003, 2004.
- LAR Report : périodique de la Luxembourg Air Rescue A.s.b.l, Mars et Juin 2004
- Service Incendie et Ambulance de la ville de Luxembourg : rapport annuel 2004
- Statuts de l'UCM

9. Annexe

Annexe 1 : Le conseil national des secours médicaux d'urgence

Les membres du Conseil sont répartis comme suit²⁵⁰ :

- quatre médecins présentés par les associations scientifiques de médecine générale représentatives ;
- quatre médecins présentés par les associations belges de médecine d'urgence et de catastrophe représentatives ;
- quatre membres, responsables d'hôpitaux ayant un service d'un service des urgences intégré dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente ;
- quatre infirmiers présentés par leurs associations scientifiques représentatives ;
- quatre ambulanciers présentés par leurs associations professionnelles représentatives ;
- deux représentants des Centres de Secours "100" présentés par l'ensemble de ces centres ;
- deux représentants des services de secours de la Croix Rouge de Belgique présentés par la Croix Rouge de Belgique ;
- deux officiers médecins présentés par le service médical de l'armée.

Annexe 2 : La Commission d'Aide Médicale Urgence

Chaque Commission d'Aide Médicale Urgente est composée²⁵¹ :

- les chefs des services d'incendie et les officiers du centre ;
- un représentant de chaque service d'ambulance ;
- un médecin, représentant de chaque service d'urgence ;
- un médecin et un infirmier, représentant de chaque service mobile d'urgence ;
- un représentant de chaque service de garde ;
- un représentant du service de secours de la Croix rouge ;
- le gouverneur de la province.

Annexe 3 : Médecins spécialistes en médecin d'urgence

L'arrêt ministériel du 14 février 2005 fixe les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines.

Selon ce texte, pour être agréé pour le *titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence*, il faut être agréé dans une des disciplines suivantes : anesthésie-réanimation, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie, neurochirurgie, urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie plastique, pédiatrie, neurologie.

La durée de la formation comporte dans ce cas au moins **deux années de stage** à temps plein dans un ou plusieurs services d'urgence qui sont des services de stage agréés à cet effet, et dont six mois dans un service de traitement intensif et une année au moins après l'agrément en tant que médecin spécialiste dans la spécialité principale.

Pour être porteur du titre professionnel particulier de *médecin spécialiste en médecine d'urgence*, le médecin doit avoir effectué une **formation en médecine d'urgence durant six années** à temps plein dans un ou plusieurs services d'urgence agréés comme services de stage, dont douze mois dans un service de soins intensifs.

²⁵⁰ AR du 5 juillet 2004 créant un conseil national des secours médicaux d'urgence (MB : 16/09/1994), art.3 § 1^{er}.

²⁵¹ AR du 10 août 1998 instituant les Commissions d'Aide médicale urgente (MB : 02/09/1998), art.3.

Pour être porteur du titre professionnel particulier de *médecin spécialiste en médecine aiguë*, le médecin doit avoir suivi une **formation en soins d'urgence durant trois années** à temps plein dans plusieurs services de stage agréés et dont au moins 18 mois dans des services d'urgence agréés comme service de stage et dix-huit mois dans les disciplines suivantes : anesthésie-réanimation, soins intensifs, médecine interne, chirurgie et pédiatrie.

Annexe 4 : Infirmiers gradués en soins intensifs et d'urgence

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, « nul ne peut exercer l'art infirmier (...) s'il n'est agréé en tant que porteur, soit du titre professionnel de praticien infirmier, soit du titre professionnel de praticien infirmier gradué (...) (art.21 quater §1).

Les études d'infirmier gradué s'étendent sur trois années au moins. Des diplômes d'infirmiers gradués spécialisés peuvent également être délivrés après une année d'études supplémentaire. Parmi ces titres, citons « le diplôme d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et d'urgence »²⁵².

Selon l'arrêté ministériel du 16 avril 1996²⁵³, pour être agréé aux fins de porter le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et d'urgence, il faut : être porteur du diplôme, du grade ou du titre d'infirmier(e) gradué(e) et ; avoir suivi avec fruit une formation complémentaire ou spécialisation en soins intensifs et d'urgence.

La formation complémentaire comprend une partie théorique d'au moins 450 heures effectives et une partie expérience professionnelle d'au moins 450 heures effectives dans un service agréé de soins intensifs et un services agréé des urgences.

Annexe 5 : Avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

Participation à la régulation ⇒ 60 euros / heure

Astreinte ⇒ 50 euros pour la période 20h/0h
100 euros pour la période 0h/8h
150 euros les dimanches, jours fériés pour la période 8h/20h

Garde dans les UPATOU ⇒ 228,68 euros par période de garde sur place la nuit

Majorations spécifiques en cas d'intervention du médecin de permanence :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit : 20h/0h et 6h/8h	46,00	42,50
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h/6h	55,00	51,50
Majoration spécifique dimanche et jours fériés	30,00	26,50

²⁵² AR du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier (MB : 09/03/1994), art.1.

²⁵³ AM du 16 avril 1996 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art infirmier comme porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence (MB : 03/08/1996).

Annexe 6 : ARRETE DU 26 MAI 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

AVENANT N°4 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

			Tarifs en euros (à compter du 2 juin 2005)
Rémunération du médecin régulateur (1) pour sa participation à la régulation assurée par le SAMU : - la nuit de 20h00 à 08h00 - le dimanche et les jours fériés de 08h00 à 20h00			3 C (= 60 euros de l'heure)
Rémunération de l'astreinte du médecin de permanence (2)	- la nuit de 20h00 à 00h00		50,00
	- la nuit de 00h00 à 08h00		100,00
	- le dimanche et les jours fériés de 08h00 à 20h00		150,00
Majorations spécifiques applicables par le médecin de permanence lorsqu'il intervient à la demande du médecin régulateur (3)			
Majoration de la consultation au cabinet	Majoration de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	CRN	42,50
	Majoration de milieu de nuit de 00h00 à 06h00	CRM	51,50
	Majoration de dimanche et jours fériés de 08h00 à 20h00	CRD	26,50
Majoration de la visite à domicile justifiée	Majoration de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	VRN	46,00
	Majoration de milieu de nuit de 00h00 à 06h00	VRM	55,00
	Majoration de dimanche et jours fériés de 08h00 à 20h00	VRD	30,00

(1) Rémunération du médecin régulateur

La rémunération de la régulation est versée, en principe, à un seul médecin régulateur par centre de régulation pour une même période.

Le paiement de la rémunération du médecin régulateur est assuré par la caisse d'Assurance Maladie du lieu d'exercice principal du médecin sur transmission, par celui-ci, d'une attestation signée de participation à la régulation, mentionnant notamment les périodes couvertes (date et plage horaire), et les coordonnées du centre de régulation.

(2) Rémunération de l'astreinte du médecin de permanence

Source : www.ameli.fr

Annexe 7 : ARRETE ARH/DDASS 54 n°04/112 du 8 mars 2005 portant fixation des tarifs applicables aux transports médicalisés effectués dans le cadre des SMUR du département de Meurthe et Moselle

› Tarifs applicables aux transports médicalisés effectués par les SMUR de Meurthe et Moselle :

transports terrestres : 241,06 euros par ½ heure médicalisée

transports aériens :

- pour les établissements publics et PSPH **hors région Lorraine** et tous les établissements privés : 123 euros par minute de vol médicalisé
- pour les établissements publics ou PSPH de la **région Lorraine** : 12,50 euros par minute de vol médicalisé.