

1	LE CORPS HUMAIN
2	LES PREMIÈRES MINUTES
3	LES AFFECTIONS À RISQUE VITAL
4	LE PATIENT TRAUMATISÉ
5	MALADIES ET INTOXICATIONS
6	GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINÉ
7	L'ENFANT EN DÉTRESSE
8	URGENCES PROVOQUÉES PAR AGENTS PHYSIQUES
9	URGENCES PSYCHIATRIQUES
10	LE TRANSPORT DU PATIENT
11	LES CATASTROPHES
12	ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE
13	TECHNIQUES
14	SUPPLÉMENTS
15	VOCABULAIRE

12

ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

CONTENU

- 12.1 Législation
- 12.2 Le centre 100
- 12.3 Le transport vers l'hôpital
- 12.4 Les relations
ambulancier-SMUR
- 12.5 L'ambulancier et
le médecin généraliste
- 12.6 Déontologie - secret
professionnel
- 12.7 Le Fonds d'Aide Médicale
Urgente
- 12.8 La formation du secouriste-
ambulancier

12.1 Législation

Le présent chapitre est scindé en deux sections. Dans une première section, nous étudierons la législation relative à l'organisation de l'aide médicale urgente telle qu'elle est prévue par la loi du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution et, dans une seconde section, nous aborderons des dispositions légales particulières et applicables à l'exercice de la fonction de secouriste-ambulancier.

I. La législation relative à l'aide médicale urgente

1. Qu'est-ce que l'aide médicale urgente ?

Si on s'en réfère à un bon vieux dictionnaire, l'**aide** c'est l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens. L'aide est aussi synonyme de secours à savoir tout ce qui sert à quelqu'un pour sortir d'une situation difficile. Et, secourir, c'est aider quelqu'un à se tirer d'un danger.

L'aide est en l'espèce **médicale** c'est dire qu'elle concerne la médecine. La médecine c'est la science qui a pour objet la conservation et le rétablissement de la santé.

L'aide est non seulement médicale mais elle est aussi **urgente**. L'urgent c'est ce dont on doit s'occuper sans retard. L'urgence c'est la nécessité d'agir vite.

Voilà comment communément se définit respectivement, l'aide, médical et urgent. Les définitions rassemblées, l'aide médicale urgente serait la mise en œuvre de tout ce qui sert à quelqu'un pour se tirer d'un danger qui menace sa santé en agissant le plus rapidement possible.

L'article 1er de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente qui définit son champ d'application n'est pas très éloigné de cette définition.

Ainsi, il faut entendre par aide médicale urgente, "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".

On retiendra que ce qui justifie la mise en œuvre du système, est le risque vital encouru par le demandeur qui est en l'espèce un patient.

La loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente met en place un système d'alerte qui permet de mettre en œuvre tous les moyens appropriés pour garantir à la population un accès aux soins en situation d'urgence. Le numéro 100 est le numéro d'appel de l'aide médicale urgente

2. Le contexte historique

Pour situer le contexte et les raisons qui ont présidé en 1964 à la promulgation de la loi, nous signalerons que, jusqu'alors, il entraînait dans les obligations des Commissions d'assistance publique de secourir toute personne se trouvant sur le territoire de la commune qui requerrait des soins immédiats et ce, préalablement à tout examen de son état d'indigence. Seuls les hôpitaux exploités par ces commissions étaient tenus d'admettre, en urgence, tout patient victime d'accident ou de maladie.

Les situations d'urgence se manifestaient, à l'époque, sous des aspects nouveaux. On peut citer à titre d'exemple, l'augmentation du nombre des accidents de la route parallèlement à l'augmentation de l'intensité du trafic routier et la détresse respiratoire dont souffraient les patients atteints des complications pulmonaires de la poliomyélite, maladie qui avait, à plusieurs reprises, sévi sous forme épidémique grave dans notre pays.

Il était donc nécessaire de légiférer pour mettre fin aux aléas des secours prodigués à ces patients en vertu des seules dispositions légales de la loi relative aux commissions d'assistance publique. En effet, l'implantation géographique des hôpitaux qui y étaient rattachés ne suffisait pas toujours à satisfaire les besoins de couverture du territoire en dédant des délais de transport compatibles avec la survie des patients en état critique.

Notre pays a été ainsi le premier pays au monde à se doter, entre 1958 et 1963, d'un système d'appel unifié couvrant l'entièreté du territoire au moyen d'un numéro simple et facile à mémoriser le 900 devenu en 1987, 100.

Ce système reposait jusqu'il y a peu sur 16 centres installés dans 16 services d'incendie qui présentaient à l'époque l'avantage de disposer d'une permanence de service 24/24 et répartis géographiquement de manière à assurer le traitement des appels provenant de l'ensemble du territoire.

3. Les moyens de l'aide médicale urgente

Pour assurer la coordination de tous ces intervenants, on

Les moyens de l'aide médicale urgente sont au nombre de quatre :

- ◆ **le préposé chargé de traiter la demande lors de l'appel,**
- ◆ **les services d'ambulances,**
- ◆ **les médecins ou les services mobiles d'urgence**
- ◆ **l'hôpital de destination du patient.**

retiendra également le rôle important des **commissions d'aide médicale urgente** instituées dans chaque province et dans l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale.

3.1. Le droit de réquisition du préposé

La loi du 8 juillet 1964 organise l'**obligation de secours** en conférant un **pouvoir de réquisition** au seul préposé afin que puisse être assuré :

- les secours,
- le transport
- et l'accueil dans un service hospitalier adéquat.

Ce droit de réquisition est une dérogation importante à la liberté de chacun tant en ce qui concerne le patient qu'en ce qui concerne les prestataires. En effet, lorsqu'il est fait appel au 100, le préposé requiert soit le médecin, soit le service d'ambulance, soit le service mobile d'urgence, soit le service hospitalier adéquat le plus proche.

Le patient ne peut donc exiger d'être transporté dans l'hôpital de son choix pas plus que le médecin ne peut, en principe, envoyer le patient dans un hôpital autre que celui requis par le préposé.

En 1964 la rencontre de l'objectif de la loi se fait via la rapidité du transport du patient vers l'hôpital le plus proche. Comme nous l'avons déjà mentionné, les 16 centres installés dans les services incendie reçoivent et traitent tous les appels transmis. Ces préposés sont donc des sapeurs pompiers qui, jusqu'à récemment encore, ne disposaient, ni d'une formation réglementée, ni d'un encadrement médical spécifique. Cet état de fait n'est pas ressenti à l'époque comme une carence étant donné leur fonction assez simple d'activer des moyens de secours bien identifiés sur base du seul critère de proximité par rapport au lieu de l'événement.

Il faut ajouter qu'en 1964, même si l'intervention du médecin est décrite dans la loi, le médecin ne s'implique quasi pas dans le domaine de l'aide médicale urgente.

3.2. Les services mobiles d'urgence

3.2.1. Définition et rôle

Le service mobile d'urgence est une équipe médicale (médecin, infirmier) capable d'intervenir grâce à un véhicule équipé de matériel de réanimation. Le service mobile d'urgence n'intervient que sur demande du centre 100. Son intervention permet de réduire « l'intervalle médical libre » (l'intervalle qui sépare le moment de l'accident de celui de la prise en charge du patient par une équipe médicale spécialisée). Si, le secouriste-ambulancier qui a effectué son évaluation primaire constate la nécessité de faire intervenir le SMUR, il lui appartient d'en faire état au centre 100 qui demandera son intervention. Par exemple :

- altération de l'état de conscience
- suffocation, noyade, pendaison, choc,
- traumatisme crânien
- intoxication (médicaments, CO, ...)
- décompensation cardiaque,
- polytraumatisme,
- accouchement,
- chute d'une grande hauteur,
- ...

On retiendra également qu'en présence de nombreux blessés, le renfort du SMUR doit être demandé. La présence du médecin du SMUR est nécessaire pour effectuer le triage des victimes.

L'intervention du SMUR doit également être demandée au centre 100 si pendant le transport l'évolution de l'état du patient le justifie.

En attendant l'aide du SMUR, les secouristes-ambulanciers doivent continuer la surveillance du patient. A l'arrivée du SMUR, il leur appartient de faire leur rapport au médecin qui prend en charge le patient.

3.2.2. Réglementation

La réglementation sur les services mobiles d'urgence retient deux outils juridiques pour assurer à l'ensemble de la population l'égalité d'accès aux soins :

- la programmation dans le cadre de la loi sur les hôpitaux
- l'attribution d'une zone d'intervention en exécution de la loi relative à l'aide médicale urgente.

La programmation et l'attribution d'une zone d'intervention sont fondées sur des critères objectifs qui permettent ainsi à l'ensemble de la population du Royaume d'avoir accès aux services mobiles d'urgence.

Pour garantir l'objectif des soins appropriés, le législateur a également lié l'exercice de l'activité du service mobile d'urgence au respect de normes dites d'agrément. L'expérience ayant mis en évidence l'intérêt d'une base hospitalière (niveau suffisant d'activité pour le personnel, encadrement de ce dernier et rapidité d'intervention), l'établissement de normes d'agrément de ces services dans le cadre de la législation sur les hôpitaux semble évidente. Le service mobile d'urgence est ainsi devenu une fonction hospitalière¹ qui pour être agréée doit répondre aux exigences fixées par l'arrêté royal 10 août 1998².

3.3. Les services d'ambulances

Dans le cadre de la loi relative à l'aide médicale urgente, le patient doit être transporté vers « l'hôpital 100 » le plus proche. Le transport du patient est assuré par les services d'ambulances reconnus dans le cadre de la loi. Il s'agit soit de services publics et plus particulièrement les services d'incendie soit de services privés qui concluent une convention avec l'Etat.

Pour pouvoir exercer la fonction de secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente, l'article 6bis de la loi du 8 juillet 1964 prévoit qu'il faut être porteur du brevet.

¹ A.R. 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicable à la fonction «service mobile d'urgence», M.B., 10.05.1995.

² A.R. du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction «service mobile d'urgence» (SMUR) pour être agréée, M.B. 02.09.1998.

La formation des secouristes-ambulanciers est assurée par les centres de formation agréés conformément à l'arrêté royal du 13 février 1998 relatif aux centres de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers.

Mis à part les dispositions relatives à la formation des secouristes-ambulanciers, il n'existe aucune disposition légale ou réglementaire qui fixe soit des normes de programmation soit des normes d'agrément de ces services. La matière est principalement régie par des circulaires ministérielles ou administratives.

3.4. L'hôpital de destination du patient

Depuis 1964 le principe de base contenu dans la loi qui retient la proximité comme premier critère exigé par la nécessité de la rapidité d'intervention a donc été considérablement aménagé.

Il appartient ainsi au préposé de désigner l'hôpital **le plus proche disposant d'un service adéquat**. Il s'agit de l'hôpital qui, au moment de l'appel, peut être atteint dans les plus brefs délais à partir de l'endroit où se trouve la victime ou le malade et qui dispose d'une fonction "soins urgents spécialisés" agréée et intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente³.

Les dispositions légales prévoient qu'il peut être fait exception à ce principe :

1°/ à la demande du médecin du service mobile d'urgence compte tenu de l'état du patient dans trois cas énumérés limitativement. Le médecin du service mobile d'urgence informera le préposé de l'hôpital le plus adéquat :

- en cas d'urgence collective;
- lorsque la victime ou le malade, en raison de son état , nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques, en application d'un protocole conclu au niveau de la commission d'aide médicale urgente;
- si le médecin traitant présent confirme que son patient dispose d'un dossier relatif aux pathologies spécifiques concernées, dans un autre hôpital, moyennant le respect de la conformité au protocole conclu au niveau de la commission d'aide médicale urgente et l'accord du préposé si la destination est en dehors de la zone d'intervention du service mobile d'urgence.

2°/ en l'absence du service mobile d'urgence, le préposé peut satisfaire à la demande du médecin traitant pour désigner l'hôpital le plus approprié qui dispose d'une fonction soins d'urgence spécialisés :

- lorsque la victime ou le malade, en raison de son état , nécessite des moyens diagnostiques et thérapeutiques spécifiques, en application d'un protocole conclu au niveau de la commission d'aide médicale urgente;

³ Arrêté ministériel du 19 janvier 2000 intégrant des fonctions «soins urgents spécialisés» agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, M.B., 28.01.2000, p.2925.

- si son patient dispose d'un dossier relatif aux pathologies spécifiques concernées dans un autre hôpital, en application d'un protocole conclu au niveau de la commission d'aide médicale urgente;

pour autant que :

- le médecin soit présent et délivre aux secouristes-ambulanciers une attestation motivée;

- le préposé constate que le bon fonctionnement du système de l'aide médicale urgente est garanti.

Les exceptions retenues au principe de la proximité mettent bien en évidence la difficulté de concilier les impératifs d'un système qui privilégie l'intérêt général et ceux de la liberté individuelle qui gouvernent notre société.

3.5. Les commissions d'aide médicale urgentes

L'aide médicale urgente ne dispose pas d'un corps d'intervention hiérarchisé comme c'est le cas pour les pompiers ou la protection civile. Les différents intervenants sont autant d'individualités entre lesquels il n'existe aucun lien fonctionnel. On peut citer les secouristes-ambulanciers qui soit relèvent de service d'incendie soit sont employés dans des services d'ambulances privés, les médecins généralistes, les médecins des hôpitaux publics ou privés, les infirmiers, les préposés .

Pour pallier cette difficulté structurelle, un arrêté royal⁴ institue, dans chaque province et pour la circonscription géographique de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, une commission d'aide médicale urgente. Elles sont composées de l'ensemble des intervenants visés par la loi du 8 juillet 1964. Elles ont pour missions d'être le théâtre du développement de collaborations spécifiques indispensables pour répondre de la manière la plus appropriée aux nécessités locales ainsi que l'outil nécessaire à la coordination de l'activité de tous les intervenants.

//. La responsabilité du secouriste ambulancier dans l'exercice de sa fonction

1. L'obligation de porter secours à personne en danger

Dans l'exercice de sa mission, le secouriste-ambulancier a l'obligation de donner suite à la réquisition du préposé. Celui qui refuse ou néglige d'y donner suite, sans se prévaloir d'un motif admis par la loi, s'expose à des poursuites pénales non seulement en vertu de la loi du 8 juillet 1964 mais également en application de l'article 422 ter du Code Pénal.

⁴ Arrêté royal du 10 août 1998 instituant les Commissions d'aide médicale urgente, M.B., 02.09.1998, p. 28325.

L'article 422 ter du Code pénal prévoit des sanctions pénales pour celui qui, le pouvant **sans danger pour lui-même ou pour autrui**, refuse ou néglige de porter à une personne en péril le secours dont il est légalement requis.

2. La négligence ou l'imprudence

Il y a délit de coups et blessures involontaires ou d'homicide involontaire lorsque, par **négligence ou imprudence**, l'agent accomplit un acte déterminé qui cause un dommage (coup, blessure, mort) ou omet d'accomplir un acte déterminé (l'omission de prendre une mesure de précaution, de prévention, de surveillance)

Le délit suppose que le secouriste-ambulancier ait pu prévoir le danger d'une situation et en conjurer les effets dommageables, eu égard à la situation et à sa **compétence de bon professionnel de la santé**.

3. L'obligation de secret professionnel

Quelle attitude doit adopter le secouriste-ambulancier vis-à-vis de la communication de l'information qu'il a reçue dans le cadre de l'exercice de sa profession au regard des relations qu'il doit entretenir avec :

1°/ d'une part, les autres intervenants de l'aide médicale urgente,

et

2°/ d'autre part, les tiers à l'aide médicale urgente, à savoir :

- la gendarmerie et les forces de l'ordre ;
- les autorités judiciaires
- la presse

Les relations qu'entretient le secouriste-ambulancier avec les autres intervenants de l'aide médicale urgente et les tiers sont liées aux droits et obligations qui régissent l'exercice de la profession de chacun et les conflits d'intérêt qu'ils peuvent engendrer.

Ainsi, le secret « médical » visé à l'article 458 du Code pénal auquel sont tenus les intervenants de l'aide médicale urgente se heurte à l'obligation d'informer ou de dénoncer prévues par d'autres lois.

Qu'est-ce que le secret médical ?

L'article 458 du Code Pénal sanctionne « les médecins, chirurgiens, officiers de santé et toute autre personne dépositaire par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui hors les cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés ».

Ainsi, toute personne qui remplit, à titre professionnel, une fonction dans le domaine de la santé relève de cet article. Cette disposition est donc applicable à tous les intervenants visés par la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

Trois conditions doivent être réunies :

1. L'information doit être reçue en raison de la profession ou à l'occasion de son exercice.

- Ne sont donc pas visées les communications faites en dehors de l'exercice de la profession en tant que connaissance, ami ou collègue.
- Ne sont pas visés des faits matériels dont on est le témoin à l'occasion de l'intervention comme par exemple avoir vu quelqu'un s'encourir, lancer quelque chose, un objet tombé sur la chaussée.

2. L'information doit avoir un caractère secret.

Il n'existe pas de définition précise de la notion de secret qui, en conséquence, fait l'objet de difficultés d'interprétation. Il s'agit d'une notion qui s'apprécie en fonction du contexte, de l'évaluation des intérêts en présence tels que la protection de la vie privée ou de la collectivité.

Exemples :

1. *La communication du groupe sanguin d'une personne présente un caractère peu confidentiel sauf si l'on se trouve dans le cas d'une recherche en paternité.*
2. *Un médecin dont le patient épileptique est conducteur de train et qui divulguera cette information à l'employeur ne sera pas poursuivi pénalement en raison de l'intérêt supérieur à défendre que représente la protection de centaines de voyageurs.*

3. L'information doit avoir été confiée.

Cela signifie qu'on ne communique pas un secret en soi mais que les données deviennent secrètes à la suite de leur communication.

L'article 458 du code pénal sanctionne le délit de révélation, de diffusion de l'information dans un cercle plus large.

3.1. Secret professionnel et communication de données

3.1.1. Communication de données entre les intervenants visés par la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente

Il convient de retenir que dans le secteur des soins de santé, rien n'interdit de confier à un collègue des données relatives à des patients dans le but de leur prodiguer des soins. Il faut assurer la fluidité de la communication des données entre praticiens. Dans ce cas, il ne s'agit pas d'une divulgation punissable.

3.1.2. Communication des données à des personnes non visées par la loi du 8 juillet 1964 ou les exceptions au secret professionnel

On parle d'exception au secret professionnel pour désigner les situations dans lesquelles les personnes tenues par l'article 458 du code pénal pourront le cas échéant ne pas être poursuivies pour les révélations qu'elles seront amenées à faire.

L'examen de ces situations particulières permettra de mettre en évidence concrètement les cas où les secouristes-ambulanciers vont être confrontés à la problématique de la communication des données à des tiers à l'aide médicale urgente tels que la gendarmerie, les forces de police, les autorités judiciaires ou la presse.

Quelque soit l'exception envisagée, les situations autorisant à lever le secret seront toujours des situations qu'il appartiendra d'apprécier au cas par cas. En d'autre terme, il n'existe pas de loi qui énumère de manière exhaustive les situations pour lesquelles on pourrait dire avec certitude « je peux ou je ne peux pas parler ».

Il appartient donc au secouriste-ambulancier d'apprécier le contexte et les intérêts en présence en toute connaissance de cause.

a. Le témoignage en justice

Par témoignage en justice, on entend la déclaration verbale ou écrite devant le juge civil, le juge pénal ou le juge d'instruction (Cass., 12 avril 1976, revue de droit pénal, 1975-1976, p. 917)

N'est donc pas visée ici la collaboration avec la police.

b. La déclaration de délit

L'article 30 du code d'instruction criminelle contient une obligation de déclaration générale dans le chef de tout citoyen témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu.

Le secouriste-ambulancier peut en tout état de cause se trouver confronté à cette situation. Dans ce cas, **l'état de nécessité** peut être invoqué. L'état de nécessité est défini comme étant la situation dans laquelle la violation de dispositions pénales et de valeurs et d'intérêts juridique protégés pénalement constituent le seul moyen de préserver d'autres valeurs et intérêts juridiques plus importants.

Ainsi, la protection de la vie privée d'un patient et les relations de confiance entre les prestataires et le patient ne constitue pas une valeur ou un intérêt absolu. Cette protection pourrait en effet entrer en conflit avec la protection d'autres valeurs telles que la recherche de malfaiteurs, la protection de mineurs contre les mauvais traitements, etc.

Exemple : 1. cas théorique du conducteur de train épileptique dénoncé par le médecin à l'employeur. Dans ce cas, en vue de protéger la vie des voyageurs le médecin peut informer l'employeur du conducteur de sa maladie, sans que l'on puisse l'accuser d'avoir violé l'article 458 du Code pénal.

2. Cas plus délicat de la déclaration d'un délit commis par un patient qui se présente chez un médecin ou dans un hôpital afin de recevoir des soins.

a) le patient est l'auteur du délit

Dans son arrêt du 9 février 1988, la Cour de Cassation a approuvé la conception classique selon laquelle l'auteur d'un délit ne peut à aucune condition être dénoncé. L'article 458 du code pénal interdit de divulguer des faits couverts par le secret professionnel pouvant donner lieu à des poursuites pénales à charge du patient. Toutefois, lorsque le délit dont s'est rendu coupable le patient et les circonstances dans lesquelles il a été commis laissent supposer que d'autres atteintes à l'intégrité physique ou d'autres attentats à la vie risquent de se produire, un recours à l'état de nécessité pourrait s'imposer et justifier le choix de révéler l'information.

En d'autres termes, une violation de l'article 458 du code pénal est justifiée lorsqu'elle permet d'écarter un danger grave et menaçant pour autrui (obligation de porter secours à personne en danger).

b) *Le patient est la victime*

L'arrêt de la Cour de cassation du 9 février 1988 n'étend pas son application aux faits dont seraient victime le patient. Il est à remarquer que, dans ce cas, il ne peut y avoir de conflit entre déclaration et secret, puisque l'article 458 du Code pénal ne s'applique pas. En effet, le secret médical concerne uniquement les relations entre le patient et les prestataires de soins. Ainsi, lorsque des sévices graves sont de nature à menacer gravement l'intégrité d'un enfant, le secret professionnel n'empêchera pas de déclarer le délit aux autorités compétentes.

4. La responsabilité civile

Dans le domaine de l'aide médicale urgente, la faute entraînera très souvent une lésion corporelle ou le décès et constituera, dès lors, une infraction pénale (voir supra, II, 2 p.8). La victime ou ses héritiers peuvent intenter une action délictuelle sur base des articles 1382, 1383 et 1384 du Code Civil.

Le plus souvent les secouristes-ambulanciers agissent soit dans le cadre d'un contrat de travail soit se trouvent sous statut. Dans le premier cas, le secouriste-ambulancier qui agit dans le cadre d'un contrat de travail bénéficiera de l'immunité civile organisée par la loi sur le contrat de travail. Il n'aura donc pas à répondre civilement des conséquences de ces actes sauf dans les cas frauduleux, les fautes lourdes ou les fautes légères et habituelles. C'est donc l'employeur qui aura à répondre des dommages et intérêts dus à la victime.

Si le secouriste-ambulancier est sous statut, il est, dans ce cas, organe de l'institution qui l'emploie et, en cas de faute, il engage sa propre responsabilité et celle de l'institution. Il ne bénéficiera d'une immunité que lorsqu'il n'aura commis qu'une faute légère et non habituelle.

Concrètement comment s'appréciera la faute du secouriste-ambulancier ?

Il appartient au secouriste-ambulancier dans l'exercice de sa fonction d'apporter au patient les secours consciencieux, attentifs et conformes à la formation qu'il a reçue. Comment une faute le secouriste-ambulancier qui, dans l'exercice de sa profession, ne s'est pas comporté comme un secouriste-ambulancier normalement consciencieux placé dans les mêmes circonstances.

L'évaluation primaire de l'état du patient est d'une importance capitale. Quel est l'état de conscience, de la respiration, de la circulation ? Chaque fois qu'il existe un risque vital ou que le risque évolutif peut devenir vital, la demande de l'intervention du SMUR auprès du centre 100 est justifiée.

En cas de litige, la victime doit apporter la preuve que le dommage dont elle souffre est la cause directe de la faute commise. Le secouriste-ambulancier qui néglige d'effectuer le bilan primaire commet une faute.

Certains actes fautifs peuvent avoir plusieurs auteurs. Dans ce cas, tous ceux qui auraient pu et dû prendre des précautions de nature à empêcher le dommage et qui n'ont pas pris ces précautions, sont tous les auteurs d'une faute sans laquelle le dommage ne se serait pas produit.

Cas concret du refus de transport

Le secouriste-ambulancier confronté au refus de transport du patient commet-il une faute s'il ne le transporte pas ?

Hormis le cas de l'état de nécessité, le secouriste-ambulancier doit avoir le consentement libre et éclairé du patient. Cela signifie qu'il appartient au secouriste-ambulancier de donner au patient toute l'information utile et relative à son état pour que ce dernier puisse apprécier en toute connaissance de cause les conséquences de son refus. Il appartient par ailleurs au secouriste-ambulancier de faire appel, le cas échéant, à un médecin ou au service mobile d'urgence, si l'état du patient nécessite cette intervention (évaluation primaire) et est susceptible d'influer sur la décision du patient qui se trouve véritablement en danger.

La jurisprudence des cours et tribunaux considère que c'est au malade d'apporter la preuve qu'il n'a pas donné son consentement ou que le consentement qu'il a donné n'était pas éclairé.

Dans ce type de situation la décharge que l'on fait signer au patient n'a pas en tant que telle de valeur juridique. Plus le document contiendra des éléments qui permettent au juge d'apprécier la capacité de la personne concernée de se rendre compte de son état plus il sera pris en considération. Dans cet ordre d'idée, un document entièrement rédigé de la main du patient aura plus de poids qu'un document pré-imprimé que l'on se contente de faire signer.

Le secouriste-ambulancier dont la responsabilité civile est engagée doit réparer, par le paiement d'une indemnité, le

En guise de conclusion : l'aide médicale urgente et les paradoxes de son cadre légal

dommage dont il est responsable.

En répondant à l'urgence par le droit de réquisition, le législateur accueille, en 1964, le besoin de la population d'être prise en charge lorsqu'elle se trouve dans l'impossibilité de pouvoir recourir au système de soins traditionnels. La loi voit donc son champ d'application limité dans un premier temps à la voie publique et aux lieux publics. Très vite, l'aide médicale urgente dépasse son cadre légal originaire.

Peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi, le nombre d'appels émanant des domiciles privés est plus important que ceux pour lesquels la loi a été établie. Et, comme si c'était une vocation, comme si urgence et législation étaient incompatibles, aujourd'hui alors que son champ d'application a été étendu aux lieux privés, la loi se trouve dans l'impossibilité de concilier l'intérêt général du système au règne de la liberté individuelle qui caractérise notre société. Etablir une loi, c'est fixer des droits et des obligations pour réaliser l'objectif qu'elle se donne. Il est certainement très difficile de trouver le juste équilibre entre droits et obligations qui vont régir les rapports de chacun.

Si en 1964, le système institué de l'aide médicale urgente devait apporter une réponse à la détresse médicale, il y a lieu de constater qu'à ce jour l'appel au 100 est pour bon nombre de cas un appel de détresse pour lesquels la loi n'a pas de réponse. L'appel au 100 apparaît de plus en plus comme un révélateur de la détresse sociale face à laquelle sont confrontés les intervenants de l'aide médicale urgente qui n'ont bien souvent pour seul allié que le sens de leur responsabilité.

(Footnotes)

¹ A.R. 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicable à la fonction "service mobile d'urgence", *M.B.*, 10.05.1995.

² A.R. du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée, *M.B.* 02.09.1998.

³ Arrêté ministériel du 19 janvier 2000 intégrant des fonctions "soins urgents spécialisés" agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, *M.B.*, 28.01.2000, p.2925.

⁴ Arrêté royal du 10 août 1998 instituant les Commissions d'aide médicale urgente, *M.B.*, 02.09.1998, p. 28325.

12.2 Quelques particularités de fonctionnement du centre 100

Le numéro d'appel unifié attribué à l'aide médicale urgente est le numéro 100.

Le Ministère de l'Intérieur est responsable de l'organisation et du fonctionnement des centres 100.

Le Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement est responsable de l'organisation de l'AMU, de la définition du matériel médical et de la formation des intervenants qui travaillent dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Toutes les zones téléphoniques de Belgique convergent vers 16 centres 100 qui sont hébergés dans des casernes de pompiers.

Les communes auxquelles appartiennent ces corps de pompiers doivent veiller au respect des directives données au centraliste par les deux ministères compétents; ces centralistes sont appelés, selon le terme légal, **préposés au système d'appel unifié**.

Les appels et les conversations sont enregistrés avec marquage automatique de la date et de l'heure.

Le système Rinsis-Natinul

Actuellement les 16 centres 100 sont progressivement regroupés dans les 10 centres du réseau national des services de secours "Rinsis-Natinul". Ces 10 centres 100 seront reliés entre eux et traiteront les appels qui nécessitent une intervention soit des pompiers, soit de l'aide médicale urgente, soit de la protection civile.

Quelles sont les possibilités de réponse du préposé?

Lorsqu'une personne forme le numéro 100 sur son téléphone, le préposé peut immédiatement identifier l'origine de l'appel en lisant le numéro de la personne appelante sur son écran. En outre, toute la conversation est enregistrée. Sur la base de sa connaissance approfondie de la géographie locale et d'une documentation détaillée, le préposé peut envoyer sur les lieux de l'accident ou vers le malade les moyens suivants:

- L'ambulance 100 la plus proche: dans ce cas, cela concerne votre intervention.
- Une ambulance 100 et un SMUR, si celui-ci est disponible.
- Un médecin généraliste de garde.
- Un médecin requis pour cette intervention.

Le préposé du centre 100 est en liaison immédiate avec le numéro d'intervention unifié 101 (police, gendarmerie). En outre, le préposé peut

faire appel à un prêtre ou un assistant laïque.

Les véhicules susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente sont: les ambulances, les SMUR, les ambulances de réanimation, l'hélicoptère. La nature des moyens d'intervention à mettre en action, est déterminée par le préposé 100.

Quelques particularités de la réponse organisée
par le préposé du centre 100

Ambulance 100 Il s'agit du véhicule dans lequel vous vous déplacerez dans la grande majorité des cas. Ce véhicule correspond à des prescriptions précises et son équipement doit correspondre à ces normes; il est conduit par une équipe composée réglementairement d'un chauffeur et d'un convoyeur, cela selon des dispositions légales précises.

On appelle ces véhicules "100" car ils font l'objet d'une convention ou d'une concession conclue avec le Ministère de la Santé Publique et de l'environnement. Le préposé 100 doit faire appel à l'ambulance 100 la plus proche du lieu de l'accident.

Le SMUR Un SMUR (Service Mobile d'Urgence) est constitué d'une équipe médicale mobile qui se déplace dans un véhicule équipé de matériel de réanimation.

Un SMUR ne transporte jamais le patient, mais amène sur place une équipe médicale et du matériel de réanimation.

Une équipe médicale de SMUR est toujours attachée à un hôpital 100.

Qu'est-ce qu'une ambulance de réanimation? En Belgique, nous n'avons pas de définition légale d'une ambulance de réanimation. Cela peut entraîner certaines confusions. On considère qu'une ambulance de réanimation est un véhicule suffisamment vaste pour transporter: le patient, un médecin, un infirmier, un ambulancier. En outre, ce véhicule doit être équipé du matériel classique de réanimation (monitoring, respirateur, défibrillateur, pompe de perfusion, ...). En réalité, une ambulance de réanimation est une unité de réanimation qui peut se déplacer le long des routes.

Que signifie le terme "transport médicalisé"? Le transport est dit "médicalisé", lorsqu'un médecin accompagne le patient transporté dans l'ambulance.

Réquisition d'un médecin - médecin de garde Le préposé 100 peut faire appel à un médecin et le requérir. Ce médecin est obligé, sauf en cas de force majeure, de se rendre sur place. Il doit communiquer téléphoniquement les raisons de son indisponibilité au préposé du service 100.

Cependant, cette possibilité de réquisition n'est utilisée qu'exceptionnellement. Habituellement, le centre 100 collabore avec les services de garde locaux et les SMUR des hôpitaux.

12.3 Le transport vers l'hôpital

Dans le cadre de la loi sur l'aide médicale urgente, le patient doit être transporté vers l'hôpital 100 le plus proche. Pour qu'un hôpital soit reconnu "100", il doit correspondre à des normes fixées par le Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Vous êtes donc obligé de transporter le patient vers l'hôpital qui correspond à ces normes et qui vous est indiqué par le préposé du centre 100.

Si un médecin sur place vous demande de transporter le patient vers une autre destination que celle qui vous a été communiquée, il doit accompagner le patient dans l'ambulance et vous devez prévenir le centre 100 de votre nouvelle destination.

12.4 Les relations ambulancier-SMUR

Comme déjà mentionné ci-dessus, l'équipage d'un SMUR est une équipe médicale (médecin, infirmier et chauffeur) capable d'intervenir grâce à un véhicule équipé de matériel de réanimation. Répétons que le véhicule du SMUR ne transporte jamais un patient ou la famille d'un patient.

Un SMUR n'intervient que sur demande du centre 100. Un SMUR intervient en appui des services d'ambulances réguliers et va donc réduire "l'intervalle médical libre". "L'intervalle médical libre" est l'intervalle qui sépare le moment de l'accident de celui de la prise en charge du patient par une équipe médicale spécialisée.

Rôle des différents membres du SMUR

- Le médecin* Ce médecin doit avoir acquis une compétence particulière selon les dispositions définies par le Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Il est le responsable médical de l'équipe.
- L'infirmier* Cet infirmier fait partie du personnel d'un service d'urgence ou d'un service de soins intensifs. Cet infirmier doit posséder une compétence particulière en aide médicale urgente.
- Le chauffeur* La présence d'un chauffeur n'est pas une obligation réglementaire. La compétence du chauffeur n'a pas encore été déterminée par un texte légal, mais il est évident que le chauffeur peut être très utile durant l'intervention. Parfois le chauffeur est un ambulancier.

Matériel médical

Un SMUR transporte du matériel de réanimation. Celui-ci comprend notamment (liste non exhaustive):

- un moniteur cardiaque avec défibrillateur;
- du matériel pour l'administration d'oxygène;
- du matériel d'aspiration;
- du matériel d'intubation;
- des médicaments d'urgence;
- du matériel de perfusion;
- du matériel pour les accouchements...

Matériel non médical

Le véhicule du SMUR est un véhicule prioritaire (sirène et gyrophares).

Il est équipé de matériel radio et d'un téléphone mobile.

Il contient du matériel de protection de base pour les intervenants (casque, gants, matériel de balisage...)

Il transporte un matériel minimum pour l'intervention en situation de catastrophe.

Il transporte également le matériel indispensable à la réalisation de ces missions:

- cartes topographiques;
- éclairage...

Comment est organisée l'intervention du SMUR?

Sur appel du centre 100, le SMUR doit quitter l'hôpital en deux minutes. Le centre 100 donne les indications utiles pour bien localiser et trouver l'endroit de l'intervention. Parfois le SMUR est dirigé par radio vers le lieu de l'intervention, car les territoires d'intervention peuvent être très étendus et les équipages ne sont pas toujours autant familiarisés avec la topographie que les services d'ambulance locaux. Le SMUR se rend vers un lieu de rendez-vous.

Idéalement, il s'agit du lieu de l'accident. Dans les endroits où de grandes distances doivent être parcourues, le SMUR sera parfois convoyé et guidé par les forces de l'ordre ou les pompiers.

Qui peut demander l'intervention du SMUR?

Seul le préposé 100 peut demander une intervention du SMUR. Lorsque, comme ambulancier, vous rencontrez des circonstances dans lesquelles la vie d'un patient est en danger, vous pouvez demander l'intervention du SMUR au centre 100. Un médecin généraliste ou d'autres intervenants médicaux occasionnels peuvent demander au centre 100 l'intervention d'une ambulance et l'aide médicale supplémentaire du SMUR. Il est donc exclu que le SMUR intervienne sur demande d'une personne privée.

Quand l'ambulancier doit-il demander l'aide médicale supplémentaire du SMUR au centre 100?

Les indications d'intervention du SMUR ont été mentionnées au cours des chapitres précédents. Les conditions d'intervention du SMUR sont toujours déterminées dans une concertation entre les préposés 100, l'équipe du SMUR, les ambulanciers locaux et les hôpitaux concernés. Chaque région possède ses habitudes et ses caractéristiques propres

(distance, accessibilité, difficultés de circulation ...)

Ces particularités peuvent entraîner une adaptation du système aux contraintes locales. Comme ambulancier, vous pouvez transmettre des renseignements précis pour améliorer le système; cela est de la plus grande importance.

Les questions suivantes sont essentielles pour organiser une intervention efficace du SMUR:

Quel est l'état du patient? L'évaluation primaire de l'état du patient est d'une importance capitale. Quel est l'état de la conscience, de la respiration, de la circulation. Ces données ont été discutées en détail au chapitre 2.

Chaque fois qu'il existe un risque vital ou que le risque évolutif peut devenir vital, il est justifié de tenter de réduire l'intervalle médical libre; la demande de l'intervention du SMUR auprès du centre 100 est alors justifiée. Par exemple:

- altération de l'état de conscience;
- suffocation, noyade, pendaison, choc;
- traumatisme crânien;
- intoxication (médicaments, CO...);
- décompensation cardiaque;
- polytraumatisme;
- accouchement;
- chute d'une grande hauteur;
- etc.

Quelle est l'ampleur de l'événement? En présence de nombreux blessés, le renfort du SMUR doit être demandé. Dès qu'il est nécessaire d'effectuer un triage, la présence du médecin du SMUR sera nécessaire. Dans certains cas, le plan catastrophe prévoira l'intervention de plusieurs SMUR.

En fonction des circonstances, la présence d'un médecin est-elle nécessaire? Certains accidents dramatiques qui ont entraîné un ou plusieurs décès peuvent nécessiter l'intervention du SMUR pour porter assistance aux survivants ou aux témoins confrontés à l'accident. Un incendie important peut nécessiter la présence préventive du SMUR en vue d'une intervention éventuelle auprès des intervenants.

Comment va s'effectuer le transport vers l'hôpital? Les difficultés du trajet vers l'hôpital, les conditions météorologiques peuvent conditionner la réponse à cette question. Il est nécessaire de prendre une décision de prudence.

La distance entre le lieu d'intervention et l'hôpital est un facteur important. Une réduction de l'intervalle médical libre peut être indiquée. Les difficultés de circulation peuvent allonger le temps de transfert vers hôpital.

En conclusion: Il vaut mieux appeler le SMUR trop tôt que trop tard.

Comment demander l'intervention du SMUR au centre 100?

Votre demande par radio doit être très simple. Après avoir évalué les données du problème, vous demandez clairement par radio l'intervention du SMUR et vous donnez les raisons de votre demande. Essayez d'indiquer aussi précisément que possible le lieu d'intervention.

Que faire en attendant l'arrivée du SMUR?

En attendant l'aide du SMUR, vous devez continuer le traitement et la surveillance du patient. Si cela est possible, expliquez au patient et aux témoins qu'une équipe d'intervention médicale a été appelée et est en route vers le lieu de l'accident. Dans ces circonstances, vous serez souvent soumis à la pression des témoins ou de la famille qui demandent un transport immédiat. A ce moment, il est essentiel de garder son calme.

Que faire à l'arrivée du SMUR?

A l'arrivée du SMUR, vous faites rapport au médecin qui prend le patient en charge. Donnez-lui les renseignements que vous possédez: lettre du médecin traitant, médicaments, données sur les circonstances de l'accident... Dès que le SMUR est sur place, vous devenez un membre de l'équipe d'intervention médicale, vous pouvez aider à la préparation du matériel pour l'intervention médicale: intubation, perfusions, monitoring, défibrillation, ...

Si l'état du patient le permet, vous le transporterez dans votre ambulance, accompagné du médecin et de l'infirmier. A partir de ce moment, le véhicule du SMUR accompagnera l'ambulance.

Avant de démarrer, concertez-vous avec le SMUR pour choisir l'hôpital de destination.

12.5 L'ambulancier et le médecin généraliste

Vous rencontrez souvent le médecin généraliste au domicile du patient: c'est parfois ce médecin qui vous a appelé par l'intermédiaire du centre 100. Une collaboration parfaite est nécessaire, pour le plus grand bien du patient.

Vous devez vous considérer comme l'auxiliaire de ce médecin.

Le savoir de ce médecin et les compétences techniques de l'ambulancier se complètent. Il peut arriver cependant que vous ne soyez pas d'accord avec la vision de ce médecin (appel au SMUR?, hospitalisation?): il doit être clair que c'est le médecin, sur place, qui détermine le déroulement de l'intervention. Des discussions en public ne font qu'augmenter l'angoisse du patient, de la famille et des témoins. La responsabilité des décisions médicales est entièrement dans les mains du médecin qui est sur place. Si vous souhaitez des renseignements complémentaires au sujet de certaines décisions, il est souhaitable de les demander au médecin concerné après l'intervention.

Ce dialogue préviendra alors bien des malentendus et peut être instructif pour les deux parties.

12.6 Déontologie - secret professionnel

Quel que soit votre métier de base (pompier ou personnel d'une entreprise privée) vous avez le droit et l'obligation de ne rien divulguer qui pourrait nuire aux personnes ou à leur entourage. La loi prévoit cela explicitement dans l'art. 458 du Code pénal: "les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires par leur état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice et celui où la Loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis ..."

La jurisprudence belge est explicite en cette matière. Vous êtes considéré comme un intervenant d'un service sanitaire et tenu au secret professionnel. Néanmoins vous pouvez être cité en tant que témoin en matière de:

- Accident sur la voie publique.
- Appel par erreur du numéro 100.
- Les cas de flagrant délit (p. ex. vous êtes témoin de coups et blessures).

Il est devenu clair, dans la pratique journalière et dans la jurisprudence belge, que le préposé 100 et les ambulanciers sont liés par le secret professionnel et ne peuvent donner **aucune information aux médias**. Ils ne peuvent donc donner des renseignements que lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice et doivent en aviser leur supérieur. Rappelons que le secret professionnel protège le patient et non l'intervenant médical.

Particularités en ce qui concerne les mineurs d'âge



Vous devez savoir qu'un mineur d'âge a droit à votre protection s'il est menacé. Si vous rencontrez un cas de maltraitance ou de négligence vis-à-vis d'un mineur, vous devez en prévenir discrètement le centre 100 et tenter d'agir. Dans ce cas, vous ne pouvez pas respecter le secret professionnel. Si un intervenant ne réagissait pas de cette manière, il tomberait sous le coup de la non-assistance à personne en danger.

Particularités en ce qui concerne les patients décédés

En principe, il n'est pas permis de transporter un cadavre dans une ambulance. Par contre, si vous vous trouvez devant un patient décédé, vous avez les obligations suivantes:

- Soustraire le cadavre aux regards du public, en le couvrant ou en le déplaçant vers un lieu fermé.

- Faire prévenir aussi rapidement que possible la famille.
- Ne pas détruire ou modifier des indices judiciaires (arme...)
- Ne jamais perdre de vue qu'une cause de décès est un diagnostic médical qui ne peut être établi que par un médecin.

A l'exception des cas dans lesquels le décès est manifeste (décapitation p. ex.) vous devez insister pour qu'un diagnostic médical soit établi. Dans des cas exceptionnels, à la demande de la police ou de la gendarmerie ou sur réquisition du parquet, l'ambulance pourra être requise pour transporter un cadavre. Ces circonstances sont exceptionnelles et l'autorité publique n'y fera appel que pour rétablir l'ordre public et social (p. ex. catastrophe avec de nombreuses victimes qui doivent être transportées vers une morgue provisoire).

Directives particulières pour les accidents du travail

Les accidents de travail doivent être considérés comme des accidents de lieu public. C'est la raison pour laquelle il sera souvent fait appel au service 100 pour évacuer la victime. En principe, le patient sera transporté vers l'hôpital 100 le plus proche. Cependant, suivant la jurisprudence existante et les usages, le centre 100 tentera de respecter les accords signés entre les entreprises et les hôpitaux. Si un hôpital et une entreprise sont liés par un contrat dans le cadre de la législation sur les accidents de travail, les victimes seront transportées vers l'hôpital prévu par cet accord. Ces règles ne sont cependant pas d'application lorsque:

- l'accident s'est produit sur le chemin du travail.
- l'accident menace les fonctions vitales de la victime et rend nécessaire le transport vers un service d'urgence d'un hôpital 100 et/ou lors de l'intervention du SMUR.

12.7 Intervention du Fonds d'Aide Médicale Urgente

Si votre intervention est réalisée dans le cadre de l'aide médicale urgente, le Fonds de l'Aide Médicale Urgente (FAMU) garantit, en l'absence de paiement, la couverture d'une partie des frais occasionnés au transporteur; cela se réalise sur une base forfaitaire. Les modalités d'intervention de ce fonds sont très précises et doivent s'effectuer selon une procédure bien déterminée (A.R. du 22 mai 1965).

12.8 La formation du secouriste-ambulancier



Comme vous l'avez appris dans le chapitre 12, l'activité des secouristes-ambulanciers dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente est déterminée par deux lois:

- Les articles 422bis et 422ter du code pénal qui obligent chaque citoyen à porter secours à une personne en danger.
- La loi du 8 juillet 1964 sur l'Aide Médicale Urgente telle que modifiée, qui décrit le cadre dans lequel s'insère le secouriste-ambulancier.

La formation et le perfectionnement du secouriste-ambulancier sont réglementés par les arrêtés royaux des 13 février et 19 mars 1998 tels que modifiés.

LA FORMATION DE BASE

Qui est candidat secouriste-ambulancier?

La candidature à une formation de secouriste-ambulancier doit être introduite:

- soit par un service d'ambulance qui collabore dans le cadre de l'AMU, en accord avec le médecin Inspecteur d'Hygiène de la province,
- soit directement par le médecin Inspecteur d'Hygiène de la province.

Qui assure la formation?

Dans chaque province, la formation du secouriste-ambulancier est assurée par un centre de formation et de perfectionnement reconnu par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Pour qu'un centre de formation et de perfectionnement soit reconnu, il doit satisfaire aux conditions qui sont résumées dans le tableau 12.1.

L'autorité administrative détermine les règles de gestion et de fonctionnement du centre. En outre, il est prévu une représentation des secouristes-ambulanciers au sein du centre.

TABLEAU 12.1 CONDITIONS AUXQUELLES LE CENTRE DE FORMATION ET DE PERFECTIONNEMENT DOIT SATISFAIRE

- assurer la formation de base et la formation permanente
- collaborer avec les services de stage reconnus
- faire usage de la version la plus récente du **Manuel pour le Secouriste-Ambulancier**
- autres conditions:



- Au moins une formation de base par an doit être organisée.
- Un maximum de 36 candidats par formation de base est accepté.
- L'accord préalable du Ministre sur le programme, la composition de la direction et du corps professoral et l'organisation doit être demandé.

Le centre doit se soumettre au contrôle organisé par le Ministre. L'agrément du centre peut être retiré par l'autorité en cas d'irrégularité.

Les caractéristiques d'une formation de base

Les conditions principales pour la reconnaissance d'une formation sont rassemblées dans le tableau suivant.

TABLEAU 12.2 CARACTÉRISTIQUES D'UNE FORMATION DE BASE

- La durée de la formation est de 160 heures au moins dont:
 - 120 heures de théorie et de pratique.
 - 40 heures de stage.
- Le candidat est admis aux examens moyennant un taux de présence supérieur à 80 %.
- L'examen comprend deux épreuves:
 - une épreuve écrite pour 1/3 des points.
 - une épreuve orale, portant à la fois sur les connaissances théoriques et pratiques pour 2/3 des points.
- Les conditions de stage sont les suivantes:
 - Avoir réussi les épreuves écrite et orale et obtenir au moins 50% des points dans chaque épreuve.
 - Présenter au moins 60% des points au total des deux épreuves.
 - Noter toutes les interventions dans le carnet de stage et le faire signer par le responsable du service de stage.
- Le brevet
 - est délivré au candidat qui a satisfait aux épreuves et qui bénéficie d'un avis de stage favorable,
 - est valide pour une période de 5 ans.
- L'inscription à plus de deux sessions de formation est interdite sauf après l'autorisation du médecin Inspecteur d'Hygiène de la province.
- Des dispenses sont possibles selon les modalités prescrites par la loi.

le but de la formation de base

La formation de base a pour but d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires au secouriste-ambulancier:



- Les premiers secours au patient dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente.
- L'entretien du matériel.
- L'exécution des tâches administratives.

répartition des heures de la formation de base

Le programme est divisé en:

- 80 heures de théorie tableau 12.3
- 40 heures de pratique tableau 12.4
- 40 heures de stage tableau 12.5

FIG. 12.1

.....
 LE CONTENU DE LA
 FORMATION DE BASE:
 80 HEURES DE THÉORIE
 40 HEURES DE PRATIQUE
 40 HEURES DE STAGE

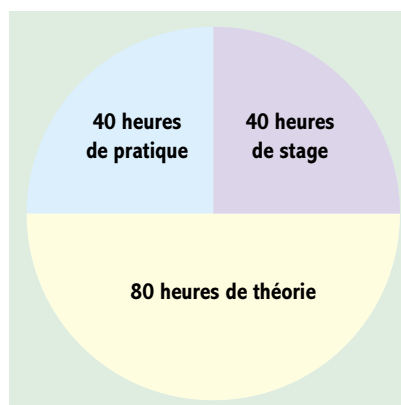


TABLEAU 12.3
PROGRAMME DE LA FORMATION DE BASE: LA THÉORIE

SUJETS	HEURES	CHAPITRES
La législation	2	12, 14
Le corps humain	10	1
Les premières minutes Les affections à risque vital	12	2, 3
Le patient blessé Le mise en condition du patient Le transport du patient	10	4, 10, 14
Le patient malade Les urgences psychiatriques	20	5, 9
La femme enceinte et le risque d'accouchement inopiné	2	6
L'enfant en détresse	2	7
Les urgences causées par L'environnement	6	8
Les situations de catastrophe	2	11
La fonction de secouriste-ambulancier La collaboration avec le SMUR Les tâches administratives	6	12, 14
Les techniques particulières	6	13, 14
L'hygiène	2	14
TOTAL	80	

TABLEAU 12.4
PROGRAMME DE LA FORMATION DE BASE: LA PRATIQUE

SUJETS	HEURES	CHAPITRES
Les premières mesures La liberté des voies respiratoires supérieures La réanimation cardio-respiratoire des adultes La réanimation cardio-respiratoire des enfants et nourrissons L'administration d'oxygène	18	2, 3, 7
Le bilan secondaire L'arrêt des hémorragies L'aide au médecin et au SMUR La protection des plaies et les pansements Les techniques de désincarcération La mise en condition, le relevage et le transport du patient La connaissance et l'entretien du matériel	16	2, 3 4, 10, 14
La lecture de carte Le code de la route Les radiocommunications La visite d'un centre d'appel unifié 100 Les dotations pour les catastrophes	6	11, 13, 14
TOTAL	40	

TABLEAU 12.5
PROGRAMME DE LA FORMATION DE BASE: LE STAGE

SUJETS

Interventions au sein d'un SMUR	
Interventions au sein d'un service ambulancier	
Nombre minimal de missions:	10
durée:	40 heures

Le jury d'examen La formation est clôturée par une épreuve écrite et une épreuve orale qui sont réalisées par les chargés de cours désignés par le centre. Le jury d'examen est présidé par le coordinateur du centre de formation, qui est assisté par un personnel administratif.

La matière d'examen L'examen écrit porte sur le contenu du *Manuel pour le Secouriste-Ambulancier*. Pendant l'épreuve orale, les connaissances théoriques et pratiques du candidat secouriste-ambulancier sont évaluées et notamment:

- la RCP à l'aide de simulations sur mannequins
- les techniques qui assurent la liberté des voies respiratoires supérieures et l'administration d'oxygène
- la relève et le transport du patient
- l'assistance au médecin ou au SMUR
- une question sur l'un ou l'autre sujets théoriques

L'insigne distinctif (badge) Pour pouvoir être identifié pendant l'exercice de sa mission, le secouriste-ambulancier doit être porteur de l'insigne distinctif. Ce dernier est délivré par le SPF Santé publique et de l'Environnement. La durée de validité du brevet détermine la validité de l'insigne distinctif.

FIG. 12.2

MODÈLE DU BADGE DÉLIVRÉ
 PAR LE SPF



LA FORMATION PERMANENTE

Le but Le but de la formation permanente est d'entretenir et d'évaluer les connaissances théoriques et pratiques du secouriste-ambulancier.

La durée 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.
La pratique est organisée pour des groupes d'un maximum de douze personnes.

L'évaluation Le corps professoral est chargé d'évaluer la participation aux formations permanentes ainsi que les connaissances théoriques et pratiques du secouriste-ambulancier. Il peut noter ses observations dans le **carnet de formation** du secouriste-ambulancier. Une évaluation est organisée au terme des cinq ans de formation permanente selon les règles déterminées par la loi concernant le contenu et les conditions de l'évaluation. Après une évaluation favorable, le brevet et l'insigne distinctif sont à nouveau délivrés pour une nouvelle période de 5 ans. Après une évaluation négative, les prestations du secouriste-ambulancier doivent être suspendues dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente, jusqu'à une nouvelle évaluation favorable.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 12

La législation et la réglementation belge en matière d'Aide Médicale Urgente sont en pleine évolution. Différentes circulaires ministérielles peuvent compléter l'application pratique de la législation existante. Tenez-vous au courant de cette évolution.

Si vous ne comprenez pas certains textes ou certaines directives, adressez-vous à votre supérieur hiérarchique ou au centre de référence de votre province.

Comme ambulancier, vous êtes un professionnel des soins de santé tenu à une déontologie et un secret professionnel (secret médical).

Toutes ces réglementations, législations et codes de déontologie n'ont qu'un seul but: le bien et la protection du patient.

Si les circonstances font que les réglementations à appliquer ne vous apparaissent pas clairement, choisissez toujours des interprétations qui protègent et aident le patient.

La formation du secouriste-ambulancier est réglementée et mise en pratique par des centres reconnus. Cela doit garantir une prise en charge homogène et uniforme des victimes dans tout le pays.