

CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN ÉVALUATION DES ATTEINTES À LA SANTÉ

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES :
Prise en charge médicale dans le cadre des « urgences ».

Vignette clinique.

Contexte, législations et responsabilités.

Référentiel analytique pour expert.



Nom de l'étudiant : Dr Lydie Decelle
Université d'inscription : ULG
Année académique : 2017-2018
Promoteur : Professeur Philippe Boxho
Lecteur : Maître Serge Marcy

Prise en charge médicale dans le cadre des « urgences ».

Vignette clinique.

Contexte, législations et responsabilités.

Référentiel analytique pour l'expert.

Nom de l'étudiant : Dr Lydie Decelle

Promoteur : Professeur Philippe Boxho

Lecteur : Maître Serge Marcy

Mots-clés :

AMU (Aide Médicale Urgente)

Analyse

Causalité

Civil

Disciplinaire

Domage

Expert

Expertise

Faute

Gravité

Grille

Hospitalier

Médecin

Outil

Pénal

Prise en charge

Préhospitalier

Référentiel

Responsabilité

Urgence

Urgentiste

Résumé :

Ce travail de fin d'études explore le champ de la responsabilité médicale, dans le cadre de la médecine d'urgence, depuis l'extrahospitalier jusqu'en intrahospitalier. Il relève les spécificités contextuelles et légales de cette discipline, par une revue de la littérature. L'auteur propose un référentiel analytique et illustre son application dans une vignette clinique. Ce référentiel analytique est axé sur le triptyque de la recherche en responsabilité : faute, dommage, lien causal. Ce travail envisage les différents aspects de responsabilité : civil, pénal, disciplinaire et administratif. Outre une sensibilisation aux particularités de la médecine d'urgence, l'expert y trouvera un outil d'analyse, ainsi que son évaluation. Le médecin urgentiste consciencieux y saisira l'opportunité de confronter les éléments de responsabilité à la pratique quotidienne de cette spécialité.

Serment du Conseil national de l'Ordre des médecins de Belgique
(version juillet 2011)

Serment d'Hippocrate (version adaptée)* :

« Au moment où je deviens membre de la profession médicale, je m'engage à œuvrer de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société.

J'exercerai la médecine avec conscience et application.

Au service de mes patients, je favoriserai leur santé et soulagerai leurs souffrances.

J'informerai correctement les personnes qui font appel à mes soins.

Je garderai les secrets appris du fait de la pratique de ma profession et les confidences faites par mes patients, même après leur mort.

Je tiendrai mes professeurs et tous ceux qui m'ont formé en haute estime pour ce qu'ils m'ont appris.

J'actualiserai mes connaissances, ne dépasserai pas les limites de mes compétences et je contribuerai autant que possible au progrès de la médecine.

J'utiliserai de manière responsable les moyens que la société met à disposition et j'œuvrerai pour des soins de santé accessibles à tous.

J'entretiendrai des rapports collégiaux avec mes confrères. Je serai respectueux envers mes collaborateurs.

Je veillerai à ce que des convictions politiques ou philosophiques, des considérations de classe sociale, de race, d'ethnie, de nation, de langue, de genre, de préférence sexuelle, d'âge, de maladie ou de handicap n'influencent pas mon attitude envers mes patients.

Je respecterai la vie et la dignité humaine.

Même sous la pression, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales pour des pratiques contraires à la dignité humaine.

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur ».

* <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/>.

Remerciements :

A Monsieur Philippe Boxho,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'encadrer la réalisation de ce travail de fin d'études. Merci pour la transmission de votre expérience.

A Monsieur Serge Marcy,

Je vous remercie pour votre précieuse aide et les pistes de réflexion fournies. Veuillez recevoir ici le témoignage de ma profonde estime.

A Monsieur Freddy Falez,

Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Aux enseignants et maîtres de stage du certificat d'expertise

Merci pour le partage de votre savoir et de votre expérience.

A Monsieur Franck Verschuren,

Je te remercie d'avoir encore une fois été présent pour moi avec tes précieux encouragements. Sois assuré de toute ma gratitude.

A Mme Christinne Laboulle,

Reçois toute ma gratitude pour ta précieuse collaboration.

A Freddy Dupuis,

Pour ta contribution à la réalisation de ce travail.

A Thierry, mon mari

Merci pour ton soutien inconditionnel. Merci de partager ma vie.

Dédicace :

À Shyrel et Lucas....

CERTIFICAT INTERUNIVERSITAIRE EN ÉVALUATION DES ATTEINTES À LA SANTÉ

TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES :
Prise en charge médicale dans le cadre des « urgences ».

Vignette clinique.

Contexte, législations et responsabilités.

Référentiel analytique pour expert.

Nom de l'étudiant : Dr Lydie Decelle
Université d'inscription : ULG
Année académique : 2017-2018
Promoteur : Professeur Philippe Boxho
Lecteur : Maître Serge Marcy

Table des matières :

1. Introduction	p1
2. Méthode	p3
3. Vignette clinique	p5
3.1 <u>Histoire clinique</u>	p5
3.2 <u>Recours de la famille</u>	p11
3.3 <u>Reconstitution chronologique à partir des informations disponibles</u>	p11
4. « Les urgences » : Contexte et circonstances.....	p13
4.1 <u>Généralités</u>	p13
4.2 <u>Définitions techniques et légales</u>	p14
4.3 <u>Etude des circonstances :</u>	
« <i>Quis, Quid, Ubi, Quibus auxiliis, Cur, Quomodo, Quando</i> »	p17
• <i>Où ? Quand ?</i> Cadre de travail du médecin urgentiste	p17
○ Aux urgences	p17
○ En préhospitalier : la fonction SMUR.....	p21
• <i>Qui ?</i> Le médecin urgentiste	p23
○ Diversité des qualifications	p23
○ Pluralité des niveaux	p25
• <i>Combien ? Pourquoi ?</i> Patientèle des urgences et adressage	p27
• <i>Quoi ?</i> La mission de l'urgentiste	p28
○ La mise au point diagnostique	p28
○ Thérapeutique	p29
○ Surveillance	p30
○ Suivi et orientation	p30
• <i>Comment ?</i>	p39
○ L'urgence individuelle	p39
-Le triage ou priorisation des soins	p41
-La charge médicale de travail	p46
-La capacité d'accueil	p47

○ L'urgence collective	p48
-Préhospitalière	p48
-Hospitalière : PUH Plan Urgence Hospitalier	
MASH Mise en Alerte des Services Hospitaliers.....	p54
4.4 <u>Rôle du médecin chef de service des urgences</u>	p55
4.5 <u>Rôle du médecin-chef, directeur médical</u>	p56
5. Eléments de responsabilité dans le cadre des urgences ?.....	p60
5.1 <u>Définitions au sens commun</u>	p60
5.2 <u>Responsabilité du médecin urgentiste au sens légal</u>	p61
• Au niveau civil	p61
○ La « faute », le manquement	p67
- <u>Non-Respect des missions de l'urgentiste</u>	p68
✓ <i>Mise au point diagnostique</i>	<i>p68</i>
✓ <i>Thérapeutique</i>	<i>p80</i>
✓ <i>Surveillance, prudence, vigilance, diligence</i> ..	<i>p83</i>
✓ <i>Suivi et orientation</i>	<i>p84</i>
- <u>Non-Respect des normes d'agrément</u>	p84
✓ <i>En termes de qualifications de l'urgentiste</i> ...	<i>p84</i>
✓ <i>En termes de contraintes de fonctionnement</i> ..	<i>p84</i>
- <u>Non-Respect des droits fondamentaux du patient</u>	p85
✓ <i>Qualité de la prise en charge</i>	<i>p86</i>
✓ <i>Choix du praticien professionnel</i>	<i>p88</i>
✓ <i>Information sur l'état de santé</i>	<i>p88</i>
✓ <i>Consentement libre à la prestation</i>	<i>p91</i>
✓ <i>Tenue du dossier</i>	<i>p95</i>
✓ <i>Secret professionnel</i>	<i>p97</i>
✓ <i>Information sur la couverture d'assurance</i> <i>professionnelle et l'autorisation d'exercer la</i> <i>profession</i>	<i>p101</i>
○ Le dommage	p103
○ Le lien de causalité entre la « faute », le manquement et le dommage.....	p106

• Au niveau pénal :.....	p107
○ Inadéquations de commission	p108
○ Inadéquations d’omission	p108
○ Violation d’une loi pénale.....	p108
-Attestation de faux certificats	p108
-Faux et escroquerie sociale.....	p110
-Non-respect du secret professionnel.....	p113
-Refus de répondre à une demande du préposé112.....	p115
-Abstention coupable	p118
-Homicide et lésions corporelles.....	p120
• Au niveau disciplinaire.....	p126
• Au niveau administratif, la fraude sociale	p128
5.3 <u>Responsabilité du médecin chef de service des urgences</u>	p130
5.4 <u>Responsabilité du médecin-chef, directeur médical</u>	p131
5.5 <u>Responsabilité de l’hôpital</u>	p133
6. Recours possibles pour le patient ?	p134
7. Analyse de la responsabilité dans le cadre des urgences	p140
7.1 <u>Y a-t-il un manquement ?</u>	p140
• En préhospitalier	p140
• En intrahospitalier	p140
○ De la part du médecin urgentiste	p140
-Au niveau civil	p140
-Au niveau pénal	p142
-Au niveau disciplinaire	p143
-Au niveau administratif, fraude sociale	p143
○ De la part du médecin chef de service	p143
○ De la part du médecin-chef	p144
○ De la part de l’hôpital	p145
7.2 <u>Y a-t-il un dommage ?...</u>	p146
7.3 <u>Y a-t-il un lien cause effet entre le manquement et la survenue du</u>	
<u>dommage</u> ?.....	p146
8. Application de la grille d’analyse à la vignette clinique.....	p146

9. Discussion	p165
10. Conclusion.....	p170
11. Bibliographie	p173
12. Liste des annexes	p190
13. Annexes	p192

1. Introduction

La présente contribution a pour principale vocation d'étendre la perspective de l'expert dans sa mission de conseiller technique, selon le mandat qui le désigne, dans le contexte de la responsabilité médicale aux urgences.

Pour mener à bien sa mission, nous pensons que l'expert gagnera à appréhender l'ensemble des particularités de la discipline pour en tirer une nécessaire contextualisation et pondération. Nous souhaitons par cette étude, sensibiliser le lecteur aux thématiques propres au Service des Urgences (SU) et son prolongement préhospitalier, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le service des urgences est « **la** » porte d'entrée de l'hôpital, accessible en permanence (24h/24, 7j/7), à tout patient (et son accompagnant), indépendamment de sa pathologie. Il répond également à des missions de réquisition. Il est le lieu de croisement de patients critiques et non critiques. Les flux y sont aléatoires et non planifiables. Cette hétérogénéité du flux et des pathologies sollicite la capacité d'anticipation et la polyvalence des intervenants. Elle est un facteur qui peut induire un niveau de stress élevé. Elle mobilise leurs capacités et leurs résiliences physiques et mentales.

Tant en intrahospitalier que dans les missions préhospitalières, les équipes sont exposées à des risques évolutifs et pluriels (bruit, contagiosité, hostilité, risques environnementaux et météorologiques, suraccidentalité ...). Les équipes sont amenées à interagir avec d'autres acteurs externes à l'hôpital (médecine générale, centrale 112, inspecteur d'hygiène, service de police, d'incendie, d'ambulance, protection civile, armée, parquet...). Selon les circonstances d'intervention individuelle ou collective, et leurs évolutions, des législations et doctrines différentes seront prises en compte par les intervenants.

Une autre spécificité de la médecine d'urgence est l'aspect global de la prise en charge. Lors de la prise en charge médicale, l'urgentiste devra s'adapter et composer avec l'infrastructure, les moyens thérapeutiques et diagnostiques disponibles. Ceux-ci varient sensiblement, pouvant aller des contingences précaires des conditions préhospitalières à des plateaux techniques pluridisciplinaires de type « *trauma center* ». Outre l'aspect médical, l'urgentiste doit organiser, coordonner l'aspect logistique allant du déploiement de postes médicaux

avancés, à l'acheminement du patient vers le plateau technique adéquat. Il interagit avec différents vecteurs d'évacuation et de transfert tels que véhicule sanitaire, ambulance, hélicoptère...

La responsabilité de l'urgentiste est engagée dès le contact avec le patient ou sa réquisition par le service 112. Il en découle une nécessité de prioriser et d'organiser les soins de manière adéquate et globale pour l'ensemble de la patientèle.

Au travers d'une vision élargie du contexte et de la législation relative à la médecine d'urgence, nous apprécierons les notions de « *fautes* », manquements et responsabilités des parties : le médecin urgentiste « *producteur de soins* », le médecin chef de service, le médecin-chef (directeur médical) et l'hôpital « *le gardien* ». Nous en dégagerons un outil analytique approprié à ce champ d'expertise. Nous en proposerons une application au travers d'une vignette illustrative.

Bien que les principes généraux et méthodes soient transposables aux autres disciplines de la médecine et ou, plus spécifiquement, de la médecine aiguë (anesthésiologie, réanimation urgences), la présente contribution ne porte pas cette ambition directe. Notre étude se focalise sur le service des urgences. En effet, nous pensons que la médecine d'urgence est un univers spécifique par certaines législations qui lui sont propres et les caractéristiques précitées. Notre perspective est celle de l'expert dans sa mission, l'étude du triptyque faute-dommage-lien causal et non celle d'un traité médical relatif à la pathologie exposée dans notre illustration clinique.

Notre contribution s'adresse également aux confrères qui ont le souci de leur pratique, ces enjeux et l'étendue de la responsabilité de celle-ci. Nous espérons qu'ils y trouveront matière à poursuivre leur démarche proactive, réflexive et critique d'amélioration continue de la prise en charge médicale urgente, ainsi que de ces conditions.

2. Méthode

Afin de circonscrire notre travail dans le contexte particulier de la prise en charge du patient en médecine d'urgence, et d'illustrer l'étude du triptyque faute-dommage-lien causal, par l'application d'un référentiel analytique, nous initierons notre contribution par la présentation d'un cas concret.

Nous déterminerons les circonstances de la médecine d'urgence au travers d'une revue de la littérature médicale et de la législation belge. Nous clarifierons la position de l'urgentiste, son cadre de travail et ses missions. Pour rencontrer ce premier objectif, nous appliquerons par analogie, la méthode éprouvée du rhéteur Hermagoras de Temnos, connue par ses déclinaisons sous la forme « *QQOQCCP* » dans différents courants pédagogiques contemporains. Cette méthode interroge les circonstances, du latin *circumstare* « *se tenir autour, être autour, entourer* »¹, en posant les questions « Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Pourquoi ? ». Nous approfondirons également les spécificités du rôle de médecin chef de service et du médecin-chef, directeur médical.

Renforcé par la mise en perspective du contexte et des spécificités des prises charges médicales urgentes, nous aborderons le champ de la responsabilité au sein des urgences pour en dégager un outil d'analyse, un « référentiel analytique ». Dans ce domaine de la responsabilité, nous avons choisi de focaliser notre recherche sur le versant médical de la responsabilité. En effet, le médecin en sa qualité et sa responsabilité de « producteur » des soins est celui généralement qui mobilisera principalement l'expert dans sa mission. Nous parcourrons l'étendue de ces responsabilités civile, pénale, disciplinaire et administrative, ainsi que les particularités de celle-ci dans le contexte de notre objet. Nous nous limiterons à l'évocation des liens avec les autres intervenants que sont le chef de service, la direction médicale et le « gardien » c'est-à-dire l'hôpital et ou ses sous-traitants. Nous envisagerons et inventorierons les possibilités de recours pour le patient dans le contexte de notre objet.

Après ce développement approfondi, nous proposons une grille d'analyse spécifique à notre domaine d'étude. Celle-ci est articulée autour du triptyque largement usité en expertise médicale : manquement- dommage-lien causal. Nous spécifierons pour le médecin urgentiste

¹ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales www.cnrtl.fr Circonstance : rubrique étymologie et histoire.

les diverses responsabilités envisagées : civile, pénale, disciplinaire et administrative. Sans aucune complaisance dans ces investigations, analyses et résultats, le référentiel veille aux considérations déontologiques et confraternelles. Nous évoquerons la responsabilité du médecin chef de service, du médecin-chef, directeur médical et de l'hôpital.

Nous analyserons, selon le référentiel, la prise en charge de l'urgentiste dans notre vignette illustrative. Par cet outil, nous identifierons les manquements en lien causal avec le dommage encouru par le patient. Nous n'aborderons pas dans cette application la responsabilité du médecin chef de service, du médecin-chef, directeur médical, ni de l'hôpital.

Le référentiel analytique proposé n'est pas une notation ou un scoring dans le triptyque de la responsabilité déterminant un potentiel de fautes. Il n'est pas non plus un algorithme décisionnel contraignant. C'est une méthode herméneutique posant une lecture et appréciation globalisée.

Les étapes constitutives à l'exploitation de ce référentiel analytique sont la collecte et le croisement des données recueillies, leur agencement dans une chronologie étendue et intégrée. Cette reconstitution prospecte le parcours du patient depuis le début de sa pathologie jusqu'au dommage. Ces éléments seront questionnés et mis en perspective de manière systématique au travers de la grille analytique, en vue de les corrélérer et confronter avec le triptyque faute-dommage-lien causal dans les différentes dimensions de la responsabilité. L'application de cet outil doit impérativement respecter le sens chronologique reconstitué. Cette approche systématique aide à la pondération, et s'affranchit d'à priori redoutables dans la relecture d'un dossier, en posant un regard prospectif. L'inventaire de ce résultat alimentera la discussion par des commentaires concernant les points engageant la responsabilité. Cet outil permettra à l'expert, dans sa mission, de conclure et de rendre compte du triptyque.

L'urgentiste saisira dans l'application du référentiel analytique de l'expert, l'opportunité d'une distanciation et d'un questionnement nécessaire. Le conduisant vers une démarche d'amélioration continue, ainsi que les éléments du développement d'actions correctrices, et la surveillance qui en découle dans la pratique de son art.

3. Vignette clinique :

3.1 Histoire clinique :

Dossier hospitalier « patient » :

- Dossier médical :

« Patiente de 20 ans admise au service des urgences le 12/11/2007 à 00 :17 pour malaise général. Elle est adressée par sa famille via le 112 ».

L'anamnèse réalisée par le médecin urgentiste révèle : « un malaise dans la journée avec des douleurs dorsales suivie d'une syncope. La maman aurait cru à une crise d'épilepsie. Elle a essayé de mettre le doigt dans la bouche de sa fille et s'est fait mordre.

Elle se plaint de sécheresse de bouche et de douleur abdominale épigastrique.

Elle n'a pas de plaintes thoraciques, ni de difficulté respiratoire (“l'air ne lui manque pas”).

La patiente dit ne pas avoir beaucoup bu ces derniers jours.

L'examen clinique effectué à 00h45 relève une fréquence cardiaque à 136 /min, une tension artérielle à 95/5mmHg, une saturation en oxygène à 95 % sous oxygénothérapie. Une glycémie à 427 mg/dl.

La patiente alterne des phases d'agitation, d'angoisse, de polypnée avec des phases plus calmes, eupnéiques.

Elle est pâle.

Les extrémités sont froides.

La langue est sèche.

Elle présente une plaie du genou à suturer.

L'examen cardiopulmonaire est banal. Les mollets palpés sont souples et indolores.

L'abdomen est légèrement tendu et sensible à la palpation profonde.

L'examen du système nerveux est banal.

Des examens complémentaires sont entrepris :

- *Une biologie : Hémoglobine 13g/l - Globules Blancs 22300 - Neutrophiles 84.4%, CRP 14 mg/l - glycémie 4.10g/l - Troponine 0,16ug/l - HCG 0.*

- *Un pH artériel : pH 7,27 - pCO2 28mm Hg - pO2 186mmHg - HCO3 12.9 meq/l - BE - 12.6 meq/l- saturation O2 100%, bicarbonate 15,2meq/l.*
- *Une toxicologie sanguine négative pour l'alcool, les barbituriques, les benzodiazépines, les tricycliques.*
- *Une toxicologie urinaire négative.*
- *Un sédiment urinaire : glycosurie +, corps cétonique :O, Globules rouges : 2 à 5/champs, Globules Blancs : > 20 /champs.*
- *Scanner cérébral : résultat suivra.*
- *Angioscanner thorax : embolie pulmonaire massive (résultat donné par téléphone et le complet suivra).*
- *ECG.*

Les traitements instaurés mentionnent :

- *Physiologique 500cc puis 1l.*
- *Voluven®.*
- *Désinfection cutanée, anesthésie locale à la lidocaïne® 2%, suture à Ethilon 3/0, un point, pansement stérile.*
- *Sufenta® 10mcg.*
- *Actrapid® 10U, 8U.*
- *Temesta® 2.5mg.*

Avis spécialiste du réanimateur : aide durant toute la réanimation avec infirmiers de la réanimation et des urgences.

La patiente décède à 4h50.

Diagnostic principal retenu : embolie pulmonaire massive ».

- Dossier infirmier : indisponible pour l'étude.

Dossier répressif :

- Informations complémentaires extraites de l'audition du médecin urgentiste :

En novembre 2007, il était en cinquième année d'assistantat d'anesthésie dans un hôpital universitaire. Il travaillait également dans un autre hôpital pour assurer certaines gardes de week-end. Le 11 novembre 2007, il a commencé la garde à 20 heures.

Il reçoit la patiente aux urgences à 00h17.

Il signale qu'il n'y a pas de trace écrite du rapport des ambulanciers mais déclare qu'il a vu la patiente couchée sur le brancard des ambulanciers et que l'équipe de prise en charge hospitalière des urgences a décidé d'installer la patiente au déchoquage.

La patiente est placée sous monitoring et saturométrie.

La patiente était déjà sous oxygène, mis en place par les ambulanciers. L'équipe hospitalière a laissé le masque à oxygène. Il précise qu'à de nombreuses reprises, l'équipe a dû remettre le masque à la patiente car elle était fort agitée. « *L'enlèvement du masque n'entraînait pas de désaturation importante* ».

L'agitation de la patiente a rendu malaisé les différents prélèvements. Leurs réalisations ont nécessité un certain temps car ils ont dû expliquer le pourquoi de ces prélèvements afin de la rassurer.

La patiente prenait une pilule contraceptive.

Il a prescrit un remplissage par du liquide physiologique et du **Voluven®**.

Dans l'attente des résultats de la biologie, il a procédé à la désinfection de la plaie et il l'a suturée avec un point.

Il n'a reçu qu'une partie des résultats de biologie car le sang était coagulé dans certains tubes. Suite à des douleurs abdominales, il prescrit du Sufenta® intraveineux avant d'aller au scanner.

Au moment d'entrer dans la salle d'examen vers 2h20, la jeune fille a présenté un arrêt cardio-respiratoire.

Après une durée totale de près de 2h30 de réanimation, une décision commune a été prise pour l'arrêt de la réanimation. Le décès a été constaté à 04h50.

« ...Si je n'ai pas fait appel à un médecin superviseur avant l'arrêt cardiaque, c'est parce que l'état de la jeune fille et la stabilité de ses paramètres ne nécessitaient pas l'appel d'un réanimateur et aussi de par ma formation d'anesthésiste ».

- Informations complémentaires extraites de l'audition de la maman :

« Le dimanche 11 novembre 2007, sa fille s'est évanouie dans l'après-midi...à son réveil, son genou était ensanglanté...

Nous avons pensé à une simple chute de tension et nous ne nous sommes pas inquiétés.

Elle en a peut-être fait deux ou trois sur toute son adolescence qui, selon nous, étaient dues à une situation de stress. A ce moment, sa fille était quelque peu stressée car elle devait effectuer un stage actif dans le cadre de ses études d'institutrice.

Au cours de la soirée, aux environs de 22 heures comme elle se sentait très faible, nous avons pris sa tension à l'aide de l'appareil familial. Celui-ci affichait 8/6, ce qui nous a conduit à appeler le médecin de garde. Celui-ci ne savait pas venir de suite.

Alors que nous l'attendions, vers 23 heures, sa fille s'est levée et a eu un nouveau malaise que nous avons pensé pouvoir être une crise d'épilepsie bien qu'elle ne présentait aucun tremblement.

Elle s'est assise sur une chaise de la cuisine, la tête posée sur la table. Elle n'avait plus de réaction. Elle avait les yeux ouverts mais elle était inconsciente. Elle ne répondait pas....

Nous l'avons installée dans le divan.

Elle a repris conscience.

Nous avons rappelé le médecin en lui disant qu'il y avait urgence. Ce même médecin nous a répondu qu'il lui était impossible de venir plus tôt.

Mon mari lui a fait part qu'il allait appeler le service « 100 » ce que le médecin a approuvé.

Nous avons donc appelé une ambulance via le 100. Celle-ci est arrivée très vite.

Les ambulanciers ont pensé à une crise de tétanie et lui ont appliqué un sachet sur le visage ce qui l'a fait se sentir encore plus mal. Ils ont alors opté pour l'oxygène et elle a déclaré se sentir mieux.

Comme ils ne parvenaient pas à capter sa tension, ils ont appelé le SMUR, mais comme il n'était pas disponible, ils l'ont embarqué pour la conduire à la clinique. C'est mon mari qui a accompagné ma fille dans l'ambulance. Notre fille avait demandé à ce qu'on lui laisse le masque à oxygène...

A la clinique, nous avons attendu jusqu'à 1h sans rien savoir. Une infirmière est alors venue nous dire « qu'elle se calmait », qu'on avait récupéré une tension, que les paramètres étaient bons et que le médecin allait venir.

Le docteur ne semblait pas inquiet et se demandait surtout comment la calmer. C'est pourquoi, il s'est décidé après plus de 2heures d'attente à venir nous chercher pour que nous l'apaisions et qu'il fasse réaliser un scanner de contrôle.

Notre fille était toujours sous oxygène. Elle était consciente. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le ventre et au dos. Elle n'était pas agitée mais angoissée. Elle a même dit à mon mari qu'elle se sentait mourir.

Après 10 minutes, on lui a fait une injection pour la calmer et la descendre à l'examen.

Dès cette injection, nous avons constaté qu'elle ne respirait plus normalement mais le docteur m'a assuré que c'était normal.

Arrivés dans la salle du scanner, on nous a fait sortir car il n'était plus possible de nier que cela n'allait pas du tout.

Nous avons attendu pendant 2heures en voyant défiler les appareils de réanimation.

A 4heures, le réanimateur est sorti nous dire qu'ils n'arrivaient pas à la réanimer et qu'un scanner du cerveau et du cœur ne montrait rien d'anormal....

C'est alors que nous avons repensé à une douleur dans la jambe dont elle s'était plainte plusieurs semaines auparavant. En octobre 2007, après avoir fait un trajet à pieds, elle n'avait pu poursuivre sa route à cause d'une douleur à une jambe et avait été ramenée à l'école en voiture. Ils avaient pensé à un problème musculaire, le mollet n'était pas gonflé, il n'y avait pas d'hématome apparent et elle ne s'était pas absentée de l'école.

Suite à cette information, un scanner des poumons a été réalisé et a révélé une embolie pulmonaire massive...

Lors de notre passage aux urgences, nous avons pu constater que ce service n'était pas débordé par des patients durant cette nuit.

Que lui a-t-on fait comme examens ?

Qu'a-t-on posé comme hypothèses ?

Notre fille a-t-elle eu toutes ses chances ?

Nous sommes repartis en ayant la nette impression que la gravité de la situation n'a été perçue que trop tard, que notre fille a été considérée comme une hystérique à calmer et que

deux heures précieuses ont été perdues à attendre simplement les résultats d'une prise de sang ».

- Informations complémentaires extraites de l'audition de l'ami dentiste qui a soigné la plaie au domicile :

« Je voudrais préciser que l'évanouissement de la patiente ne m'a pas inquiété car elle était coutumière du fait (cuti, examens oraux...) ».

- Informations complémentaires extraites de l'audition de l'infirmière d'accueil :

« La patiente a été admise pour malaise et tachycardie. Elle était tachycarde, avait le teint blafard, n'était pas bien du tout... ».

- Informations complémentaires extraites de l'audition de l'infirmière du déchocage :

« ...la patiente était consciente, tachycarde et hypotendue. Un monitoring a été installé. Elle a placé une perfusion de liquide physiologique et a fait un prélèvement sanguin. Un ECG et dosage du glucose ont été réalisés qui ont montré un dosage trop élevé. Elle a précisé ne pas être diabétique. Elle était dans un état d'angoisse, d'anxiété extrême. Dès que je m'éloignais, elle me réclamait. Elle ne voulait pas rester seule. Elle voulait que je lui tiensse la main.

Toutes les interventions ...ont été réalisées dans un court laps de temps et j'en ai informé le médecin de garde présent. Il s'est rendu directement auprès d'elle. Il l'a examinée et auscultée. Il m'a demandé que je lui donne un Voluven®, en intraveineux, pour remonter sa tension, ainsi qu'un Témesta®, pour la calmer puisqu'elle était hyper anxieuse. Comme la glycémie était élevée, j'ai dû lui injecter de l'insuline® en sous-cutané. Le docteur lui a fait un PH artériel.

Elle s'est plainte de douleurs au bas ventre en partant en radiologie et le docteur a fait administrer du Sufenta®.

Il est parti en emportant la valise de réanimation. J'ai demandé si je devais m'y rendre également. Il m'a dit que non.

*A peine **une minute** plus tard, le docteur m'a appelée car la patiente était en arrêt cardiorespiratoire.*

A mon arrivée, la jeune fille était installée sur la table de scanner et le docteur était en train de ventiler. Il m'a demandé de préparer le matériel pour l'intubation.

J'ai demandé au technicien de radio de faire le numéro du VIM interne.

Ils l'ont réanimée accompagnés du médecin intensiviste et de deux infirmières des soins intensifs.

Le médecin intensiviste a fait une échographie cardiaque qui a montré que le cœur était vide puis un angioscanner qui a montré une embolie pulmonaire massive ».

- Informations complémentaires extraites de l'audition du technicien de radiologie :

« Pendant les manœuvres de transfert du brancard sur la table du scanner, l'alarme du cardioscope émet un signal. Après, avoir vérifié les connexions, nous réalisons qu'il y a un sérieux problème ».

- Informations complémentaires extraites de la fiche de transmission des ambulanciers :

« Respiration anormale avec SpO2 à 83 %. Le pouls est faible 51/min et la tension artérielle est à 60 mmHg. Le score de Glasgow est à 15/15 ».

3.2 Recours de la famille :

La famille a déposé plainte contre X pour homicide involontaire survenu entre le 11-11-2007 à 23h00 et le 12-11-2007 à 06h00.

3.3 Reconstitution chronologique à partir des informations disponibles :

Au domicile, en préhospitalier (00h01), respiration anormale avec SpO2 à 83 %. Le pouls est faible et la tension artérielle est à 60 mmHg. La patiente est en détresse respiratoire et en état de choc. Les ambulanciers appellent le SMUR. Le SMUR est indisponible.

Au service des urgences (00h17), SpO2 est notée à 95 % sous oxygène au masque. La tension artérielle est à 95/55 mmHg et la fréquence cardiaque à 136 battements/min avec pâleur et extrémités froides, glycémie à 410mg/dl. Température mesurée à 37,3°.

La patiente est en détresse respiratoire et en état de choc.

La patiente est monitorisée.

Bilan :

- Biologie (1h04) : Hémoglobine 13g/l, Globules Blancs 22300, Neutrophiles 84.4%, CRP 14 mg/l, glycémie 4.10g/l, Troponine 0,16ug/l, HCG : 0, toxicologie sanguine : négative.
- ECG (3h08, 3h09).
- Gazométrie : PaO2 186 mmHg, acidose métabolique avec compensation respiratoire (PaCO2 28).
- Analyse d'urine : glycosurie +, corps cétonique : O, Globules rouges : 2-5 /champs, Globules blancs : > 20 /champs, toxicologue urinaire : négative.

Traitements appliqués : Oxygène au masque, perfusion de liquide physiologique, Voluven®, Témesta®, insuline®, suture cutanée sous anesthésie locale.

1^{er} hypothèse diagnostique : acidocétose diabétique.

2^{ème} hypothèse diagnostique : non précisée.

Dans le cadre du bilan d'agitation et de troponine positive, le médecin urgentiste demande une imagerie par scanner cérébral et thoraco-abdominal.

Prescription de Sufenta® pour antalgie, sédation.

Au service d'imagerie médicale (2h20), à peine une minute plus tard après l'administration de Sufenta®, arrêt cardiorespiratoire et séquence de Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) pluridisciplinaire.

(3h) Echographie cardiaque (mauvaise échogénicité) : cœur vide.

(3h39) Ct cérébral : négatif.

(4h ?) Angioscanner thoracique : embolie pulmonaire massive.

4h50 : constat de décès.

NB :

Pour certains médicaments facturés, il ne nous est pas possible de préciser le moment d'administration. Il s'agit du Xanax® probablement prescrit aux urgences, et de la naloxone probablement injectée au scanner.

4. « Les urgences » : Contexte et circonstances.

4.1 Généralités :

Au sens commun, on entend par **urgence**² :

- Un « *service hospitalier où est dirigé le blessé ou le malade dont l'état nécessite un traitement immédiat* ».
- « *Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard* ».
- « *Nécessité d'agir vite* », d'assistance immédiate.
- « *Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* ».
- « *Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide* ».

Et par **urgentiste**³ : « *un médecin qui s'occupe principalement des urgences* ».

Le sème « urgence » tire son étymologie du latin : « *Urgentia (nécessité pressante),... Urgens (pressant, qui ne souffre aucun retard),...Urgeo (presser) : poursuivre sans relâche, s'occuper avec insistance de quelque chose...* »⁴.

La nécessité d'une réponse thérapeutique appropriée et diligente remonte à la genèse de l'activité humaine. Nous en retrouvons déjà une trace écrite chez Hippocrate près de quatre siècles avant Jésus-Christ. « ... Hippocrate définissait ainsi la notion d'urgence : « *Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter* ». Dans son « *traité des maladies* », il dit qu'il faut agir vite et propose même que les médecins aient en permanence leur trousse sous la main »⁵.

Ces recommandations bienveillantes d'Hippocrate, ce sont affinées au fil des exigences du quotidien de la pratique médicale générale et spécialisée. Mais, aussi des expériences de guerre, notamment par le biais de la pratique médicale militaire : la médecine de l'avant. Au

² Collectif (2018). *Le grand Larousse illustré*. Larousse.

³ Ibid.

⁴ www.DicoLatin.com

⁵ F. Barot, « *La médecine d'urgence : Evolution du concept, de l'antiquité au SAMU* ». Thèse Doctorat en médecine (diplôme d'état) Université de Picardie – Faculté de médecine d'Amiens 1998.

fil des siècles, les progrès des connaissances scientifiques, de l'état de l'art, et des technologies notamment dans les domaines de l'anesthésiologie, la réanimation, la médecine interne, la biologie clinique ou encore les spécialisations orthopédique et chirurgicale..., on fait de la médecine d'urgence une discipline et spécialisation à part entière.

Ce qui au départ n'était qu'une recommandation attestant de la vocation médicale, c'est mue en un impératif, une exigence désormais consacrée par un cursus spécialisé. Ainsi que des lois qui cadrent, organisent, régulent et normalisent la discipline et sa pratique.

4.2 Définitions techniques et légales :

La médecine d'urgence est la branche de la médecine qui s'occupe de la prise en charge des patients admis au sein d'un service d'urgence hospitalier et/ou en préhospitalier dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente (**AMU**) et de la fonction Service Mobile Urgence et Réanimation (**SMUR**). Cette discipline est sous l'autorité du Service Public Fédéral (SPF) « Santé Publique ».

AMU : l'Aide Médicale Urgente est organisée par la loi du 8 juillet 1964. Cette loi a pour but : « *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* »⁶.

L'arrêté royal du 2 avril 1965 détermine les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente⁷ (cf. annexe 1). Lorsque le transport en ambulance s'avère nécessaire, le préposé indique au service d'ambulance l'hôpital de destination le plus proche.

⁶ Loi du 8 Juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. ED :25-07-1964.

⁷ 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 (*M.B. du 12/05/1965, p. 5544. Err. : M.B. du 12/05/1965. Err. : M.B. du 03/09/1965*).

Cet arrêté royal prévoit toutefois certaines dérogations :

- Sur demande du médecin SMUR :
 - o En situation d'urgence collective.
 - o En raison de la nécessité de moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques à l'état de santé du patient.
 - o Si 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 disposant d'un service des urgences.

- Hors intervention SMUR, à la demande du médecin traitant :
 - o Lorsque le patient nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques.
 - o Si le malade a un dossier médical relatif aux pathologies concernées dans un autre hôpital.

L'article 9 précise : « Dès l'admission de la victime ou du malade, l'hôpital lui donne tous les soins immédiats qui s'imposent. La dispensation de ces soins met fin au régime d'aide médicale urgente sauf si le médecin responsable estime que d'autres mesures urgentes sont requises par l'état de la victime ou du malade ».

Les conversations échangées à l'occasion de tout appel au centre d'appel unifié 112 sont enregistrées sur bande magnétique.

SMUR : le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation est une équipe médicale mobile qui intervient dans le cadre de l'AMU. Par l'Arrêté Royal (AR) du 10 avril 1995, le SMUR est devenu une fonction hospitalière avec une identification propre : numéro de fonction SMUR et numéro de l'établissement hospitalier.

L'arrêté royal du 2 avril 1965 stipule à l'article 6 bis, paragraphe premier, troisième point :
« *Sans préjudice des critères de programmation qui sont d'application pour la fonction « service mobile d'urgence », il convient de 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 »⁸.

L'article 6 quinquies précise que : « *Si l'équipe du service mobile d'urgence n'est pas disponible ou si le service mobile d'urgence n'est pas à même d'assurer les secours à donner ou en attendant l'arrivée de l'équipe du service mobile d'urgence, le préposé peut appeler le médecin du service de garde* ».

PIT : le Paramédical Intervention Team est un projet pilote toujours dans sa phase expérimentale à l'initiative du SPF Santé Publique, depuis 2007. L'équipe est composée d'un infirmier spécialisé en soins d'urgences et d'un ambulancier badgé AMU. Ils se déplacent dans un véhicule prioritaire de type ambulance 112 ou véhicule type SMUR. L'infirmier travaille sur base d'Ordres Permanents (OP) établit par un médecin référent chef de service, responsable de leur exécution. À tout moment, l'infirmier peut prendre contact avec son médecin référent et/ou appeler en renfort un SMUR, au besoin.

Les moyens urgents préhospitaliers tels que l'ambulance normalisée, le PIT ou le SMUR sont réquisitionnés par la centrale 112 selon les critères du manuel belge de la régulation médicale. La responsabilité de l'engagement des moyens est celle du préposé 112. Le choix des vecteurs le plus rapide est calculé sur base des vitesses légales selon un logiciel du SPF Santé Publique (algorithme « CityGis »).

La COAMU : A un niveau provincial, les intervenants de l'AMU se rassemblent au sein d'une COMmission de l'Aide Médicale Urgente pour assurer la coordination et le bon fonctionnement. Chaque COAMU est présidée par un Inspecteur d'Hygiène Fédéral (IHF). Y sont représentés la centrale 112, les services d'ambulances, les services d'urgences hospitaliers ainsi que leur fonction SMUR, les représentants des postes médicaux de garde (médecine générale), la croix rouge et les services du Gouverneur.

⁸ 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 (M.B. du 12/05/1965, p. 5544. Err. : M.B. du 12/05/1965. Err. : M.B. du 03/09/1965).

4.3 Etude des circonstances :

«Quis, Quid, Ubi, Quibus auxiliis, Cur, Quomodo, Quando»

- Où ? Quand ? Cadre de travail du médecin urgentiste :

o Aux urgences :

Qu'ils soient publics ou privés, il existe deux grandes catégories d'hôpitaux en Belgique⁹:

- Les hôpitaux psychiatriques.

- Les hôpitaux généraux : « établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais. Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général »¹⁰.

Dans ces hôpitaux généraux, on retrouve deux grands types de services d'urgence :

- Un service de Soins Urgents Spécialisés (SUS)¹¹.

- Un service de Première Prise en Charge des Urgences (PPCU)¹².

Ces deux types de services sont ouverts 24h/24, 7j/7 pour permettre une accessibilité continue aux soins. Ils répondent à des normes fonctionnelles, architecturales, d'équipements et de personnels médico-infirmiers. Ces normes

⁹ <http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/>. Consulté le 17-07-2017.

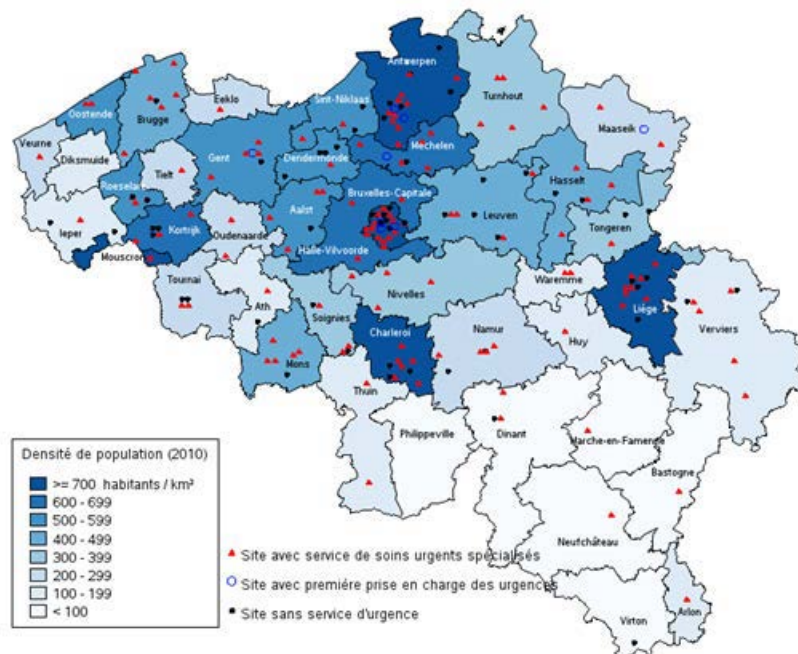
¹⁰ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19, art.2 ; ED 07/11/2008.

¹¹ Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

¹² Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « première prise en charge des urgences » pour être agréée. AR 1998-4-27, art. 1; ED:19/06/1998.

sont moins contraignantes pour le PPCU que le SUS. La Belgique dénombrait en 2015, 139 services d'urgence dont 131 SUS, 8 PPCU pour un paysage hospitalier de 198 sites distincts¹³. Ces services d'urgence sont surtout concentrés dans les grands bassins de population comme le montre la projection démographique de la figure 1. Ces chiffres sont en évolution constante. Au premier janvier 2017, le SPF Santé Publique comptait 127 SUS, 9 PPCU¹⁴.

Figure 1 – Sites hospitaliers et services d'urgence en Belgique



Source : Données de la Direction Générale Statistique et Information Économique (DGSIE) concernant la densité hospitalière par arrondissement en 2010 et données du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique concernant les caractéristiques des sites hospitaliers en septembre 2015.

¹³ Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mislou, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme » Publication - *KCE Reports 263B - Health Services Research*.

¹⁴ <http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/>. Consulté le 17-07-2017.

Pour certaines pathologies précises telles que les polytraumatismes, les grands brûlés, les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, certains hôpitaux généraux ont développé des centres de références avec une infrastructure spécifique en termes de personnels et de plateaux techniques mis à disposition¹⁵ 24h/24 et 7j/7 pour traiter au mieux ces pathologies. Il s'agit notamment des « *trauma center* », « *stroke unit* » ...

De la rapidité et de l'efficacité des mesures prises au cours des 60 premières minutes dépend la survie du patient. C'est le concept de la « *Golden Hour* »¹⁶, « *there is a golden hour between life and death* ». Ainsi, selon les observations du D^r Trunkey, chirurgien spécialisé en traumatologie dans les années 1970-1980 à l'hôpital général de San Francisco, 80 % des victimes de traumatismes sévères meurent dans les premières heures. De ce constat, il a suggéré la recommandation des « *trois R* » : « *Good trauma care depends on getting the right patient to the right place at the right time* », « *les soins adaptés aux traumatismes consistent essentiellement à amener le bon patient au bon endroit et au bon moment* ».

- Particularités du Service de Soins Urgents Spécialisés (SUS, cf. annexe 2) :
Le service des urgences de type SUS peut accueillir tout patient quel que soit son vecteur d'arrivée : ambulance privée, par ses propres moyens ou adressé par le centre d'appel unifié européen d'urgence (centrale 112) en ambulance normale, ou accompagné du Paramédical Intervention Team (PIT) ou encore du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). « *Sur demande du préposé du service d'appel unifié {...}, toute personne responsable des admissions dans un hôpital doit accueillir, sans autres formalités préalables, {...} et prendre sur-le-champ toutes les mesures que requiert leur état* »¹⁷.

¹⁵ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19, art.14 ; ED 07/11/2008.

¹⁶ Blow, Osbert MD, PhD; Magliore, Lissa BS; Claridge, Jeffrey A. MD; Butler, Kathy RN; Young, Jeffrey S. MD; "The Golden Hour and the Silver Day: Detection and Correction of Occult Hypoperfusion within 24 Hours Improves Outcome from Major Trauma" Trauma and Acute Care Surgery. January 2018 - Volume 84 - Issue 1.

¹⁷ Article 6 de la loi du 8/7/1964 relative à l'Aide médicale urgente ; ED :25/07/1964.

Le SUS doit « *préserver, stabiliser et restaurer les fonctions vitales* »¹⁸ des patients nécessitant des soins immédiats. A cette fin, il bénéficie d'un financement publique lié à l'agrément de l'AR du 27 AVRIL 1998¹⁹ et au maintien de ces normes.

Cet AR, prévoit, l'existence d'un plateau technique étendu, spécifiant qu'au besoin, l'urgentiste doit « *au moins pouvoir faire appel à tout moment* » à onze autres médecins-spécialistes pour l'assister dans ses prises en charges.

Ces confrères spécialistes « *doivent pouvoir être sur place dans les plus brefs délais* »²⁰. Les disciplines rappelables sont la garde de pédiatrie, de médecine interne, de chirurgie, d'orthopédie, de gynécologie-obstétrique, d'anesthésiologie et réanimation, de radiodiagnostic, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie, de psychiatrie ou neuropsychiatrie, de neurologie ou neuropsychiatrie²¹.

- Particularités du service de Première Prise en Charge des Urgences (PPCU, cf. annexe 3) :

Le service des urgences type PPCU n'est pas accessible aux patients adressés par le 112. Il ne peut recevoir que les patients admis via des ambulances privées ou via leurs propres moyens. Ce service assure l'accueil et le traitement des pathologies aiguës, prodigue les gestes de réanimation de base, oriente le patient vers le service adéquat ou organise le transfert selon le plateau technique requis. Cette fonction est obligatoire dans chaque hôpital général qui ne dispose pas d'une fonction SUS^{22, 23}. Un pédiatre doit pouvoir être callable à tout moment. Si nécessaire, il sera présent à l'hôpital dans les plus brefs délais et, en tout cas, dans les vingt minutes.

¹⁸ AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

¹⁹ AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

²⁰ AR 1998-4-27/40, art. 10 ; ED:19/06/1998.

²¹ Ibid.

²² AR 1998-4-27, art. 1 ; ED:19/06/1998.

²³ AR 1998-11-18, art. 1 ; ED 15/04/1999.

○ En préhospitalier : la fonction SMUR²⁴ (cf. annexe 4) :

En continuité du SUS, la fonction SMUR a pour but de délivrer en extra hospitalier une Aide Médicale Urgente (AMU) en renfort de l'ambulance ou du PIT.

La fonction SMUR est une fonction permanente : 24h/24, 7j/7, dont le point de départ peut être partagé entre plusieurs sites. Elle doit respecter des normes fonctionnelles, d'organisation et d'équipements.

Un urgentiste y est dédié de façon indépendante à la fonction SUS. Ainsi, lorsqu'un hôpital est agréé pour les fonctions SUS et SMUR, deux urgentistes doivent être présents pour assurer la simultanéité de ces permanences.

Toutefois, si, sur le même site, il existe une fonction SUS, SMUR et soins intensifs, le médecin urgentiste peut participer simultanément à la fonction SUS/SMUR et quitter son service pour assurer une mission SMUR, pour autant qu'un deuxième médecin urgentiste arrive dans les 15 minutes du départ et que dans l'intervalle la permanence soit reprise par le médecin présent aux soins intensifs²⁵.

Seuls, les SUS disposant de moyens financiers et humains suffisants peuvent demander cet agrément. Suite à la sixième réforme de l'Etat et au transfert de compétence qui en découle, l'agrément est octroyé par les entités fédérées. Cependant, les critères d'agrément sont définis par le Service Public Fédéral Santé Publique sur base de critères géographiques et démographiques²⁶. Au premier janvier 2017, la Belgique comptait 98 SMURs, activables sur la réquisition du préposé du centre d'appel unifié 112²⁷.

²⁴ Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée. AR 1998-8-10 ; ED 02/09/1998.

²⁵ Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

²⁶ <http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/>. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, *SMUR*. Bruxelles. Consulté le 17-07-2017.

²⁷ Ibid.

L'équipage SMUR comprend au moins un médecin urgentiste et un infirmier spécialisé en soins d'urgence. Sur certains sites, l'équipage est complété d'un chauffeur secouriste ambulancier.

Ce Véhicule d'Intervention Médical (VIM) n'assure pas le transport de patient. Il est équipé de matériel de réanimation, de communication (réseau ASTRID) et de protection minimale pour les intervenants (casques, gants, matériel de signalisation...).

L'équipage SMUR doit prodiguer les gestes de réanimation, réaliser une mise en condition et une orientation correcte selon la mise au point réalisée en extra hospitalier, organiser (au besoin) le transfert vers le service adéquat, participer, voire diriger le déploiement d'un plan catastrophe²⁸.

Selon les situations, la sévérité de la pathologie, les moyens disponibles, la proximité des plateaux techniques et les conditions logistiques, les équipages appliqueront les doctrines : « *stay and play* » pour stabiliser le patient sur place avant son évacuation, ou « *scoop and run* » pour minimiser le délai avant le transfert vers le plateau technique adéquat ou encore le « *play and run* » qui optimise les deux méthodes.

*« L'European Resuscitation Council (ERC) a isolé 5 pathologies dont l'évolution peut être radicalement modifiée par une intervention médicale rapide, pratiquée endéans l'heure de début des "symptômes". Ces groupes de pathologies, définis sous le label de "First Hour Quintet" sont : **l'arrêt cardiaque, le traumatisme sévère, la difficulté respiratoire, le syndrome coronaire aigu et le stroke.** Deux autres groupes ont été ajoutés, celui du **suicide et des intoxications**, qui présentent un intérêt particulier en Belgique, de par leur prévalence »²⁹. Une dernière catégorie reprend les missions « autres », tels que les états de choc hypovolémique, anaphylactique.....*

²⁸ Programmation et agrément, CNEH/D/121-3, 24 juillet 1997 « Avis concernant le programme « urgences » dans le cadre du nouveau concept hospitalier ».

²⁹https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_lutilisateur_version_mai_2016.pdf

Il est à noter également qu'en Belgique, on dénombre deux Services Médicaux d'Urgence Hélicopté (SMUH). Ces services sont des projets pilotes. A l'heure actuelle, il n'y a pas d'arrêté royal intégrant ces vecteurs aéronautiques.

Toutefois, dans cette attente, ils bénéficient des mêmes principes de fonctionnement que les SMURs. Ils sont localisés, pour la Wallonie, à Bra-sur-Lienne, et pour la Flandre, à Bruges.

- Qui ? Le médecin urgentiste :

Il existe une diversité des profils et qualifications pour les médecins urgentistes. Ceci est lié à l'histoire et l'évolution de la discipline.

o Diversité des qualifications :

Les arrêtés royaux de 1998 fixent les normes d'agrément auxquelles doivent répondre le staff médical d'un service d'urgence type SUS³⁰, PPCU³¹ et de la fonction SMUR³². Ainsi, peut prêter dans ces fonctions, le médecin urgentiste :

- Porteur du Brevet de Médecine Aiguë (BMA)³³.
- Spécialiste en Médecine d'Aiguë (SMA)³⁴.
- Spécialiste en Médecine d'Urgence (SMU)³⁵.
- Candidat spécialiste SMU ou SMA en deuxième année de formation.
- Porteur du Titre Professionnel Particulier de médecin Spécialiste en médecine d'Urgence (TPPSU)^{36, 37} (cf. annexe 5).

³⁰ AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

³¹ AR 1998-4-27, art. 1; ED:19/06/1998.

³² AR 1998-8-10 ; ED 02/09/1998.

³³ Arrêté ministériel fixant 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 AM 2005-2-14, art. 6; ED: 04/03/2005.

³⁴ AM 2005-2-14, art. 2; ED: 04/03/2005.

³⁵ Ibid.

³⁶ Ibid.

³⁷ Liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, AR 1991-11-25, art.2; ED : 19-04-2014.

Compte tenu de la carence d'urgentistes possédant ces qualifications, l'arrêté royal du 27 AVRIL 1998 a prévu des dispositions transitoires, prolongées jusqu'au 31 décembre 2020, permettant à divers spécialistes d'assurer la permanence médicale. Ainsi, peuvent prester aux urgences, les médecins spécialistes³⁸:

- Anesthésiste-réanimateur
- Interniste
- Cardiologue
- Gastro-entérologue
- Pneumologue
- Rhumatologue
- Chirurgien
- Neurochirurgien
- Urologue
- Chirurgien orthopédiste
- Chirurgien plastique
- Pédiatre
- Neurologue
- Gériatre³⁹
- Candidat spécialiste en troisième année de formation de ces mêmes spécialités, sur son lieu de stage et familiarisé aux prises en charge urgentes⁴⁰.

Ces arrêtés royaux imposent plusieurs normes de fonctionnement aux médecins urgentistes : premièrement, l'obligation de prester au moins un mi-temps dans l'institution pour maintenir ses qualifications professionnelles ; deuxièmement, l'interdiction de dépasser 24heures consécutives⁴¹ de permanence ; dernièrement, l'interdiction de cumul de garde médicale⁴², si ce n'est la fonction SUS et SMUR s'ils sont deux médecins urgentistes pour assurer ces permanences.

³⁸ AM 2005-2-14, art. 2; ED: 04/03/2005.

³⁹ AR 2006-03-05/42, art. 13, 005; ED : 01-04-2006.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ AR 2002-11-25/34, art. 5, 002; ED : 01-12-1998.

⁴² AR 2002-11-25/34, art. 4, 003; ED : 06-04-2002.

○ Pluralité des niveaux :

Le bagage professionnel et le niveau de spécialisation de chaque urgentiste sont très variables. Ils sont liés au cursus et à l'orientation. Les porteurs du Brevet de Médecine Aiguë (BMA)⁴³ ont suivi une formation mixte étalées sur deux ans de formation, théorique et pratique, de 120 heures accessible à tout médecin, qu'il soit généraliste, spécialiste ou assistant en formation. Cette formation n'est actuellement plus dispensée en Belgique.

Le Spécialiste en Médecine d'Aiguë (SMA)⁴⁴ s'est formé durant 3 ans : 18 mois dans un service d'urgence agréé, 18 mois dans les spécialités telles que l'anesthésie-réanimation, les soins intensifs, la médecine interne, la chirurgie, la pédiatrie.

Grâce aux dispositions transitoires de l'arrêté ministériel du 14/2/2005, durant les 3 ans qui ont suivi sa publication, les médecins détenteurs d'un BMA totalisant 10 000 heures de prestations en 7 ans, au sein d'un service d'urgence agréé, pouvaient obtenir le titre de SMA, se coupant ainsi de la médecine générale⁴⁵. Cette passerelle est actuellement fermée. Seule, la reconversion du médecin SMA vers la médecine générale est encore possible, le coupant aussi, ainsi, de ses prestations aux urgences sauf s'il détenait, au préalable, un brevet de BMA.

Le Spécialiste en Médecine d'Urgence (SMU)⁴⁶ a effectué 6 ans de formation dans un service d'urgence agréé, dont 12 mois aux soins intensifs.

⁴³ AM 2005-2-14, art. 6; ED: 04/03/2005.

⁴⁴ AM 2005-2-14, art. 2; ED: 04/03/2005.

⁴⁵ AM 2005-2-14, art. 7; ED: 04/03/2005.

⁴⁶ Arrêté ministériel fixant 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, AM 2005-2-14, art. 2; ED: 04/03/2005.

Le porteur du Titre Professionnel Particulier de médecin Spécialiste en médecine d'Urgence (TPPSU)⁴⁷ a réalisé au moins deux ans de formation dans un service d'urgence agréé, six mois aux soins intensifs et au moins un an dans sa spécialité principale. Ce sont des médecins spécialistes qui ont acquis une compétence particulière en soins d'urgence.

Outre ses connaissances médicales, ses compétences techniques (gestes qui sauvent, gestes de survie, gestes techniques), l'urgentiste, quelle que soit sa formation de base, doit également acquérir des compétences non-techniques indispensables pour des prises en charge qualitatives⁴⁸. En effet, l'urgentiste travaille en équipe que ce soit en extra hospitalier (service de secours :112, ambulanciers, pompiers, infirmiers, médecins, ...) ou intra hospitalier (ambulanciers, brancardiers, kinésithérapeutes, infirmiers, médecins, ...). Il doit pouvoir communiquer efficacement avec son équipe, comprendre parfaitement la situation dans sa globalité, prendre des décisions rapides et justes, donner des ordres précis et clairs aux différents intervenants, assurer la coordination de l'équipe, surveiller que les tâches ordonnées soient bien réalisées, planifier et anticiper l'évolution des situations pour réduire les délais de réaction.

L'urgentiste qui endosse ce rôle de « leader », par exemple, dans une réanimation cardiopulmonaire, est responsable de la sécurité du patient et des membres de son équipe. Ce rôle implique d'une part, la connaissance préalable des procédures, des ressources et du matériel mis à sa disposition et d'autre part, une actualisation de ses connaissances aux recommandations de bonnes pratiques.

Sans être une obligation légale, on retrouve généralement dans les Règlements d'Ordre Intérieur (ROI) des services, une obligation ou

⁴⁷ AR 1991-11-25, art2 ; ED :19-04-2014.

⁴⁸ Alfonzo A., Barelli A., Bierens J., Bossaert L., Brugger H., Cordingly M., Daviers R., Deakin R., Dickie S., Dunning J., Fullerton J., Gabbott D., Gwinnutt C., Handley A., Harris B., Haaris S., Lam J., Lippet F., Lockey D., Meyer O., Mitchell S., Monsieurs K., Nolan J., Norris E., Paal P., Pawlec J., Pitcher D., Robson R., Routledge H., Ryan M., Sandroni., Scott M., Smith G., Thies K-C., Zideman D., Directives ERC Edition 2015, « Réanimation cardiopulmonaire avancée.».

recommandation de formation continue et d'actualisation des connaissances par la participation à des formations certifiantes belges ou européennes (Advanced Life Support, European Advanced Pediatric Life Support, European Trauma Course, échographie, certificat de médecine de catastrophe et de gestion des situations d'exception...). L'échographie tend à s'intégrer à l'examen clinique de l'urgentiste.

- *Combien ? Pourquoi ?* Patientèle des urgences⁴⁹ et adressage :

La patientèle des urgences est variée et représentative de l'ensemble de la diversité des couches sociales. On observe fréquemment que c'est l'urgence ressentie par le patient qui le pousse à consulter aux urgences, indépendamment de la sévérité de la pathologie ou de son antériorité.

Il ressort des statistiques du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE Federaal Kenniscentrum), que pendant l'année 2012, un belge sur trois a consulté un service d'urgence⁵⁰. La fréquentation de ces services ne cesse de croître chaque année : 3 millions d'admissions en 2009, 3,2 millions en 2012⁵¹.

Seuls 29% de ces patients ont été référés aux urgences par un médecin généraliste. Les autres patients ont préféré le recours aux urgences, en première intention, car dans leur situation particulière de santé, les urgences leur ont paru le meilleur choix pour voir un médecin. L'article du KCE de 2016 révèle plusieurs facteurs mis en évidence pour expliquer cette préférence des patients pour les services d'urgence: une expérience positive préalable, la culture de l'immédiateté (souhait d'une prise en charge instantanée, sans attente), l'identification facile des services d'urgence par les patients, leur accessibilité 24h/24, leur technologie et technicité (avis spécialisés), et finalement des raisons financières : factures à posteriori où seul le ticket modérateur est à

⁴⁹ Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mislion, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme* » Publication - KCE Reports 263B - Health Services Research.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

payer⁵² alors qu'en médecine générale, les honoraires y sont directement perçus.

58% de la patientèle souffrent de pathologies somatiques diverses, 37% de pathologies traumatiques ou accidentelles, quelques-uns consultent pour des motifs psychosociaux (1,5%).

Sur l'ensemble des admissions, on constate que 23% des patients des urgences seront hospitalisés. Ce chiffre est en augmentation constante et varie fortement avec l'âge du patient⁵³. Ainsi 2/3 des patients de plus de 80ans sont hospitalisés après leur passage aux urgences⁵⁴. Pour les autres 77% de la patientèle, la prise en charge sera de type ambulatoire avec une période d'observation restreinte.

- *Quoi ?* La mission de l'urgentiste :

Le cœur de la mission de l'urgentiste est de dispenser des soins spécialisés et immédiats⁵⁵, à toute personne qui estime présenter un problème de santé aigu.

Le temps est un facteur clé de l'urgence. Un facteur de vulnérabilité pour l'urgentiste qu'il doit combattre. Il doit prioriser les tâches, gérer le flux, afin d'offrir au patient une opportunité thérapeutique adéquate.

Considérant la diversité des pathologies et des situations dans lesquels il est amené à intervenir, l'urgentiste dans sa mission, doit pouvoir s'adapter au caractère changeant et dynamique des prises en charges.

Pour chaque patient, l'urgentiste doit garder la maîtrise de la situation. Il doit prendre au sérieux les plaintes du patient et son état, rester à l'écoute des accompagnants.

⁵² Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mislion, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme* » Publication - KCE Reports 263B - Health Services Research.

⁵³ Schuur JD. Vankatesch AK « *The Growing Role of Emergency Departments in Hospital Admissions* » N Engl J Med 2012.

⁵⁴ Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mislion, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme* » Publication - KCE Reports 263B - Health Services Research.

⁵⁵ Ibid.

○ La mise au point diagnostique :

L'urgentiste mène une anamnèse soignée, et ambitieuse. Il relève les plaintes spontanées et réalise un travail minutieux de recherche d'informations dans son anamnèse dirigée. Il complète ses sources d'informations avec les divers intervenants et témoins : carnets de liaison, médecin traitant, confrères, ambulanciers, « *réseau santé wallon* »... L'anamnèse est une étape périlleuse dans le contexte de la médecine d'urgence. L'accès et la disponibilité d'informations déterminantes y sont quotidiennement contrariés : patients inconscients (absence de témoins), patients confus, déments, délirants, traumatisés, non collaborant... Il arrive que l'urgentiste ne signale pas dans son dossier les éléments anamnestiques négatifs par gain de temps ou pour être concis. Ceci est dommage et dommageable car l'anamnèse écrite du dossier ne reflète pas toute l'arborescence du diagnostic différentiel. L'urgentiste se heurte également à des multiples écueils linguistiques, culturels, philosophiques... Il réalise un examen clinique consciencieux et précis. Parfois, pour être plus rapide et succinct dans son descriptif, l'urgentiste ne mentionne pas tous les éléments cliniques normaux. Ceci est également préjudiciable car l'examen clinique est alors, un reflet parcellaire de la situation du patient.

Selon les éléments anamnestiques et cliniques recueillis, il établit un diagnostic différentiel élaboré adapté à l'urgence de la situation. Il fait le choix judicieux des examens complémentaires nécessaires pour avancer dans la mise au point diagnostique précautionneuse. Il sollicite les avis spécialisés requis compte tenu de ses découvertes diagnostiques.

○ Thérapeutique :

L'urgentiste prescrit les traitements adéquats selon les données actualisées de la science médicale. Il met en œuvre les solutions logistiques, matérielles et techniques selon les recommandations de bonne pratique. Il est vigilant quant au confort du patient et son antalgie. Il veille à ne pas verser dans l'acharnement thérapeutique.

○ Surveillance :

L'urgentiste veille à l'évolution du patient par une réévaluation régulière. Il anticipe les situations à risque de détérioration par des moyens techniques et humains appropriés.

○ Suivi et orientation :

Dans sa mission, l'urgentiste est responsable du suivi jusqu'à ce que le patient soit orienté dans la filière de soins, et les spécialistes, adaptés à la situation spécifique.

Le médecin urgentiste doit donc **fournir des soins spécialisés**⁵⁶ de haute qualité « *décrits comme sûrs, effectifs, centrés sur le patient, administrés en temps opportun, efficaces* »⁵⁷, respecter son **obligation de moyens**, en faisant face à la gestion du temps, des contraintes, des flux et aux pressions. Sa mission n'est donc pas d'établir à un diagnostic précis pour chaque patient. Il ne peut se substituer à chacune des spécialités médicales. Mais, sa mission est de gérer l'urgence médicale, la dépister c'est-à-dire identifier le besoin réel de soins et la traiter : agir pour préserver la vie et/ou la fonction. Il doit détecter les patients à risque de dégradation.

Les codes nomenclature de l'inami⁵⁸ 590XXX des médecins urgentistes vont également dans ce sens pour l'intra hospitalier, en ne mentionnant pas d'obligation diagnostique: « *Honoraires pour l'anamnèse, l'examen clinique, la première prise en charge et l'orientation d'un patient lors d'une admission urgente dans les locaux d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés ...* » et pour l'extra hospitalier : « *Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés ...* ».

Le défi majeur et inhérent à chaque prise en charge aux urgences est la détection précoce des patients à risque de dégradation rapide. Il existe des situations cliniques

⁵⁶ Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mislou, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme* » Publication - KCE Reports 263B - Health Services Research.

⁵⁷ Alfonzo A., Barelli A., Bierens J., Bossaert L., Brugger H., Cordingly M., Daviers R., Deakin R., Dickie S., Dunning J., Fullerton J., Gabbott D., Gwinnutt C., Handley A., Harris B., Haaris S., Lam J., Lippert F., Lockey D., Meyer O., Mitchell S., Monsieurs K., Nolan J., Norris E., Paal P., Pawlec J., Pitcher D., Robson R., Routledge H., Ryan M., Sandroni., Scott M., Smith G., Thies K-C., Zideman D., Directives ERC Edition 2015, « *Réanimation cardiopulmonaire avancée* ».

⁵⁸ www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/NomenSoft.aspx.

initialement rassurantes d'évolution dramatique en quelques heures (séquelles, décès)⁵⁹. Dans la littérature, on retrouve principalement deux approches analytiques à ce sujet : d'une part, celles qui ont privilégié la recherche de signes cliniques de gravité conseillant une surveillance du patient pendant quelques heures aux urgences pour suivre l'évolutivité de ces signes ou du patient en général. Et d'autre part, celles, qui ont établi une liste de critères de gravité qui requièrent un avis spécialisé du médecin des soins intensifs.

Ainsi, aux urgences, un diagnostic de gravité peut, parfois, s'établir sur l'existence ou l'apparition d'un seul signe clinique « isolé », non spécifique d'une pathologie mais plutôt d'une défaillance d'organe. Parmi les signes cliniques de gravité pouvant être perçus aux urgences Allo et al proposent de retenir des signes d'insuffisance circulatoire aiguë ou respiratoire aiguë, des signes de gravité d'une atteinte neurologique aiguë, d'un abdomen douloureux, d'une insuffisance rénale aiguë, des signes de gravité hématologiques. En leur présence, il conseille une surveillance de quelques heures pour observer une éventuelle évolutivité de la pathologie du patient. Pour faciliter la compréhension de ces signes, nous les intégrons dans l'algorithme de prise en charge « *ABCDE* » des patients critiques de l'European Resuscitation Council (ERC) qui expose les critères selon l'urgence du traitement requis : « *traiter d'abord, ce qui tue d'abord* ».

A « *airway* » : voie aérienne supérieure : présence de signes laryngés (œdème, tumeur, corps étranger...)

B « *breathing* » : insuffisance respiratoire aiguë :

- Symptômes de dyspnée et d'hémoptysie.
- Fréquence respiratoire (> 30 /min, < 12/min).
- Tirage (sus-claviculaire et intercostal, utilisation des muscles scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens, signes de respiration paradoxale).
- Oxygénation : Saturation percutané en Oxygène de l'hémoglobine (SpO₂), cyanose.

⁵⁹ Allo J.-C., Claessens Y.-E., Dhainaut J-F. « *Critères cliniques de gravité aux urgences* » Médecine d'urgence 2006, p 521-530

C « circulation » : insuffisance circulatoire aiguë :

- Pouls (amplitude et fréquence : faible et filant, rapide ou lent).
- Précharge (turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire).
- Pression artérielle (basse, différentielle pincée ou élargie, orthostatisme).
- Perfusion périphérique :
 - o Téguments :
 - Sudation.
 - Peau froide, marbrée ou chaude.
 - Pâleur cutanéomuqueuse.
 - o Veines périphériques mal visibles, difficiles à ponctionner.
 - o Sensation de soif.
- Souffle diastolique aortique nouveau (dissection aortique à exclure selon le contexte clinique).

D « disability » : signes de gravité d'une atteinte neurologique aiguë :

- Malaise, agitation avec anxiété et/ou agressivité parfois isolée.
- Troubles de la vigilance, du sommeil ou du comportement, coma.
- Astérisis (encéphalopathie hypercapnique ou hyperammonémique).
- Hémogluco-test.
- Score de Glasgow.
- Signes neurologiques suspects (asymétrie pupillaire, paralysie oculomotrice, déficits focaux, mouvements d'enroulements ou de décérébrations ou présence de signes de dérèglements végétatifs, d'irritation pyramidale, des convulsions).

E « exposure » : mesure et recherche au niveau de la peau ou des muqueuses :

- Température corporelle.
- Recherche systématique (et répétée) de lésions purpuriques, d'ecchymoses et des signes de diathèse hémorragique.

F « filtration » : signe de gravité d'une insuffisance rénale aiguë : chute de la diurèse, hyperkaliémie (ECG).

G « gastroenterology - gynecology » : signe de gravité d'un abdomen douloureux :

- Contracture généralisée, ventre de « bois ».
- Contracture localisée, défense abdominale.

H « hematology » : signes de gravité hématologiques :

- Coagulopathie de consommation (thrombopénie, hypofibrinémie, diminution des facteurs du complexe thrombinique).
- Anémie.
- Thrombopénie.

Vranckx et al⁶⁰ ont publié en 2010 une liste de critères de gravité potentielle (cf. annexe 6) répartie en 11 sous-groupes en fonction des différents critères de gravité mis en évidence « *airway, breathing, circulation, disability, traumatologie, toxicologie, système digestif, endocrinologie, troubles ioniques et fonction rénale, gynécologie et obstétrique, divers* ». L'urgentiste doit rechercher chez son patient les critères de gravité potentielle et, en leur présence, ils suggèrent de demander l'avis du confrère intensiviste.

En 2013, le Dr Bruneau a publié un abstract sur la détection des patients à risque de dégradation précoce en salle d'hospitalisation⁶¹. Sur 34 admissions différées aux soins intensifs, 31 patients présentaient au moins un critère de gravité et sur les 7 patients décédés en salle d'hospitalisation, 4 présentaient un de ces critères. 85% de ces patients auraient donc pu être dépistés lors de leur passage aux urgences sur base de la grille de Vranckx et al.

⁶⁰ Vranckx M, Payen B. « *Can emergency physicians improve detection of patients requiring intensive care?* » [Abstract presented at the BESEDIM symposium]. Acta Clin Belg 2010;65(2):37.

⁶¹ Bruneau M., Vranckx M. Devriendt J. : « *L'urgentiste peut-il améliorer la détection des patients à risque de se dégrader précocement en salle d'hospitalisation ?* » Acta Clinica Belgica, 2013 ; 68-6

Cardoso et al⁶² ont montré une augmentation significative du taux de mortalité chez les patients admis de manière retardée aux soins intensifs. Ainsi, chaque heure d'attente avant l'admission aux soins intensifs est indépendamment associée à une augmentation de 1,5% du risque de mortalité aux soins intensifs.

Le Dr Bruneau propose dans son mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du titre de Spécialiste en Médecine d'Urgence une liste « améliorée » de critères de gravité potentielle tenant compte des patients qui ont échappé à cette détection. Cette liste reprend 102 critères de gravité répartie en 13 sous-catégories (airway, breathing, circulation, disability, traumatologie, toxicologie, système digestif, endocrinologie, troubles ioniques et fonction rénale, gynécologie et obstétrique, divers, infectiologie, hématologie). En utilisant, dès l'admission aux urgences une liste sensible de critères de gravité potentielle, les urgentistes pourraient améliorer la prise en charge de ces patients à risque de dégradation en demandant l'avis aux confrères intensivistes.

Airway :

1. Traumatisme facial avec obstruction des voies respiratoires supérieures.
2. Epiglottite aiguë.
3. Œdème de Quincke (œdème labial, lingual ou laryngé).

Breathing - Système respiratoire :

4. SpO₂ < 93% sans documentation de chronicité.
5. Embolie pulmonaire (scintigraphie ou angioscanner) et TA systolique < 90 mmHg ou marbrures ou au moins 2 signes parmi les suivants : turgescence jugulaire, syncope, PaO₂ < 60 mmHg ou SpO₂ < 90%, tachycardie > 120/minutes en l'absence de fièvre, extrémités froides, cyanose ou score d'Aujesky > 85 (cf. annexe 7).
6. Dyspnée avec PH initial < 7,32 ou PaO₂ initiale < 60 mmHg ou SpO₂ initiale < 90%.
7. Dyspnée avec persistance après traitement initial de PH < 7,35 ou PaO₂ < 80 mmHg ou SpO₂ < 95%.
8. Dégradation respiratoire avec augmentation PaCO₂ > 10 mmHg ou chute PH > 0,1.

⁶² Cardoso LT, Grion CM, Matsuo T, Anami EH, Kauss IA, Seko L et al. « *Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study* ». Crit Care 2011;15(1):R28.

9. Hémoptysie avec TA systolique < 100 mmHg ou fréquence cardiaque (FC) > 140/min ou SpO2 < 93%.
10. Insuffisance respiratoire et altération de conscience (Glasgow Coma Scale GCS < 8).
11. Asthme et incapacité à parler ou fréquence respiratoire (FR) > 30/min ou SpO2 < 90% ou PaO2 < 60 mmHg ou PaCO2 > 45 mmHg ou FC > 120/min ou tirage intense.
12. Nécessité de ventilation non invasive.
13. Nécessité d'aérosolthérapie = ou > 6 x/j.
14. Nécessité de bronchoaspiration > 3 x/j.
15. Pneumonie communautaire et Pneumonia Severity Index (cf. annexe 8) = ou > 5.
16. Pneumonie nosocomiale.

Circulation – Système cardiovasculaire :

17. Infarctus myocardique aigu SCA STEMI < 72 h.
18. Choc cardiogénique (TA systolique < 90 mmHg).
19. Fibrillation auriculaire > 140/min.
20. Bloc auriculo-ventriculaire complet III ou bloc auriculo-ventriculaire II Mobitz 2.
21. Bradycardie < 45/min ou mal tolérée (symptomatique ou TA systolique < 90 mmHg).
22. Tachycardie ventriculaire (> 3 complexes larges successifs).
23. Torsade de pointe.
24. Œdème Pulmonaire Aigu (dyspnée brutale et SpO2 < 93% ou Killip 3 ou 4).
25. Crise hypertensive (TA systolique > 200 mmHg ou diastolique > 100 mmHg ou moyenne > 130 mmHg) avec altération de conscience (GCS < 12) ou dyspnée (FR > 20/min ou SpO2 < 93%) ou douleur thoracique ou convulsions ou créatinine > 2 mg/dl.
26. Douleur thoracique nitrosensible ou suspecte d'angor et score TIMI = ou > 3 (cf. annexe 9).
27. Suspicion de pathologie cardiaque et troponine > 0,09 ng/ml.
28. Suspicion d'arythmie potentiellement grave (syncope à l'emporte-pièce), nécessité de monitoring cardiaque.
29. Arrêt cardiaque récupéré.
30. Tamponnade cardiaque (épanchement péricardique et turgescence jugulaire ou TA systolique < 100 mmHg).

31. Anévrisme aortique disséquant ou rompu.
32. Myocardite aiguë (diagnostic par cardiologue).
33. Médiastinite.
34. Choc distributif allergique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).
35. Choc septique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).
36. Choc hypovolémique ou hémorragique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).

Disability - Neurologie :

37. Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique et GCS < ou = 8.
38. AVC ischémique et thrombolyse.
39. AVC hémorragique < 48 h avec effet de masse (effacement des sillons, compression ventriculaire ou engagement) et absence d'indication opératoire (après contact neurologue ou neurochirurgien).
40. Coma d'origine métabolique, toxique ou anoxique et GCS < ou = 8.
41. Hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë sans indication opératoire.
42. Méningite ou encéphalite.
43. Syndrome de Guillain-Barré.
44. Etat de mal épileptique (convulsions continues ou 2 crises espacées < 5 minutes).
45. Epilepsie non contrôlée (2 crises ou plus en 24 h).
46. Sevrage éthylique avec risque de delirium tremens (score de sevrage = ou > 14).
47. Mort cérébrale avérée ou potentielle avec susceptibilité de don d'organe.

Traumatologie :

48. Hémopneumothorax.
49. Contusion pulmonaire.
50. Pneumothorax bilatéral.
51. Traumatisme hépatique.
52. Traumatisme splénique.
53. Traumatisme pancréatique.
54. Pneumopéritoine traumatique.
55. Traumatisme rénal.

56. Traumatisme du bassin dit « instable » (livre ouvert) ou avec TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min.
57. Fracture vertébrale instable.
58. Fracture du crâne.
59. Contusion du parenchyme cérébral.
60. Traumatisme crânien et hématome/hémorragie intracrânien(ne) ou GCS < ou = 8 ou diminution du GCS > 2 points par rapport à l'admission ou agitation nécessitant une sédation.
61. Traumatisme médullaire.
62. Crush syndrome, rhabdomyolyse sévère, syndrome des loges.

Toxicologie :

63. Intoxication et GCS < ou = 8.
64. Intoxication et FC > 140/min ou FC < 60/min ou TA systolique < 100 mmHg ou SpO2 < 93% ou FR < 10/min ou glycémie < 60 mg/dl.
65. Intoxication ayant nécessité l'administration de Naloxone ou d'Anexate pour dépression respiratoire.
66. Intoxication médicament du système cardiovasculaire et ingestion supposée > 10 x la dose unitaire.
67. Intoxication par des antidépresseurs Tricycliques, des Neuroleptiques ou des Barbituriques et ingestion supposée > 5 x la dose unitaire.
68. Intoxication Paracétamol et ingestion supposée > 10 gr ou paracétamolémie toxique (normogramme de Rumack Matthew cf. annexe 10).
69. Intoxication par hypoglycémiant et dose ingérée ou injectée supposée > 5 x la dose unitaire.
70. Intoxication par Organophosphoré.
71. Intoxication par Cyanure.
72. Intoxication par Fluorure ou ingestion de caustique.
73. Intoxication par Lithium et dose ingérée supposée > 5 x la dose unitaire.
74. Intoxication et épisode convulsif.

Système digestif :

75. Hémorragie digestive haute ou basse et TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min.

- 76. Hémorragie digestive haute et vaisseau visible ou saignement actif à l'endoscopie.
- 77. Hémorragie digestive haute sur varices œsophagiennes.
- 78. Hémorragie digestive haute ou basse et délai avant réalisation de l'endoscopie > 4h.
- 79. Insuffisance hépatique et hyperammoniémie avec GCS < ou = 10.
- 80. Pancréatite aiguë et score de Ranson > 3 (cf. annexe 11).
- 81. Perforation œsophagienne.

Endocrinologie :

- 82. Acidocétose diabétique (PH < 7,32).
- 83. Coma hyperosmolaire (glycémie > 800 mg/dl).
- 84. Crise thyrotoxique aiguë ou coma myxœdémateux avec instabilité hémodynamique.

Troubles ioniques – fonction rénale :

- 85. Hypercalcémie > 15 mg/dl.
- 86. Hyponatrémie < 120 meq/litre.
- 87. Hypernatrémie > 160 meq/litre.
- 88. Hypo ou hypermagnésémie avec arythmie.
- 89. Hypokaliémie < 3 meq/litre.
- 90. Hyperkaliémie > 6 meq/litre.
- 91. Hypophosphatémie et faiblesse musculaire clinique.
- 92. Insuffisance rénale aiguë et créatinine > ou = 2,5 mg/dl (non documentée au préalable).

Gynécologie – Obstétrique :

- 93. Eclampsie ou prééclampsie.
- 94. Hémorragie de la délivrance.
- 95. HELLP syndrome.
- + (la grossesse extra-utérine⁶³).

⁶³ Allo J.-C., Claessens Y.-E., Dhainaut J-F. « Critères cliniques de gravité aux urgences » Médecine d'urgence 2006, p 521-530

Divers :

96. Noyade et infiltrat radiologique ou SpO₂ < 93%.
97. Electrification avec trajet supposé intrathoracique ou intracrânien.
98. Hypothermie < 32°C.
99. Hyperthermie > 40,5°C.
100. Brûlés > ou = 50 UBS (Unité de Brûlure Standard) ou les « brûlés respiratoires ».

Infectiologie :

101. Malaria à Plasmodium falciparum avec au moins un critère de paludisme grave.

Hématologie :

102. Syndrome thoracique aigu drépanocytaire (douleur thoracique, symptômes respiratoires, fièvre modérée et nouvel infiltrat radiologique).

Toutefois, malgré ses devoirs professionnels, le médecin urgentiste doit faire preuve de parcimonie et éviter de tomber dans le travers et excès d'une médecine défensive : multiplication des examens complémentaires et avis spécialisés, non pour le bien du patient mais pour éviter les critiques ultérieures. Ces surconsommations médicales engendrent des coûts supplémentaires et inutiles dans le budget des soins de santé. Le médecin urgentiste encourt un risque réel à cet égard. Il doit limiter ses investigations à ce qui est nécessaire.

- *Comment ?*

Il existe deux principales modalités aux prises en charge urgentes : les prises en charges individuelles ou collectives.

○ L'urgence individuelle :

L'urgence individuelle est la pratique usuelle et normalisée de la médecine. Les moyens humains, techniques et structurels coïncident aux risques quotidiens et ordinaires des individus. L'obligation de moyen y est entière. Chaque patient bénéficie individuellement d'une prise en charge optimale, adaptée à sa situation. Celle-ci s'exerce dans le contexte existant des capacités standardisées par les agréments.

La qualité de l'organisation interne du service des urgences reprend les notions de triage ou de priorisation des soins, d'adéquation du personnel médico-infirmier à la charge de travail et d'adéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.

La durée de passage aux urgences est directement liée à l'efficacité des intervenants et des services connexes (laboratoire, radiologie, ...).

Cette capacité structurelle est régulièrement saturée. Selon l'étude nationale menée en 2014 sur l'« *Overcrowding* »⁶⁴ ou l'encombrement des services d'urgences, la prise en charge individuelle aux urgences relève de 3 variables : « *l'entrée (input), le séjour (throughput) et la sortie (output)* ». Les « *entrées* » constituées par le nombre d'admissions horaires du service, le « *séjour* » par la durée de passage au sein des urgences et la « *sortie* » par le flux des sortants vers les étages d'hospitalisations ou les soins ambulatoires.

Dans cette étude, le principal facteur mis en évidence pour expliquer l'encombrement des services d'urgence est la difficulté avec l'aval hospitalier (disponibilité des lits d'hospitalisation).

D'autres facteurs explicatifs de l'overcrowding sont un « *input* » engorgé par un grand nombre de patients sans problème de santé aigu, un adressage aux urgences par des médecins en vue d'accélérer une prise en charge ou une hospitalisation élective et finalement, une limitation liée directement à la place disponible pour accueillir les patients.

Cet encombrement des salles d'urgence entraîne un stress accru pour les intervenants. L'allongement du temps d'attente et le mécontentement des patients engendrent des tensions entre les soignants, les patients et leurs familles.

⁶⁴ Winkin V., Steenebruggen F., Paternostre S., Ghuysen, A., Melot, C., Verschuren, F., (2014) « *The Belgian National Overcrowding Study: a survey on Emergency Department sent to their Directors. Part 1: definition, frequency, causes and consequences of overcrowding* ».

Cette surcharge a des conséquences qualitatives et en termes de morbi-mortalité pour les patients :

- Retard dans la thérapie.
- Retard dans la reconnaissance de la détérioration de l'état du patient, liés à un mauvais pronostic.
- Soins médicaux en zones de triage, couloirs et espace improvisés⁶⁵.
- Augmentation de ⁶⁶:
 - « la mortalité hospitalière.
 - les délais de mise en route d'une antibiothérapie.
 - les délais de mise en route d'un traitement antalgique ».
- « La mortalité à 10 jours est augmentée (OR :1,34) lors d'une admission en cas de surcharge de la SU et peut quasiment doubler pour les patients de 70-80ans »⁶⁷.
- « La mortalité à 7 jours de patients est augmentée en cas de surcharge de l'hôpital avec comme facteurs prédictifs indépendants une durée de séjour aux urgences plus longues et une durée d'attente d'un praticien plus importante »⁶⁸.
- « En 2011, 2,3% des patients ont quitté les urgences sans avis médical »⁶⁹ alors qu'ils pouvaient « devenir gravement malades à l'extérieur de l'hôpital »⁷⁰.

-Le triage ou priorisation des soins :

Le triage est une notion provenant de la médecine de guerre. Elle déterminait sur le champ de bataille les blessés pouvant être soignés, transportés, de ceux qui ne le pouvaient pas. Avec l'amélioration des techniques de prise en charge, cette notion a évolué pour identifier les blessés graves devant être transférés vers une structure plus lourde. Cette méthodologie a ensuite été déclinée pour la médecine civile⁷¹.

⁶⁵ Cowan RM, Trzeciak S. « Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critical ill » Crit Care. 2005 Jun ; 9(3) : 291–295.

⁶⁶ Kulstat E et al. « ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors » Am.J. Em. Med, 2010,38,304-9 ; Bernstein S. et al. « The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes » Aca. Em. Med. 2009, 16,1-10.

⁶⁷ Richardson, D. B. et al. « increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding » MJA,2006, 184, 213-6.

⁶⁸ Sprivulus PC et al., « The Association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments » MJA,2006,184 :208-12.

⁶⁹ Winkin V., Steenebruggen F., Paternostre S., Ghuysen, A., Melot, C., Verschuren, F., (2014) « The Belgian National Overcrowding Study: a survey on Emergency Department sent to their Directors. Part 1: definition, frequency, causes and consequences of overcrowding ».

⁷⁰ Cowan RM, Trzeciak S. « Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critical ill » Crit Care. 2005 Jun ; 9(3) : 291–295.

⁷¹ P.M. Roy, Y. Lannehoa, « Le triage aux urgences » Réanimation 2002 ; 11 : 480-5.

Ainsi, lors d'afflux de patients aux urgences dépassant la capacité d'accueil du service, il est impossible pour l'équipe médico-infirmière, de prendre en charge immédiatement tous les patients entrants. Face à ce constat, les sociétés de médecine d'urgence recommandent l'instauration d'un système de triage⁷².

Ce triage a pour but l'identification des patients instables qui ne peuvent attendre, des patients stables dont la prise en charge peut être différée sans risque⁷³. Il y a donc **en salle d'urgence dans le cadre de l'urgence individuelle**, une inversion du but initial du triage militaire avec un priorisation aux soins pour les patients très graves laissés anciennement sans soins sur le champ de bataille⁷⁴.

Ce triage est principalement réalisé par le nursing avec l'appel possible à un médecin référent. L'objectif de ce triage n'est pas de poser un diagnostic mais de déterminer pour chaque patient une catégorisation, priorisation à la prise en charge médicale pour installer et orienter les patients, dans le délai le plus adapté à leur état de santé, dans la filière de soins requise. La catégorisation d'un patient doit être régulièrement revue⁷⁵ puisque la situation de santé d'un patient évolue⁷⁶. Le triage est donc un processus dynamique et continu⁷⁷.

Plusieurs échelles de triage sont validées dans la littérature et largement utilisées selon les pays : l'échelle de Manchester en Grande-Bretagne⁷⁸, l'Australian Triage Scale

⁷² Rutschmann O.T., Siever R.S., Hugli O.W., « *Recommandations de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse* ». Bulletin des médecins suisses 2009 ;90 :46.

⁷³ Jelinek GA. « *Towards an international Triage Scale* ». Eur J Emerg Med 2001 ; 8 : 1-2.

⁷⁴ P.M. Roy, Y. Lannehoa, « *Le triage aux urgences* » Réanimation 2002 ; 11 : 480-5.

⁷⁵ Beveridge R, Clarke B, Janes L, Sawage N, Thompson J, Dodd G, et al. « *Implementation guidelines for the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS)* ». Available at : [http : //www.caep.ca/002.policies/002-02.CTAS/ CTAS-guidelines.html](http://www.caep.ca/002.policies/002-02.CTAS/CTAS-guidelines.html). (version française) ETG. *Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation* ». Available at : [http : //www.urgenet.qc.ca/tabmat.html](http://www.urgenet.qc.ca/tabmat.html).

⁷⁶ Subcommittee on National Triage Scale of the American College of Emergency Physicians. « *A uniform Triage Scale in Emergency Medicine* ». 1999, June. Available at : [http : //www.acep.org/2,2729,0.html ? ext=.pdf](http://www.acep.org/2,2729,0.html?ext=.pdf).

⁷⁷ P.M. Roy, Y. Lannehoa, « *Le triage aux urgences* » Réanimation 2002 ; 11 : 480-5.

⁷⁸ Mackway-Jones K. « *Emergency triage* ». 2nd edition. Manchester Triage Group. BMJ Publishing Group. 2006.

(ATS) en Australie⁷⁹, la Canadian and Triage Acuity Scale (CTAS) au Canada⁸⁰, l'Emergency Severity Index (ESI) et la CTAS aux USA⁸¹, l'ESI ou l'Echelle Suisse de Tri (EST) en Suisse⁸² ou encore l'Echelle Lausannoise de Tri et de Gravité (ELTG)⁸³, la Classification « Infirmières » de Malades des Urgences (CIMU) en France⁸⁴. En Belgique, une Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission (ELISA, cf. annexe 12) a été proposée comme outil de tri applicable aux services d'urgence⁸⁵. L'algorithme de cette échelle ELISA est réalisable en 2 minutes et tient compte des « *types de symptômes et de leur importance, de l'état des paramètres fonctionnels, tout en étant dénuée de toute relation au diagnostic. Elle est modulable par l'inspection visuelle du patient par l'opérateur, pour fournir un indice global et intégré de l'état d'urgence depuis le niveau 1 (urgence absolue) jusqu'au niveau 5 (urgence différée).*

U1 : urgence vitale immédiate. Dysfonction isolée ou associée des organes vitaux. A titre d'exemple, l'état comateux, une tachycardie sévère avec hypotension ou choc, une dyspnée de grade IV.

U2 : urgence rapide. Une dysfonction susceptible de mettre en jeu le pronostic vital. Le patient doit être pris en charge dans les 15 minutes. Par exemple, le traumatisme abdominal sans hypovolémie immédiate.

U3 : urgence réelle. La plainte exprimée est inaugurale, mais ne semble pas compromettre le pronostic vital. Le patient doit être pris en charge dans les 60 minutes

⁷⁹ Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. « *The australasian triage scale. Emergency Medicine* » (Fremantle, W.A.) 2002; 14:(3)335–6.

⁸⁰ Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. « *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines* ». Can J Emerg Med, 2004;6 (6):421–7.

⁸¹ Fernandes C, Tanabe P, Gilboy N, Johnson L, McNair R, Rosenau A et al. « *Five level triage: a report from the ACEP/ENA five level task force* ». Journal of Emergency Nursing. 2005;31(1):39–50.

⁸² Rutschmann OT, Hugli O, Geissbuhler A, Kossovsky M, Simon J, Sarasin FP. « *Standardization of vital signs measurement during the triage process improves triage reliability* ». Ann Emerg Med. 2008;52:167–168.

⁸³ Hugli O, Moujber M, Simon J, Geissbuhler A, Yersin B, Sarasin F et al. « *Analyse de la fiabilité et de la performance de deux échelles de tri à l'aide d'un simulateur informatique* ». Journal Européen des Urgences. 2008;21:A107.

⁸⁴ Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei C, Tran Duc C, Le Gall JR. « *Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants* ». Réanim Urg 1997 ; 6 : 433-42.

⁸⁵ J. Jobe, A.Ghuysen, V.D'Orio, « *ELISA : Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission* » Rev Med Liège 2012 ;67 :12 :632-637.

de son admission. C'est le cas notamment d'une douleur abdominale dont le niveau sur l'échelle visuelle analogique est inférieur à 7 sur 10.

U4 : urgence relative. La pathologie est connue et nécessite une réévaluation avec réadaptation du traitement en cours. La prise en charge doit être opérée dans les 120 minutes. C'est le cas d'une douleur de type angineuse survenue à l'effort chez un coronarien connu ou encore une exacerbation de dyspnée chez un patient BPCO.

U5 : absence d'urgence. Les plaintes sont mineures ou triviales et l'arrivée aux urgences est dictée par des motifs sociaux ou résulte d'une difficulté d'accès aux filières programmées de soins.

Les délais associés à la catégorisation de l'état d'urgence sont évidemment arbitraires et reflètent l'état d'un consensus régional de bonne gestion en cas d'encombrement du service des urgences »⁸⁶.

Selon leur catégorisation, les patients sont orientés dans des filières de soins adaptées à leur état clinique. Les U1 en salle de déchoquage ou salle de réanimation des urgences, les U2 et U3 vers des salles de soins couchés monitorisables, les U4 dans une filière ambulatoire et finalement les U5 vers la salle d'attente pour être pris en charge au fur et à mesure selon les possibilités dans la filière ambulatoire ou les consultations de polyclinique. La proportion de patients U3, U4 et U5 représentent 81% de l'activité, 6 % U1, et 13% U2⁸⁷.

Quelle que soit l'échelle de tri utilisée, elle doit avoir prouvé sa validité, sa reproductibilité, sa fiabilité dans des études pour réduire au maximum le risque de sur- et sous-évaluation au moment du tri. Ne tenir compte que des simples plaintes pour prioriser les patients conduit à un taux d'erreur important en termes de morbidité et mortalité⁸⁸. Il est impossible de dire, sans un minimum de prise en charge au tri, qu'un patient est à considérer comme non urgent et peut attendre indéfiniment en salle d'attente.

⁸⁶ J. Jobe, A.Ghuysen, V.D'Orio, « ELISA : Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission » Rev Med Liège 2012 ;67 :12 :632-637.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Raven M.C et al. « Comparison of presenting complain vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » emergency departments visits » JAMA (2013) 309,11 :1145-53.

En 2013, les experts de la Société Française de Médecine d'Urgence ont émis d'autres recommandations concernant le triage aux urgences⁸⁹ :

- Les patients et les accompagnants doivent être informés sur la durée prévisible approximative de leur attente, au terme du triage.
- Les indicateurs de qualité :
 - Le délai avant le premier contact médical est un indicateur de qualité de l'organisation des soins.
 - Le pourcentage de prises en charge médicale dans le délai indiqué par le triage est un indicateur de qualité de l'organisation de la SU, bien que souvent peu respecté.
- La charge de travail au tri : à partir de 5 à 8 patients triés par heure, l'infirmière doit être dédiée exclusivement à cette mission, et au-delà de ce nombre de patients triés, elle doit bénéficier d'un renfort.
- L'électrocardiogramme (ECG) : devant une douleur thoracique évoquant un syndrome coronarien, l'ECG doit être réalisé dans les 10 minutes et présenté immédiatement à un médecin. (L'ECG ne fait pas encore partie de l'échelle ELISA).

L'intérêt d'un tri médico-infirmier est actuellement controversé en termes de réduction de la morbi-mortalité. Les études constateraient :

- Une accélération de la prise en charge pour les patients ambulants et les patients graves^{90, 91, 92, 93}.

⁸⁹ C. Maillard-Acker, C.Choquet, P.Gillet, D.Pateron, J.Perrin, P. Taboulet, A.Trinh-Duc, « *Le triage en structure des urgences* », Recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence 2013.

⁹⁰ Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. « *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments* ». Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2011;19:43.

⁹¹ Han JH, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D. « *The effect of physician triage on emergency department length of stay* ». J Emerg Med. 2010 Aug; 39(2):227-33.

⁹² Russ S, Jones I, Aronsky D, Dittus RS, Slovis CM. « *Placing physician orders at triage: the effect on length of stay* ». Ann Emerg Med. 2010 Jul;56(1):27-33.

⁹³ Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. « *Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial* ». Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):702-8.

- L'absence d'amélioration du temps de séjour en SU des patients hospitalisés^{94, 95}.
- Une réduction des départs de patients sans avis médical⁹⁶.
- Une amélioration de la catégorisation infirmière^{97, 98}.
- Une diminution des erreurs de prise en charge lors de la transmission des informations entre deux soignants médicaux en comparaison à des prises en charge « *mono médecin* ». La transmission d'informations permettrait d'introduire une contradiction et une amélioration qualitative⁹⁹.

-La charge médicale de travail :

Le Code de déontologie médicale indique en son article 35 sur la qualité des soins :

*« Sauf cas de force majeure, le médecin ne peut exercer sa profession dans des conditions qui pourraient compromettre la qualité des soins et des actes médicaux. Hors l'urgence, le médecin ne peut prendre en charge un nombre de patients tel qu'il ne pourrait assurer à chacun d'entre eux des soins attentifs, consciencieux et respectueux de la personne humaine »*¹⁰⁰.

Pour des soins efficaces et rapides aux urgences, l'arrêté royal¹⁰¹ fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction SUS précise : « *le nombre de médecins participant à la permanence médicale doit être adapté à l'intensité de l'activité de la fonction* ».

Un référentiel établi par le Samu - Urgences de France en 2011 sur les ressources médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence donne le ratio

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. « *The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review* ». Acad Emerg Med. 2011 Feb;18(2):111-20.

⁹⁶ Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. « *Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen* ». Ann Emerg Med. 2005 Dec;46(6):491-7.

⁹⁷ Quitt J, Ryser D, Dieterle T, Luscher U, Martina B, Tschudi P. « *Does nonmedical hospital admission staff accurately triage emergency department patients?* » Eur J Emerg Med. 2009 Aug;16(4):172-6.

⁹⁸ Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. « *ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature* ». Am J Emerg Med. 2011 Mar;29(3):333-45.

⁹⁹ https://www.absym-bvas.be/images/seminaire/Presentation_MOREL.pptx. C. Morel : « *Les métarègles de la fiabilité* ». Consultation le 27-11-2017.

¹⁰⁰ <https://www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/qualit%E9-des-soins>. Consultation 03/09/2017.

¹⁰¹ Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

de 1,6 patients par heure et par médecin comme rythme moyen pour un médecin senior du service des urgences dont 85% des patients sont vus entre 8h00 et 0h00¹⁰².

La moitié des SUS belges compte moins de 20 000 admissions/an (soit 55 patients/jour)¹⁰³. Ces SUS, hors agrément SMUR, devraient disposer d'au moins 2 médecins urgentistes la journée et 1 la nuit pour faire face à l'affluence des patients.

-La capacité d'accueil :

L'infrastructure des urgences permet d'accueillir la diversité du flux des patients au sein de salles spécialisées et adaptées aux pathologies. Ces services sont conçus pour optimiser le « *workflow* » : triage rapide, stabilisation, traitement initial, surveillance et orientation des patients. L'infrastructure n'est pas étudiée pour dispenser des soins prolongés.

La capacité d'accueil du service des urgences peut être diminuée par l'encombrement des salles d'examen, suite au manque de disponibilité des lits d'hospitalisation en aval. Cette saturation des urgences par des patients à transférer entraîne d'une part, une réduction des possibilités de rotation des patients, au sein du service. D'autre part, elle « *surmobilise* » les équipes en termes de soins et de logistique. Or, les services ne sont ni conçus, ni équipés pour cela¹⁰⁴.

Parmi les solutions évoquées pour lutter contre l'overcrowding au sein des urgences, on retrouve, entre autres :

- La mise en place d'une filière courte pour les patients les moins graves permettant l'amélioration de l'efficacité du service et diminuant aussi les durées de prise en charge des patients les plus graves¹⁰⁵.

¹⁰² « *Ressources médicales et non médicales des structures d'urgence* » – Samu-Urgences de France – Novembre 2011. <http://www.samu-urgences-de-france.fr>. Consultation 03/09/2017.

¹⁰³ Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Misplon, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme » Publication - *KCE Reports 263B* - Health Services Research.

¹⁰⁴ Cowan RM, Trzeciak S. « *Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critical ill* » *Crit Care*. 2005 Jun ; 9(3) : 291–295.

¹⁰⁵ Devkaran S. et al « *The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes : a middle eastern emergency department perspective* » *BMC Emergency Medicine* 2009,9 :11.

- La création de services d'attente tampons entre les urgences et les autres services hospitaliers.
- Une meilleure visibilité sur la disponibilité des lits hospitaliers au départ des urgences.
- L'adaptation de l'activité programmée à l'activité non programmée et non l'inverse, comme trop souvent^{106, 107}.

Il est à noter qu'en France, adosser des maisons médicales de médecine générale de garde aux services d'urgence n'a pas apporté la preuve d'une efficacité pour désengorger les services¹⁰⁸.

- o L'urgence collective :

-Préhospitalière :

En matière de prise en charge collective, l'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (cf. annexe 13) définit la **situation d'urgence** comme étant « *tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner des conséquences dommageables pour la vie sociale, comme un trouble grave de la sécurité publique, une menace grave contre la vie ou la santé de personnes et/ou contre des intérêts matériels importants, et qui nécessite la coordination des disciplines afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes* »¹⁰⁹.

Dans les situations d'urgence collective préhospitalière, il existe cinq disciplines.

Chacune d'entre elle procède selon un plan d'intervention monodisciplinaire.

La discipline 1 est constituée des services publics d'incendie et de la protection civile.

Ils gèrent les opérations de secours sur le site de la crise.

¹⁰⁶ F. Braun, D Pateron, M Giroud. « Note de synthèse. Surcharge des structures des Urgences et gestion des hospitalisations ». Samu-Urgences de France-16/09/2013.

¹⁰⁷ Winkin V., Steenebruggen F., Paternostre S., Ghuysen, A., Melot, C., Verschuren, F., (2014) « *The Belgian National Overcrowding Study: a survey on Emergency Department sent to their Directors. Part 1: definition, frequency, causes and consequences of overcrowding* ».

¹⁰⁸ A.Ricard-Hibon, P. Petit. 1ere assises de l'urgences SAMU-Urgences de France. 13/9/2012 :« Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? »

¹⁰⁹ AR 2006-02-16 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (M.B. 15.03.2006).

La discipline 2 reprend l'action des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux. On y retrouve les médecins urgentistes qui y participent dans le cadre de leur mission d'aide médicale urgente.

Ils mettent en place la chaîne médicale. Ils administrent les soins médicaux et psychosociaux aux victimes et aux personnes concernées par la situation d'urgence. Ils assurent le transport des victimes. Ils prennent les mesures de protection de la santé publique.

L'autorité administrative responsable des secours médicaux est l'inspecteur d'hygiène fédéral. Le directeur de l'aide médicale, « Dir-Med » assure la direction opérationnelle pendant la situation de crise. « *Il dirige la discipline médicale, sanitaire et psychosociale sur le terrain et fait partie du Poste de Commandement Opérationnel (Pc-Ops)¹¹⁰ (cf. annexe 14) »*. Le Dir-Med est désigné conformément au plan monodisciplinaire de la discipline 2¹¹¹.

La circulaire ministérielle relative au plan d'intervention (M.B. 14.12.2009) (cf. annexe 15) précise : « *La tâche du Dir-Med est assurée par le médecin du premier smur sur place jusqu'à l'arrivée du Dir-Med provincial ou jusqu'à ce qu'un médecin SMUR plus expérimenté prenne le relais* »¹¹².

La discipline 3 est constituée de la police du lieu de la situation d'urgence.

La discipline 4 est formée de l'appui logistique à d'autres disciplines, à savoir le renfort en personnel et en matériel, le matériel spécifique, les moyens de communications, le ravitaillement en eau potable (service d'incendie, protection civile...).

La discipline 5 est l'autorité administrative qui gère l'information à la population et aux médias.

¹¹⁰ Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention psychosocial PIPS du 25 juillet 2017.

¹¹¹ Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention médical. L'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention stipule qu'un plan monodisciplinaire d'intervention doit régler les modalités d'intervention des secours médicaux, article 11.

¹¹² Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

Dans le cadre de la discipline 2, l'arrêté royal du 2 février 2007 relatif à la fonction de Directeur de l'aide médicale définit la **situation d'urgence médicale collective** comme étant une « *situation dans laquelle un grand nombre de personnes se trouvent, résultant d'un événement dommageable soudain et/ou inhabituel lors duquel les capacités de routine de l'aide médicale urgente sont temporairement dépassées* »¹¹³ (cf. annexe 16).

L'objectif du Plan d'Intervention Médical (PIM) est :

- « *De mettre au point un modèle d'aide visant à optimiser l'emploi des secouristes et des moyens disponibles.*

- *De permettre aux principes appliqués dans le cadre de l'aide médicale individuelle d'être également appliqués lors de situations d'urgence collective sans que cette dernière ne soit simplement la somme d'aide individuelle mais une approche coordonnée afin que le déploiement d'un grand nombre de moyens soit réalisé.*

- *D'éviter au maximum d'encombrer les infrastructures et services réguliers médico-sanitaires par un afflux (incontrôlé) de victimes.*

- *De permettre la poursuite des activités de l'Aide Médicale Urgente quotidienne et, éventuellement de les réorganiser temporairement.*

- *De mettre les plans et actions de la discipline 2 en conformité avec les plans et actions des autres disciplines s'inscrivant dans le cadre de l'aide aux victimes en situation d'urgence collective.*

- *De gérer de façon optimale la chaîne médicale des secours afin d'aider efficacement les victimes, dans le respect du secret médical »*¹¹⁴.

Le Plan d'Intervention Médical peut être déclenché suivant le nombre (supposé) de victimes, sous l'impulsion des intervenants suivants :

¹¹³ AR 2007-02-02 définissant la fonction de directeur de l'aide médicale et son champ d'application (M.B. 02.03.2007 + errat. M.B. 30.04.2007).

¹¹⁴ Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

- « *Le système d'appel unifié (CS 112) ou le dispatching médical.*
- *Les premiers secours sur place (membres de la Discipline 1, 2 ou 3).*
- *Le Dir-Med ou son adjoint.*
- *Le premier SMUR sur les lieux qui assume temporairement la fonction Dir-Med.*
- *L'Inspecteur Hygiène Fédéral ou son délégué.*
- *Le médecin de garde du service de « Incident and Crisis Management » de la Direction Générale DG2 du SPF Santé publique (ICM DG2).*
- *L'application d'accords internationaux »¹¹⁵.*

L'arrêté royal du 2 février 2007 définit les multiples fonctions du Dir-Med dans son article 2. « *A ce titre, et sans que l'énumération soit limitative, le Dir-Med :*

a) valide l'emplacement du Poste Médical Avancé (PMA) ou d'un autre dispositif équivalent, évitant l'afflux massif de blessés dans un seul hôpital ou dans un hôpital moins adapté aux pathologies spécifiques des victimes ;

b) organise et coordonne la médicalisation des opérations : relevage, triage, soins, mise en condition de transport et d'évacuation des victimes ; il accueille et affecte les médecins et le personnel de santé ;

c) fait tenir à jour et garantit la confidentialité de la liste des victimes ;

d) fait mettre en place une structure d'accueil pour les impliqués et une morgue pour les personnes décédées, en accord avec les autorités judiciaires ;

e) s'assure de l'approvisionnement adéquat en produits pharmaceutiques, en oxygène en appareillages médicaux ;

f) régule l'évacuation des victimes du ou des lieux de l'événement (tri du chantier) vers le PMA ou toute autre structure temporaire déployée et vers les hôpitaux ;

g) organise en cas d'intervention prolongée, la relève des médecins affectés et du personnel de santé ;

¹¹⁵ Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

h) par délégation de l'Inspecteur d'Hygiène, assiste les autorités comme interlocuteur médical, lorsque la situation médicale le permet ;

i) décide de la levée du P.M.A. ou de toute autre structure temporaire déployée en accord avec l'Inspecteur d'Hygiène ;

j) fait rapport régulier à l'Inspecteur d'Hygiène de ses actions et le sollicite pour des demandes particulières ;

k) participe aux réunions de compte-rendu et de retour d'expérience ;

2° sur demande de l'Inspecteur d'Hygiène et au titre d'expertise apportée aux Commissions d'Aide médicale urgente, participe aux réunions de coordination et d'établissement des plans d'intervention médicaux, en ce compris les propositions de dispositifs préventifs et l'organisation des exercices de planification d'urgence »¹¹⁶.

« Chaque personne impliquée, en ce compris les blessés et les non-blessés, doit passer par la chaîne médicale des secours afin d'être catégorisée et identifiée. Si nécessaire, la personne reçoit les soins médicaux nécessaires à sa stabilisation et son conditionnement. Par la suite, chaque personne sera régulée de la façon la plus efficace possible et évacuée vers la structure la plus appropriée à sa situation. Le tri chantier est une première évaluation médicale rapide pour indiquer une priorité au relevage. Il n'y a pas de geste médical posé hors manœuvres vitales et salvatrices simples »¹¹⁷.

Les victimes sont orientées du « tri chantier » vers le Poste Médical Avancé où sont réalisés :

- « identification et enregistrement des victimes.
- deuxième triage (T1, T2 en T3).
- stabilisation et mise en condition.

¹¹⁶ AR 2007-02-02 définissant la fonction de directeur de l'aide médicale et son champ d'application (M.B. 02.03.2007 + errat. M.B. 30.04.2007).

¹¹⁷ Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

- orientation dans la chaîne médicale dépendant des disponibilités d'accueil et de traitement (hôpitaux ou centres d'accueil).

Au PMA, le triage est réalisé par un médecin assisté par des infirmiers. Les victimes sont triées par catégorie T1, T2 en T3 :

- T1 : traitement médical immédiat nécessaire : danger pour la vie, pour un membre (ex : main écrasée) ou un organe (ex : œil). Admission hospitalière urgente indiquée.
- T2 : pas de danger vital mais nécessité de soins médicaux. Admission hospitalière indiquée mais report possible de quelques heures.
- T3 : traitement médical qui peut être postposé ou non indispensable (contusions, plaies mineures, choc émotionnel, ...). Transport par ambulance non nécessaire mais nécessité de reconnaissance et d'identification »¹¹⁸.

« Les services hospitaliers chargés de l'accueil et de l'éventuelle hospitalisation des victimes sont en dehors de la zone d'intervention. L'activation du plan MASH (Mise en Alerte des Services Hospitaliers) permet l'adressage, dans ces hôpitaux, du nombre de patients correspondant à leur capacité d'accueil définie dans le plan MASH »¹¹⁹.

En pratique, en situation d'urgence collective préhospitalière, l'équipe médicale doit gérer une situation extraordinaire avec des moyens initiaux ordinaires et limités. Le nombre de victimes ou la particularité de l'évènement dépasse les moyens disponibles. Ce type d'intervention est associé à des risques évolutifs et plurifactoriels (hostilité, risques environnementaux et météorologiques, suraccidentalité ...). Il faut donc quitter temporairement les standards de prise en charge individuelle pour faire face à la situation d'urgence collective le temps que les renforts arrivent, s'organisent pour recouvrir la maîtrise du flux de prise en charge. Il faut donc informer pour permettre la montée en puissance des secours, avant d'être pleinement opérationnel. Organiser pour rendre l'action des secours plus efficace plutôt que de soigner et prendre en charge individuellement¹²⁰. Appliquer la règle des meilleurs soins possibles pour un

¹¹⁸ Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

¹¹⁹ Plan intervention Médical M.B. 14.12.2009.

¹²⁰ Patrick Guerisse « L'action médicale en situation d'urgence collective », Bruxelles, ESP, ULB, 2007.

maximum de victimes, c'est-à-dire poser les gestes vitaux indispensables, efficaces et rapides pour sauver les victimes de morts évitables, plutôt que de s'obstiner sur une réanimation individuelle.

Indépendamment d'un plan d'urgence, l'organisation journalière de l'AMU doit être assurée sans discontinuité. A côté des moyens engagés pour un PIM, le centre 112 doit garder des moyens permettant d'assumer les urgences individuelles de l'aide médicale quotidienne¹²¹.

-Hospitalière : PUH Plan d'Urgence Hospitalier
Ou MASH Mise en Alerte des Services Hospitaliers :

Le plan « PUH » ou le « MASH » est le plan d'urgence de l'hôpital pour des événements majeurs internes (incendie, panne d'électricité, accident chimique, bactérie (nosocomiale) épidémique...) et externes à l'institution (accident chimique, collision en chaîne, inondations, attentats terroristes, pandémie...).

Afin d'anticiper et limiter un « overcrowding » induit par ces situations, l'arrêté royal du 17 octobre 1991 (M.B. 6 décembre 1991) impose à chaque hôpital l'élaboration et le test d'un plan de « Mise en Alerte des Services Hospitaliers » (MASH)¹²².

L'objectif du Plan d'Urgence Hospitalier est défini dans l'article 2 § 3 de la déclaration conjointe du 27 juin 2016 : mettre en place une infrastructure médicale et paramédicale pour une prise en charge efficace d'un afflux de victimes, sans mettre en péril les soins administrés aux patients déjà hospitalisés. « *Le plan MASH sert donc à augmenter rapidement la capacité d'accueil de l'hôpital et à faire passer le plus rapidement possible l'organisation hospitalière des secours quotidiens aux secours d'urgence si le nombre de victimes hospitalisées dépasse les moyens permettant une aide individuelle* »¹²³ (cf. annexe 17). A nouveau, dans cette situation d'urgence

¹²¹ Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

¹²² Arrêté royal du 17 octobre 1991 (M.B. 6 décembre 1991) relatif au plan de « Mise en Alerte des Services Hospitaliers » (MASH).

¹²³ 27 JUIN 2016. - Déclaration conjointe concernant le plan Mise en Alerte des Services Hospitaliers (MASH).

collective, le médecin se retrouve face à plusieurs victimes. Il doit agir au mieux pour le groupe.

C'est le médecin-chef, directeur médical du site hospitalier qui est responsable du Plan d'Urgence Hospitalier. Le comité permanent est, lui, chargé de la « *rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan MASH* »¹²⁴ (cf. annexe 18).

4.4 Rôle du médecin chef de service des urgences :

Le médecin chef de service est responsable du fonctionnement, de l'organisation et de la coordination médicale de son service¹²⁵. Il concerta régulièrement le médecin-chef, directeur médical au sujet des besoins, problématiques du service et des éventuelles initiatives prises dans la mesure de ses possibilités¹²⁶. Il évalue l'exécution des mesures et leurs adaptations, si nécessaire¹²⁷.

- Organisation et fonctionnement du service des urgences :
 - ✓ Triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil du service.
 - ✓ Adéquation du personnel à la charge de travail :
Effectifs médicaux en suffisance pour des soins adéquats, efficaces et rapides au SUS pour une prise en charge dans les meilleurs délais.
 - ✓ Adéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.
 - ✓ Existence et respect pour une certaine pathologie d'une procédure dans le service.
 - ✓ Existence d'un Règlement d'Ordre Intérieur du service (contenu, validation, respect).

- ✓ Respect des normes d'agrément du service :
 - En termes de cadre de travail du SUS avec SMUR : au minimum deux permanences d'urgentistes.
 - En termes de qualifications de l'urgentiste

¹²⁴ Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'article 128,130,135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier.24 octobre 2016 Moniteur Belge 20.01.2017

¹²⁵ Article 12 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹²⁶ Articles 5 et 6 de l'arrêté du 15 décembre 1987.

¹²⁷ Article 19 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

- ✓ Maître de stage, responsable des stagiaires en formation. Le médecin candidat spécialiste se forme sous l'autorité de son maître de stage.

4.5 Rôle du médecin-chef, directeur médical :

Dans la globalité, et plus particulièrement pour le SUS, il est le garant de l'application des prescriptions légales et réglementaires en matière d'activités médicales au sein de l'hôpital¹²⁸ (cf. annexe 19). Il veille notamment à la qualité des soins délivrés au sein de l'institution hospitalière, son évaluation et son contrôle. Il organise et coordonne les activités médicales de l'hôpital et participe à divers comités. Il assume la rédaction de procédure interne comme le plan MASH.

- Application des prescriptions légales et réglementaires en matière d'activités médicales, notamment les normes d'agrément du service des urgences :

- ✓ En termes de cadre de travail du SUS :

Exactitude des rôles de gardes des urgences et rôles de gardes des spécialités tierces¹²⁹ auxquels l'urgentiste doit pouvoir faire appel, aux besoins, dans les plus brefs délais après avoir lancé l'appel, au sein du SUS dans le cadre de la continuité des soins.

La conservation est de deux ans pour les organismes de contrôle¹³⁰.

- ✓ En termes de qualifications de l'urgentiste et des spécialistes.

- Soins (qualité, évaluation, contrôle) :

- ✓ Qualité des soins :

Le médecin-chef veille à ce que les médecins engagés aient les compétences requises pour leur fonction. Il prend toutes les initiatives nécessaires pour améliorer de la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital¹³¹ (formation continue) et doit veiller à l'évaluation de cette qualité en permanence¹³².

¹²⁸ Article 5, 1°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987.

¹²⁹ Article 5, 9°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹³⁰ Article 1, § 4, de la nomenclature des prestations de santé.

¹³¹ Article 5, 8°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹³² Article 5, 8° et 6, 7°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

Le médecin-chef doit prendre les mesures nécessaires pour permettre que chaque patient ait un dossier ouvert dans l'institution et le conserver. Le dossier médical est un élément pour l'évaluation et le contrôle de la qualité des soins¹³³.

✓ Evaluation de la qualité des soins :

Depuis le 18 août 2014¹³⁴, le médecin-chef peut organiser un audit médical ciblé s'il estime que le bon fonctionnement en matière de gestion du risque et de sécurité du patient au sein du département médical est compromis (problème clinique ou organisationnel). Le but de cet audit est la mise en évidence des dysfonctionnements et la mise en place des corrections nécessaires, dans l'intérêt des patients et le respect des normes acquises de la science.

✓ Contrôle du comportement prescriptif :

La déontologie médicale impose au médecin-chef de veiller à ce que les directives concernant le comportement prescriptif (pharmaceutique ou analyses médicales), soient respectées dans son institution. La recherche de ces infractions est du ressort de l'INAMI.

• Organisation et coordination des activités médicales :

Le médecin-chef supervise, coordonne l'organisation de l'hôpital¹³⁵ et le fonctionnement effectif du staff médical¹³⁶. Il concerte régulièrement les médecins-chefs de service sur les besoins et problématiques des services, des éventuelles initiatives prises dans la mesure de leurs possibilités¹³⁷. Il évalue l'exécution des mesures et leurs adaptations, si nécessaire¹³⁸.

¹³³ Article 6, 4°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹³⁴ Article 6/1 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987.

¹³⁵ Article 13 de la loi sur les hôpitaux ainsi que l'article 2 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹³⁶ Article 16 de la loi sur les hôpitaux et article 6, 11°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

¹³⁷ Articles 5 et 6 de l'arrêté du 15 décembre 1987.

¹³⁸ Article 19 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

- Organisation et fonctionnement du service des urgences :
 - ✓ Triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil du service.
 - ✓ Adéquation du personnel à la charge de travail.
Effectifs médicaux en suffisance pour des soins adéquats, efficaces et rapides au SUS pour une prise en charge dans les meilleurs délais.
 - ✓ Adéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.
 - ✓ Existence et respect pour une certaine pathologie d'une procédure dans le service.
 - ✓ Existence d'un règlement d'ordre intérieur du service (contenu, validation, respect).

- Organisation et fonctionnement des service extérieurs aux urgences :
 - ✓ Laboratoire, imagerie, et avis spécialisés, efficaces, dans les meilleurs délais pour les besoins du patient.

- Comités hospitaliers :
Le médecin-chef participe à plusieurs comités au sein de l'institution hospitalière, dont notamment le comité d'hygiène hospitalière et le comité du matériel médical.

- Le comité d'hygiène hospitalière¹³⁹:

Le médecin-chef fait partie du comité d'hygiène hospitalière. Il doit veiller à ce que les mesures nécessaires soient prises pour l'amélioration de l'hygiène hospitalière.

L'équipe d'hygiène hospitalière exécute notamment, *« le développement, la mise en œuvre et le suivi, à travers l'hôpital, d'une stratégie relative :*

a) aux mesures de protection standard ayant pour objet de prévenir la transmission de germes infectieux;

¹³⁹ Article 6, 2°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987, point 9bis de l'annexe, partie 1 « Normes générales applicables à tous les établissements » point III, « Normes d'organisation », de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, tel que modifié par l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

b) à l'isolement des patients infectés afin d'endiguer la transmission des maladies infectieuses;

c) à la surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs permettant d'en suivre et d'en corriger l'incidence au sein de l'établissement; la mise sur pied d'une stratégie de lutte contre les épidémies;...»¹⁴⁰.

- Le comité du matériel médical¹⁴¹:

Le comité du matériel médical est présidé par le médecin en chef.

Parmi les buts de ce comité, on retrouve le fait de : « *promouvoir un usage standardisé des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre des procédures diagnostiques et thérapeutiques ; rédiger un rapport interne reprenant les éléments suivants :*

a) la consommation de matériel, renseignée par catégorie, par service et, le cas échéant, par médecin, en corrélation avec les procédures diagnostiques et thérapeutiques mises en œuvre ;

b) l'analyse des écarts par rapport à des modèles de consommation comparatifs et à des références nationales et internationales, plus particulièrement en matière de pathologies comparables ;

c) les mesures prises dans le but de supprimer les divergences de pratique non justifiées, constatées à partir des éléments visés au a) et au b) ; diffuser, parmi le personnel médical, le rapport interne ..., analyser avec les services concernés et le personnel hospitalier les éléments qui y sont évoqués et organiser un suivi permanent de l'utilisation des dispositifs médicaux et du respect des directives élaborées en la matière; établir des directives relatives à la réutilisation de dispositifs médicaux, fondées sur les normes nationales et internationales concernant la sélection des dispositifs médicaux, les procédures et la traçabilité »¹⁴².

¹⁴⁰ Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

¹⁴¹ Article 26 de l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée.

¹⁴² Ibid.

- Rédaction du plan MASH :

Le médecin-chef est responsable du plan MASH¹⁴³.

5. Eléments de responsabilité dans le cadre des urgences ?

Si on admet de manière générale que la responsabilité, dans son principe, est commune à tous les médecins, par son contexte explicité ci-dessus ainsi que ces législations particulières, il y a un potentiel de risques de « *fautes* », de manquements, lié à la pratique médicale spécifique aux urgences. L'expert dans sa mission privilégiera le mot « *manquement* » à celui de « *faute* », terme davantage juridique à réserver au juge¹⁴⁴.

5.1 Définitions au sens commun¹⁴⁵:

Responsabilité :

- « *Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres* ».
- « *Fait d'être **responsable** d'une fonction* ».
- « *Fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte* ».
- « *Fait pour quelque chose d'être la cause, l'origine d'un dommage* ». La finalité de cette définition est la réparation d'un préjudice, son indemnisation.

Responsable :

- « *Qui doit rendre compte devant une autorité de ses actes ou des actes de ceux dont il a la charge* ».
- « *Qui est l'auteur ou le coupable de quelque chose, et doit en supporter les conséquences* ».
- « *Qui est à l'origine d'un mal* ».
- « *Qui a la charge d'une fonction* ».
- « *Qui est réfléchi, sérieux, qui prend en considération les conséquences de ses actes* ».

¹⁴³ Arrêté royal du 17 octobre 1991 (M.B. 6 décembre 1991) relatif au plan de « Mise en Alerte des Services Hospitaliers » (MASH).

¹⁴⁴ S.El Banna, F. Bauthier, J.-P. Beauthier « *Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales Le consentement éclairé* ». Article de synthèse.Rev Med Brux 2013 ;34 :469-78.

¹⁴⁵ Collectif (2018). *Le grand Larousse illustré*. Larousse.

Responsabilité médicale¹⁴⁶:

- « *Obligation pour le médecin d'éviter tout dommage à son malade et, dans le cas contraire, de le réparer* ».

Responsabilité civile¹⁴⁷:

- « *Obligation imposée par la loi de réparer le dommage causé à autrui soit par l'inexécution d'une obligation née d'un contrat (responsabilité contractuelle), soit par un acte fautif accompli avec ou sans intention de nuire ou encore par le fait d'une personne, d'une chose ou d'un animal dont on doit répondre (responsabilité délictuelle ou quasi-délictuelle)* ».

Responsabilité pénale¹⁴⁸:

- « *Obligation de répondre de ses actes délictueux et, en cas de condamnation, d'exécuter la sanction pénale prévue pour cette infraction* ».

5.2 Responsabilité du médecin urgentiste au sens légal :

- Au niveau civil :

La responsabilité civile a pour but la réparation d'un préjudice par le responsable, à défaut de compenser un dommage irréparable.

De manière générale au niveau civil, le montant de la réparation dépend du montant du dommage et non de la gravité de la « *faute* ». On n'indemnise pas la « *faute* » mais le dommage (l'incapacité de travail, le préjudice esthétique, le dommage moral, la perte de chance...).

¹⁴⁶ http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilit%C3%A9_m%C3%A9dicale/15844. Consultation 10/10/2017.

¹⁴⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694/locution?q=Responsabilit%C3%A9+civile+#166360>. Consultation 10/10/2017.

¹⁴⁸ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694/locution?q=+Responsabilit%C3%A9+p%C3%A9nale+#166364>. Consultation 10/10/2017.

Il existe 2 types de responsabilité¹⁴⁹ :

- Contractuelle, articles 1147 à 1148 du Code civil¹⁵⁰:

« Article 1147 : Le débiteur est condamné, s'il y a lieu, au paiement de dommages et intérêts, soit à raison de l'inexécution de l'obligation, soit à raison du retard dans l'exécution, toutes les fois qu'il ne justifie pas que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée, encore qu'il n'y ait aucune mauvaise foi de sa part.

Article 1148 : Il n'y a lieu à aucun dommages et intérêts lorsque, par suite d'une force majeure ou d'un cas fortuit, le débiteur a été empêché de donner ou de faire ce à quoi il était obligé, ou a fait ce qui lui était interdit ».

- Extracontractuelle, articles 1382 à 1386 du Code civil¹⁵¹:

« Article 1382 : Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.

Article 1383 : Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Article 1384 : On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. {...}. Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés. Les instituteurs et les artisans, du dommage cause par leurs élèves et apprentis pendant le temps

¹⁴⁹ J.-M. Rainer, E Van Den Haute., O. Gout, « 6 - Le cumul des responsabilités contractuelle et extracontractuelle en droit belge et en droit français : de la genèse des règles aux perspectives d'évolution » Le droit des obligations dans les jurisprudences française et belge, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 123-146.

¹⁵⁰http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1804032133%2FF&caller=list&row_id=1&numero=10&rech=14&cn=1804032133&table_name=LOI&nm=1804032153&la=F&dt=CODE+CIVIL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains++%27CODE%27%26+%27CIVIL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=74&imgcn.y=6#LNK0012. Consultation le 26-12-2017.

¹⁵¹http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1804032133%2FF&caller=list&row_id=1&numero=10&rech=14&cn=1804032133&table_name=LOI&nm=1804032153&la=F&dt=CODE+CIVIL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains++%27CODE%27%26+%27CIVIL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=74&imgcn.y=6#LNK0059. Consultation le 26-12-2017.

qu'ils sont sous leur surveillance. La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère, instituteurs et artisans, ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité ».

On retrouve ces deux formes de responsabilité au niveau médical :

- La responsabilité est contractuelle lorsqu'un médecin passe un contrat de soins (écrit ou verbal) avec un patient (exemple : en chirurgie esthétique).
Si le patient ne s'adresse pas à un médecin, mais s'adresse à l'hôpital, à un service, comme le service des urgences, il passe implicitement un contrat avec l'hôpital.
L'hôpital est tenu à l'obligation de soins et de gardes, qu'il organise, indépendamment du statut du prestataire de soins.

- La responsabilité est extracontractuelle, c'est-à-dire « hors contrat », lorsqu'il n'y a pas d'accord, de consentement possible du patient en raison de son état de santé (par exemple : en coma) ; ou lorsqu'il y a non-respect des conditions légales comme l'euthanasie en violation des normes légales ; ou un manquement au devoir général de prudence ou de diligence valable pour tous. Ou encore, lorsque les soins sont prodigués « *dans le cadre légal de l'intervention médicale urgente* »¹⁵².

Au-delà de la distinction théorique entre les deux régimes de responsabilités. Il y a également un intérêt pour les parties en termes, notamment : **de type d'obligation, de charge de la preuve, de délai de prescription¹⁵³ et de réparation¹⁵⁴**.

Dans le cadre de la responsabilité contractuelle, l'obligation est une **obligation de résultats**. La « *faute* », le **manquement, est présumé sur base du non résultat atteint** (erreur de latéralité, oubli de compresse¹⁵⁵, résultats de laboratoire ...).

L'obligation de sécurité est également une obligation de résultats : le matériel utilisé

¹⁵² Civ. Liège (6^{ème} chambre), RG 04/1413/A,28,06,2005.

¹⁵³ P. Van Ommeslaghe, « La responsabilité civile contractuelles et extracontractuelle », in *Droit des obligations*, t. II, Bruxelles, Bruylant, 2010, p. 1159 et suivantes.

¹⁵⁴ Article 1150 du Code civil.

¹⁵⁵ Cass. 28 septembre 1995, Rev. dr. Santé, 1995-1996, P. 359

doit être sécuritaire pour le patient, de même que pour les traitements injectés¹⁵⁶ (transfusion sanguine).

G. Ravarani déclare : « *la ligne de démarcation (entre l'obligation de soins, de moyens et l'obligation accessoire de sécurité, de résultats) est difficile à tracer : le bon fonctionnement d'une prothèse et sa conformité aux règles de l'art, la mise en place correcte d'un drain, une ponction artérielle... relèvent-elles de l'obligation de soins ou de l'obligation de sécurité* »¹⁵⁷.

A titre illustratif, pour les infections nosocomiales, la jurisprudence belge retient une obligation de sécurité, donc de résultat¹⁵⁸ à la charge de l'établissement hospitalier, accessoire à l'obligation de soins¹⁵⁹, en cas d'infection exogène dont les circonstances de contamination sont connues. Mais, d'autres décisions retiennent une obligation de moyens pour les infections nosocomiales¹⁶⁰, car malgré les mesures d'asepsie et d'hygiène hospitalière, un patient peut s'infecter avec ses propres germes dans des circonstances particulières.

Le **temps pour mener l'action** en responsabilité contractuelle et pour conserver les pièces est de dix ans¹⁶¹.

Les obligations et responsabilités de chacun découlent dudit contrat.

La **réparation** porte sur le dommage prévisible sauf en cas de dol.

Dans le cadre de la **responsabilité extracontractuelle**, l'obligation est une **obligation de moyens**.

¹⁵⁶ Cour d'appel de Bruxelles, 21 septembre 2010, RGAR 2010, n° 14675, note N. Estienne, qui retient la responsabilité d'un hôpital en tant que gardien sur le fondement de l'article 1384 al 1 CCiv, pour avoir utilisé un produit défectueux ayant entraîné un test faussement négatif dans le dépistage d'une maladie prénatale.

¹⁵⁷ « *La responsabilité civile des personnes privées et publiques* », Pasicrisie luxembourgeoise, 2ème ed, 2006, n° 595

¹⁵⁸ Cour d'appel Liège, 9 janvier 2014, R.G. n°2012/rg/1633.

¹⁵⁹ B. Dubuisson, V. Callewaert, B. De Coninck, G. Gathem, op. cit. n° 1090.

¹⁶⁰ Cour d'appel de Liège (20e ch.), 18 octobre 2012, Con. M. 2013, liv. 2, 85 ; Cour d'appel de Liège (20e ch.) 15 novembre 2012, Con. M. 2013, liv. 2, 88 (qui réserve cependant les cas où « le patient établit que l'infection trouve sa source dans un matériel, un médicament, un dispositif ou un produit utilisé à propos desquels le patient était en droit de s'attendre à l'absence de tout défaut)

¹⁶¹ Article 2262bis § 1^{er} al 1^{er} C.Civ.

La **charge de la preuve** incombe à la victime¹⁶². La victime devra prouver que le médecin n'a pas mis en œuvre tous les moyens nécessaires pour exécuter sa prestation et qu'il a donc commis une « *faute* », un manquement. Toutefois, la preuve d'un fait négatif n'est pas chose aisée. C'est le juge qui tranche selon les circonstances particulières¹⁶³.

En 2011, le tribunal de Bruxelles a estimé dans un jugement : « *s'il incombe au patient d'établir la faute du médecin, le juge peut, dans l'appréciation des preuves qui lui sont soumises, avoir égard au « cours normal des choses ». L'intervention peut en effet avoir un résultat tellement anormal qu'une présomption de faute pourra en découler* »¹⁶⁴.

En 1996, ce même tribunal¹⁶⁵ a retenu la notion de perte de chance pour le malade de prouver le bien-fondé de son action, la clinique avait perdu son dossier. Le patient n'a pu, dans ce contexte apporter la preuve de la faute du praticien. L'institution de soins a été condamnée à réparer 90% du dommage subi.

Cette obligation de moyens est rappelée par la Cour d'appel de Liège dans un arrêt de 1998 : « *dans l'exercice de sa profession, le médecin ne s'engage, en règle générale, qu'à une obligation de moyens car l'acte thérapeutique comporte très souvent un risque résultant de facteurs impondérables à la science médicale ; que l'intervention du médecin peut en effet échouer sans que celui-ci ne commette une faute, simplement parce qu'il existe encore un irréductible aléa affectant la plupart des actes médicaux...* »¹⁶⁶.

La **prescription** intervient « *par cinq ans à partir du jour qui suit celui où la personne lésée a eu connaissance du dommage ou de son aggravation et de l'identité de la*

¹⁶² C. civ., art. 1315.

¹⁶³ Cass. 16 décembre 2004, Pas.2004,2022

¹⁶⁴ Civ. Bruxelles (11^e ch.) 11 juin 2012, con. M 2012, liv. 4, 153 . Voir sur ce jugement E. Langenaken, « *Le critère du « cours normal des choses » en responsabilité médicale* », Revue belge du dommage corporel, 2012, N° 3, pp. 106-110.

¹⁶⁵ Civ. Bruxelles (4^e ch.), 10 octobre 1996, RGAR 1998, n° 13014

¹⁶⁶ Liège (15^e chambre) 29 septembre 1998, RGAR 2000, n°13234

personne responsable »¹⁶⁷, et « *en tout cas, par vingt ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a provoqué le dommage* »¹⁶⁸.

La **réparation** doit être intégrale, évaluée par rapport à tous les droits de la personne dans la société.

Quel que soit le régime contractuel ou extracontractuel, pour engager la responsabilité d'un médecin, 3 éléments doivent être obligatoirement réunis¹⁶⁹:

- Le dommage : « *la responsabilité suppose un dommage* ».
- La « *faute* » : « *la responsabilité à base de faute, suppose une « faute », un manquement, un fait à établir, une violation d'une norme* ».
- Le lien de causalité entre la « *faute* » c'est dire le manquement, et le dommage : « *la responsabilité suppose un lien causal à établir entre la faute et le dommage* ».

Si cette triade « **faute** » - **dommage** - **lien causal** est réunie, le médecin fautif pourra être considéré comme responsable. Il sera engagé dans la réparation du préjudice causé.

En l'absence d'un de ces trois éléments, la responsabilité ne pourra être retenue. Ainsi, en l'absence d'une « *faute* », d'un manquement, d'une négligence¹⁷⁰ (mais en présence d'un simple concours de circonstances défavorables, ou d'une réaction imprévisible), le fait d'avoir subi un dommage en lien causal avec le fait non fautif ne permettra pas l'indemnisation.

Toutefois, il existe également une responsabilité sans faute du prestataire, lors de l'usage d'un matériel vicié.

¹⁶⁷ Article 2262 *bis* du Code civil.

¹⁶⁸ Ibid.

¹⁶⁹ B.Kohl, « *Éléments de droit civil en rapport avec l'expertise* » Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

¹⁷⁰ Arrêt de la Cour de cassation N°C.07,0548N du 26/6/2009

o La « *faute* », le manquement :

Jean Dabin et André Lagasse écrivaient : « *Est constitutif de faute tout manquement, si minime soit-il, volontaire ou involontaire, par acte ou par omission, à une norme de conduite préexistante. Cette norme de conduite a sa source dans la loi ou les règlements (droit pénal, droit civil, droit administratif, etc) - édictant une obligation déterminée ou indéterminée – soit dans une série de règles de la vie sociale, de morale, de convenances ou de techniques non formulées en textes législatifs : loyauté, bienséance, sang-froid, prudence, diligence, vigilance, habileté, déontologie professionnelle, etc., le tout selon le critère de l’homme normal de l’époque, du milieu, de la région* »¹⁷¹.

Dans le domaine médical, nous pourrions y ajouter « de la même spécialité et selon la science de l’époque ».

La « *faute* », le manquement est l’acte ou l’abstention que n’aurait pas commis le bon père de famille, à savoir, un homme normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances pratiques.

Une erreur de diagnostic, un mauvais résultat thérapeutique ne sont pas des « *fautes* », des manquements si, un médecin, de la même spécialité, normalement prudent, compétent, diligent, respectant les règles de la science médicale de l’époque, placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession, prodiguant des soins attentifs, consciencieux, aboutissait au même diagnostic ou au même résultat thérapeutique.

Il s’agit alors d’un diagnostic erroné, d’un aléa thérapeutique qui n’ouvre pas le droit à la réparation.

En salle d’urgence, la « *faute* », le manquement est l’acte ou l’abstention que n’aurait pas commis un médecin urgentiste, normalement prudent, compétent, diligent, respectant les règles de la science médicale de l’époque, placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession, prodiguant des soins attentifs et consciencieux, en termes de respect de sa mission au profit du patient, du respect des normes d’agrément et des législations de l’urgence collective et individuelle, du respect des droits fondamentaux du patient.

¹⁷¹ Cass., 5 janvier 1995, R.W., 1995-1996, P29 ; *Dr circ.*, 1995, p.225 ; J.L.M.B, 1996, p.336.

« Si un médecin effectue en urgence une intervention en dehors du champ de sa spécialité, (un chirurgien général qui effectue une trachéotomie pour sauver un malade, parce que c'est la seule chance de le sauver et que les circonstances le justifient) *son comportement ne sera pas comparé à celui d'un spécialiste consciencieux qui agit dans le champ de sa propre spécialité (orl) mais à celui d'un simple confrère consciencieux* »¹⁷². Le respect de la pratique habituelle est un critère important de qualité. Cependant, lors d'une situation exceptionnelle, le prestataire de soins peut malheureusement commettre un manquement. Il semble important que, lors de sa mission, pour déterminer un éventuel manquement professionnel, l'expert **ne réalise pas une lecture à posteriori** du dossier mais se positionne dans le contexte et les conditions précises de l'urgentiste avec les données telles qu'elles lui sont apparues, au moment de la prise en charge, avec les moyens mis à sa disposition.

L'expert doit prendre en compte l'état clinique du patient lors de son admission aux urgences, les facteurs de risques spécifiques au patient, l'effet du meilleur traitement compte tenu de la science médicale de l'époque, au moment précis de la prise en charge aux urgences.

- **Non-Respect des missions de l'urgentiste :**

L'urgentiste peut commettre plusieurs types de manquements dans sa pratique professionnelle :

✓ ***Mise au point diagnostique :***

* Eléments **anamnestiques** pertinents manquants ou, au contraire, éléments anamnestiques pertinents recueillis mais non rattachés au diagnostic selon les règles de l'art.

* Eléments **cliniques** pertinents manquants ou, au contraire, éléments cliniques pertinents recueillis mais non rattachés au diagnostic selon les règles de l'art.

Les éléments sont considérés comme pertinents dans leur lien entre le dommage et sa causalité.

¹⁷² KCE reports vol 26B : « *Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales* » 2006.

* Détection des cas à risques

- ❖ Identification de signes cliniques de gravité suggérant une surveillance et une réévaluation :

A « *airway* » : présence de signes laryngés (œdème, tumeur, corps étranger...)

B « *breathing* » : insuffisance respiratoire aiguë :

- Symptômes de dyspnée et d'hémoptysie.
- Fréquence respiratoire (> 30 /min, < 12/min).
- Tirage (sus-claviculaire et intercostal, utilisation des muscles scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens, signes de respiration paradoxale).
- Oxygénation : saturation percutanée en Oxygène de l'hémoglobine (SpO₂), cyanose.

C « *circulation* » : insuffisance circulatoire aiguë :

- Pouls (amplitude et fréquence : faible et filant, rapide ou lent).
- Précharge (turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire).
- Pression artérielle (basse, différentielle pincée ou élargie, orthostatisme).
- Perfusion périphérique :
 - Téguments :
 - Sudation.
 - Peau froide, marbrée ou chaude.
 - Pâleur cutanéomuqueuse.
 - Veines périphériques mal visibles, difficiles à ponctionner.
 - Sensation de soif.
- Souffle diastolique aortique nouveau (exclure dissection aortique selon contexte clinique).

D « *disability* » : signes de gravité d'une atteinte neurologique aiguë :

- Malaise, agitation avec anxiété et/ou agressivité parfois isolée.
- Troubles de la vigilance, du sommeil ou du comportement, coma.
- Astérixis (encéphalopathie hypercapnique ou hyperammonémique).

- Hémogluco-test.
- Score de Glasgow.
- Signes neurologiques suspects (asymétrie pupillaire, paralysie oculomotrice, déficits focaux, mouvements d'enroulements ou de décérébrations ou présence de signes de dérèglements végétatifs, d'irritation pyramidale, des convulsions).

E « *exposure* » : mesure et recherche au niveau de la peau ou des muqueuses :

- Température corporelle.
- Recherche systématique (et répétée) de lésions purpuriques, d'ecchymoses et signe de diathèse hémorragique.

F « *filtration* » : signe de gravité d'une insuffisance rénale aiguë : chute de la diurèse, hyperkaliémie (ECG).

G « *gastroenterology - gynecology* » : signe de gravité d'un abdomen douloureux :

- Contracture généralisée, ventre de « bois »
- Contracture localisée, défense abdominale

H « *hematology* » : signes de gravité en hématologie :

- Coagulopathie de consommation (thrombopénie, hypofibrinémie, diminution des facteurs du complexe thrombinique).
- Anémie.
- Thrombopénie.

❖ Identification de critères de gravité recommandant un avis spécialisé du médecin des soins intensifs :

Airway :

1. Traumatisme facial avec obstruction des voies respiratoires supérieures.
2. Epiglottite aiguë.
3. Œdème de Quincke (œdème labial, lingual ou laryngé).

Breathing :

4. SpO₂ < 93% sans documentation de chronicité.
5. Embolie pulmonaire (scintigraphie ou angioscanner) et TA systolique < 90 mmHg ou marbrures ou au moins 2 signes parmi les suivants : turgescence jugulaire, syncope, PaO₂ < 60 mmHg ou SpO₂ < 90%, tachycardie > 120/minutes en l'absence de fièvre, extrémités froides, cyanose ou score d'Aujesky > 85.
6. Dyspnée avec PH initial < 7,32 ou PaO₂ initiale < 60 mmHg ou SpO₂ initiale < 90%.
7. Dyspnée avec persistance après traitement initial de PH < 7,35 ou PaO₂ < 80 mmHg ou SpO₂ < 95%.
8. Dégradation respiratoire avec augmentation PaCO₂ > 10 mmHg ou chute PH > 0,1.
9. Hémoptysie avec TA systolique < 100 mmHg ou fréquence cardiaque (FC) > 140/min ou SpO₂ < 93%.
10. Insuffisance respiratoire et altération de conscience (Glasgow Coma Scale GCS < 8).
11. Asthme et incapacité à parler ou fréquence respiratoire (FR) > 30/min ou SpO₂ < 90% ou PaO₂ < 60 mmHg ou PaCO₂ > 45 mmHg ou FC > 120/min ou tirage intense.
12. Nécessité de ventilation non invasive.
13. Nécessité d'aérosolthérapie = ou > 6 x/j.
14. Nécessité de bronchoaspiration > 3 x/j.
15. Pneumonie communautaire et Pneumonia Severity Index = ou > 5.
16. Pneumonie nosocomiale.

Circulation :

17. Infarctus myocardique aigu SCA STEMI < 72 h.
18. Choc cardiogénique (TA systolique < 90 mmHg).
19. Fibrillation auriculaire > 140/min.
20. Bloc auriculo-ventriculaire complet III ou bloc auriculo-ventriculaire II Mobitz 2.

21. Bradycardie < 45/min ou mal tolérée (symptomatique ou TA systolique < 90 mmHg).
22. Tachycardie ventriculaire (> 3 complexes larges successifs).
23. Torsade de pointe.
24. Œdème Pulmonaire Aigu (dyspnée brutale et SpO₂ < 93% ou Killip 3 ou 4).
25. Crise hypertensive (TA systolique > 200 mmHg ou diastolique > 100 mmHg ou moyenne > 130 mmHg) avec altération de conscience (GCS < 12) ou dyspnée (FR > 20/min ou SpO₂ < 93%) ou douleur thoracique ou convulsions ou créatinine > 2 mg/dl.
26. Douleur thoracique nitrosensible ou suspecte d'angor et score TIMI = ou > 3.
27. Suspicion de pathologie cardiaque et troponine > 0,09 ng/ml.
28. Suspicion d'arythmie potentiellement grave (syncope à l'emporte-pièce), nécessité de monitoring cardiaque.
29. Arrêt cardiaque récupéré.
30. Tamponnade cardiaque (épanchement péricardique et turgescence jugulaire ou TA systolique < 100 mmHg).
31. Anévrisme aortique disséquant ou rompu.
32. Myocardite aiguë (diagnostic par cardiologue).
33. Médiastinite.
34. Choc distributif allergique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).
35. Choc septique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).
36. Choc hypovolémique ou hémorragique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).

Disability :

37. Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique et GCS < ou = 8.
38. AVC ischémique et thrombolyse.
39. AVC hémorragique < 48 h avec effet de masse (effacement des sillons, compression ventriculaire ou engagement) et absence d'indication opératoire (après contact neurologue ou neurochirurgien).
40. Coma d'origine métabolique, toxique ou anoxique et GCS < ou = 8.
41. Hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë sans indication opératoire.
42. Méningite ou encéphalite.
43. Syndrome de Guillain-Barré.
44. Etat de mal épileptique (convulsions continues ou 2 crises espacées < 5 minutes).
45. Epilepsie non contrôlée (2 crises ou plus en 24 h).
46. Sevrage éthylique avec risque de delirium tremens (score de sevrage = ou > 14).
47. Mort cérébrale avérée ou potentielle avec susceptibilité de don d'organe.

Traumatologie :

48. Hémopneumothorax.
49. Contusion pulmonaire.
50. Pneumothorax bilatéral.
51. Traumatisme hépatique.
52. Traumatisme splénique.
53. Traumatisme pancréatique.
54. Pneumopéritoine traumatique.
55. Traumatisme rénal.
56. Traumatisme du bassin dit « instable » (livre ouvert) ou avec TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min.
57. Fracture vertébrale instable.
58. Fracture du crâne.
59. Contusion du parenchyme cérébral.
60. Traumatisme crânien et hématome/hémorragie intracrânien(ne) ou GCS < ou = 8 ou diminution du GCS > 2 points par rapport à l'admission ou agitation nécessitant une sédation.

- 61. Traumatisme médullaire.
- 62. Crush syndrome, rhabdomyolyse sévère, syndrome des loges.

Toxicologie :

- 63. Intoxication et GCS < ou = 8.
- 64. Intoxication et FC > 140/min ou FC < 60/min ou TA systolique < 100 mmHg ou SpO2 < 93% ou FR < 10/min ou glycémie < 60 mg/dl.
- 65. Intoxication ayant nécessité l'administration de Naloxone® ou d'Anexate® pour dépression respiratoire.
- 66. Intoxication médicament du système cardiovasculaire et ingestion supposée > 10 x la dose unitaire.
- 67. Intoxication par des antidépresseurs Tricycliques, des Neuroleptiques ou des Barbituriques et ingestion supposée > 5 x la dose unitaire.
- 68. Intoxication Paracétamol® et ingestion supposée > 10 gr ou paracétamolémie toxique (normogramme de Rumack Matthew).
- 69. Intoxication par hypoglycémiant et dose ingérée ou injectée supposée > 5 x la dose unitaire.
- 70. Intoxication par Organophosphoré.
- 71. Intoxication par Cyanure.
- 72. Intoxication par Fluorure ou ingestion de caustique.
- 73. Intoxication par Lithium et dose ingérée supposée > 5 x la dose unitaire.
- 74. Intoxication et épisode convulsif.

Système digestif :

- 75. Hémorragie digestive haute ou basse et TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min.
- 76. Hémorragie digestive haute et vaisseau visible ou saignement actif à l'endoscopie.
- 77. Hémorragie digestive haute sur varices œsophagiennes.
- 78. Hémorragie digestive haute ou basse et délai avant réalisation de l'endoscopie > 4h.
- 79. Insuffisance hépatique et hyperammoniémie avec GCS < ou = 10.
- 80. Pancréatite aiguë et score de Ranson > 3.
- 81. Perforation œsophagienne.

Endocrinologie :

- 82. Acidocétose diabétique (PH < 7,32).
- 83. Coma hyperosmolaire (glycémie > 800 mg/dl).
- 84. Crise thyrotoxique aiguë ou coma myxœdémateux avec instabilité hémodynamique.

Troubles ioniques – fonction rénale :

- 85. Hypercalcémie > 15 mg/dl.
- 86. Hyponatrémie < 120 meq/litre.
- 87. Hypernatrémie > 160 meq/litre.
- 88. Hypo ou hypermagnésémie avec arythmie.
- 89. Hypokaliémie < 3 meq/litre.
- 90. Hyperkaliémie > 6 meq/litre.
- 91. Hypophosphatémie et faiblesse musculaire clinique.
- 92. Insuffisance rénale aiguë et créatinine > ou = 2,5 mg/dl (non documentée au préalable).

Gynécologie – Obstétrique :

- 93. Eclampsie ou prééclampsie.
- 94. Hémorragie de la délivrance.
- 95. HELLP syndrome.
- + (la grossesse extra-utérine).

Divers :

- 96. Noyade et infiltrat radiologique ou SpO₂ < 93%.
- 97. Electrification avec trajet supposé intrathoracique ou intracrânien.
- 98. Hypothermie < 32°C.
- 99. Hyperthermie > 40,5°C.
- 100. Brûlés > ou = 50 UBS (Unité de Brûlure Standard) ou les « brûlés respiratoires ».

Infectiologie :

- 101. Malaria à Plasmodium falciparum avec au moins un critère de paludisme grave.

Hématologie :

102. Syndrome thoracique aigu drépanocytaire (douleur thoracique, symptômes respiratoires, fièvre modérée et nouvel infiltrat radiologique).

* Examens complémentaires et, ou avis spécialisés :

-La **non demande** ou le **retard** dans les **examens complémentaires** ou avis spécialisés permettant de faire la lumière sur le problème du patient et qui en l'absence de leur réalisation pourrait conduire à des conséquences pour le patient (séquelles, décès), non-respect des nouvelles recommandations ou des dernières normes par rapport à la mise au point diagnostique d'une pathologie spécifique.

Plusieurs organisations nationales comme l'INAMI^{173, 174}, le KCE¹⁷⁵, le Centre belge Evidence-BAsed Medicine (CEBAM)¹⁷⁶, le Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC)¹⁷⁷, le Concilium Radiologicum¹⁷⁸... et sur le plan international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Conseil de l'Europe¹⁷⁹, les Guidelines International Network (GIN)¹⁸⁰... Ces sociétés savantes établissent des recommandations de bonnes pratiques dans divers domaines pour aider le clinicien dans sa pratique. Certaines sont basées sur des preuves scientifiques, d'autres sur des consensus d'expert ou sur de simples recommandations informelles ou principes de précaution selon les méthodologies décrites. Leur validité, leur qualité médico-scientifique et leur adéquation à la science de l'époque doivent donc être contrôlées. Ces recommandations doivent être hiérarchisées, et leur application à la situation clinique du patient vérifiée par le prestataire de soins avant son éventuelle utilisation, et de même, par l'expert lors de son analyse¹⁸¹ de dossier.

¹⁷³ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/imagerie-medicale/Pages/default.aspx#.Wib1JeRe6hc>.

¹⁷⁴ Ibid.

¹⁷⁵ https://kce.fgov.be/fr/tous-les-rapports?sort=publication_date&order=desc&f%5B0%5D=pas_8977%3A7228.

¹⁷⁶ <https://www.cdih.be/fr/Pages/bronnen.aspx?&auth=false>.

¹⁷⁷ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/antibioticagids_fr.pdf.

¹⁷⁸ <http://focusonmedicalimaging.be/>.

¹⁷⁹ https://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_FR.asp?.

¹⁸⁰ <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>.

¹⁸¹ KCE reports vol 26B : « *Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales* » 2006.

L'urgentiste doit donc fonder sa pratique médicale sur les preuves « *evidence-based* »¹⁸². Cependant, une ligne de conduite (guideline) n'est pas une norme, une contrainte stricte de pratique où la dérogation est une infraction. Il s'agit d'un repère d'intervention optimale, une aide à la prise de décision, qui peut bénéficier d'adaptation compte tenu du particularisme, des besoins individuels de chaque patient.

Toutefois, si le juge estime qu'un urgentiste normalement prudent, diligent, placé dans les mêmes circonstances avait respecté ladite recommandation, il pourrait considérer que l'urgentiste a commis un manquement en s'en écartant sans justification valable.

L'autonomie médicale, la liberté thérapeutique ne constituent pas des motivations suffisantes pour déroger à une recommandation de bonne pratique¹⁸³.

Illustration : pour une lombalgie aiguë ou une lomboradiculalgie mécanique, on pourrait reprocher à l'urgentiste la réalisation sans justification d'une imagerie, puisque ni la radiographie standard, ni la Résonance Magnétique Nucléaire (RMN) ou le « *Computerized Tomography* » (CT) ne sont initialement indiqués.

En effet, les recommandations en matière de prescription d'imagerie médicale proposées par la Société Belge de Radiologie en 2014 stipulent : « *Les douleurs lombaires aiguës sont généralement liées à une pathologie qui ne peut être diagnostiquée sur une radiographie simple (exception faite du tassement ostéoporotique). Une radiographie simple normale peut être faussement rassurante. En dehors de la recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgente, il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les sept premières semaines d'évolution, sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer une lombalgie spécifique. En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une hernie discale ou autre facteur compressif nécessite une IRM ou un CT. L'IRM, non irradiante, avec un champ de visualisation plus large visualisant l'espace sous-arachnoïdien, est préférable, surtout chez le sujet*

¹⁸² Alfonzo A., Barelli A., Bierens J., Bossaert L., Brugger H., Cordingly M., Daviers R., Deakin R., Dickie S., Dunning J., Fullerton J., Gabbott D., Gwinnutt C., Handley A., Harris B., Haaris S., Lam J., Lippet F., Lockey D., Meyer O., Mitchell S., Monsieurs K., Nolan J., Norris E., Paal P., Pawlec J., Pitcher D., Robson R., Routledge H., Ryan M., Sandroni., Scott M., Smith G., Thies K-C., Zideman D., Directives ERC Edition 2015, « *Réanimation cardiopulmonaire avancée* ».

¹⁸³ KCE reports vol 26B : « *Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales* » 2006.

jeune. IRM ou CT sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (injection épidurale par exemple). Les récives douloureuses postopératoires requièrent en général une IRM »¹⁸⁴.

Quant à la responsabilité spécifique des auteurs des recommandations de bonne pratique, ils devraient également agir selon une méthodologie adéquate, consciencieuse. Nous regretterons, cependant qu'ils tentent d'évacuer ou limiter leur responsabilité par l'existence de clause spécifique de non responsabilité. Cet élément est à apprécier par le juge, uniquement. L'auteur pourrait toutefois être tenu responsable pour le préjudice prévisible par un « bon père de famille »¹⁸⁵ (posologie non spécifiée malgré l'existence de différentes présentations d'ampoules pharmacologiques), si les mesures pour éviter ce préjudice prévisible n'ont pas été anticipées, prises¹⁸⁶ par l'auteur.

- Mauvaise **interprétation des résultats des examens complémentaires** réalisés. Certains diagnostics erronés peuvent découler d'une responsabilité partagée avec d'autres spécialistes consultés. Par exemple, vis-à-vis de la radiologie :

- Si l'urgentiste se fie au protocole du radiologue sans s'être donné le moyen de lire lui-même le cliché, en cas de d'erreur de protocole, la responsabilité des deux médecins pourrait être engagée.
- Par contre, si l'urgentiste regarde le cliché et qu'il ne voit pas la lésion, il s'est donné les moyens d'arriver au diagnostic mais n'a pas vu la lésion (d'ailleurs, le spécialiste en la matière ne l'a pas vue non plus), seule, la responsabilité du radiologue pourrait être retenue, puisqu'il est de sa compétence d'établir un protocole correct. L'urgentiste ne serait, alors, pas considéré comme responsable. À laisser toutefois, à la parfaite appréciation du juge.

¹⁸⁴ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommandations_en_matiere_de_prescription_de_limagerie_medicale_pc.pdf.

¹⁸⁵ Brussel 6 novembre 1991, J.L.M.B. 1992,1135.

¹⁸⁶ KCE reports vol 26B : « Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales » 2006.

* **Retard diagnostique** inexplicable entraînant souffrance, séquelles ou décès.

Certains diagnostics sont difficiles à poser. Seules, l'évolution des symptômes et la poursuite des investigations médicales permettent d'y arriver. C'est notamment le cas des diagnostics de spondylodiscite, d'endocardite, de lymphome... Ces présentations atypiques entraînent un retard à l'établissement du diagnostic. Ce retard est compréhensible. Un urgentiste normalement diligent, prudent, compétent, aurait agi de la même façon. Il n'y aurait, alors, pas de manquement dans le chef de l'urgentiste.

En Suisse, suite à une inadéquation diagnostique commise par un médecin urgentiste, le juge a déclaré : *« travailler dans un service d'urgence ne signifie pas que l'on puisse invoquer la notion d'urgence pour excuser les erreurs commises. Le fait que le médecin découvre chaque cas au moment où il se présente, sans connaissance préalable du patient et de son vécu, doit l'inciter à une attitude de prudence accrue et à ne pas poser hâtivement un diagnostic »*¹⁸⁷.

Le juge n'a pas retenu que *« la pression du temps considérable que le médecin subit dans le cadre des urgences ne lui a pas permis de fonder son diagnostic comme dans une situation normale »*¹⁸⁸.

*« Le médecin commet une faute lorsqu'il ne pratique pas ou n'ordonne pas les examens qui permettraient de déceler l'origine des maux dont souffre son patient et que ces carences sont incompatibles avec le critère du médecin normalement diligent et avisé »*¹⁸⁹. L'absence de recours aux examens nécessaires est constitutive de faute¹⁹⁰.

L'inadéquation diagnostique peut entraîner une inadéquation thérapeutique et une perte de chance de guérison suite à la non administration du traitement adéquat.

¹⁸⁷ J.Perrenoud, « Devoirs de diligence du médecin d'urgence : commentaire de l'arrêt Planche à roulette », Revue suisse de droit de la santé, RSDS/SZG 6/21005. Institut de droit de la santé de l'université de Neuchâtel, n°6, mai 2005, p.7.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Mons, 13 décembre 1983, rev .rég.dr. 1984, p 175.

¹⁹⁰ Corr. Bxl 17/12/1967, inédit, RG n° 1705.

✓ **Thérapeutique :**

* **Erreur thérapeutique :** indication, contre-indication, posologie médicamenteuse, voie d'administration ou mise en œuvre erronée, compte tenu des éléments recueillis en salle d'urgence.

Une particularité de la prescription médicale en salle d'urgence est souvent, dans un premier temps, son oralité. L'infirmier doit, alors, consigner par écrit dans le dossier infirmier la prescription médicale orale. Ceci requiert une confiance réciproque entre les intervenants pour une bonne fonctionnalité.

L'AR du 18/06/1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre stipule, en son art 7quater, § 3 et § 4 :

"Lors de la prescription communiquée oralement par le médecin au praticien de l'art infirmier, à exécuter en présence du médecin, le praticien de l'art infirmier répète la prescription et avertit le médecin de son exécution. Le médecin confirme la prescription par écrit dans les meilleurs délais. En cas d'urgence uniquement, la prescription formulée oralement peut être exécutée en l'absence du médecin »¹⁹¹.

« Les actes B2, qui sont des actes infirmiers que l'infirmier peut exécuter sous prescription médicale (l'administration de médicaments, le placement de sondes gastriques et vésicales, l'enlèvement de sutures...). Le médecin est responsable pour la prescription, l'infirmier pour l'exécution de la technique »¹⁹².

De plus, s'il existe une procédure ou un plan de soins de référence (ordre permanent médical) dans le service, les infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence peuvent au SUS et dans le cadre de

¹⁹¹ Arrêté royal du 18 Juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (M.B. du 26/07/1990, p. 14684).

¹⁹² Marc Van Bouwelen, Président, Commission technique de l'art infirmier (2010-2015).

l'AMU, appliquer les prestations techniques de soins infirmiers et les actes médicaux confiés¹⁹³.

***Retard thérapeutique**, dans la mesure où l'instauration du traitement, **aurait, de manière certaine**, apporté la guérison ou évité les séquelles et ou la souffrance au patient.

Toutefois, il peut arriver que l'état clinique du patient, dès l'admission, soit irréversible, sans possibilité pour l'urgentiste d'améliorer quoique ce soit, quelle que soit la qualité de la prise en charge réalisée.

***Matériel :**

- mauvais usage de matériel ou méconnaissance du matériel mis à disposition.
- manquement par rapport à l'obligation de disposer du matériel nécessaire et fonctionnel (cf. agréments). Responsabilité de l'utilisateur ou du gardien propriétaire d'un appareil atteint d'un vice causant un dommage¹⁹⁴. Le médecin ou l'hôpital peut être tenu responsable des vices qui affectent les choses qu'ils ont sous leur garde car il y a une présomption irréfragable de responsabilité pour le gardien de la chose.

La victime devra démontrer que l'hôpital est le gardien du matériel défectueux. Que c'est ce matériel affecté d'un vice qui a engendré son dommage¹⁹⁵. Au gardien de prouver, si nécessaire, que le dommage est indépendant de sa responsabilité¹⁹⁶ et de se retourner contre le fabricant¹⁹⁷.

***Non-respect des nouvelles recommandations ou des dernières normes** par rapport au **traitement** d'une pathologie spécifique compte tenu des données acquises de la science de l'époque.

***L'acharnement thérapeutique**, poursuite déraisonnable de traitement (y compris réanimation cardiopulmonaire) conduisant à une survie avec séquelles majeures pour le patient. Toutefois, compte tenu des progrès de la science médicale, une maladie incurable

¹⁹³ Arrêté royal du 21 avril 2007 insérant un nouvel article 7bis dans la liste des actes de l'AR du 18 Juin 1990.

¹⁹⁴ Article 1384 et suivants du Code civil.

¹⁹⁵ Article 7 de la loi du 25 février 1991, loi relative à la responsabilité du fait des produits défectueux ; Cass, 12/2/1976, Pas 1976, I, p 52.

¹⁹⁶ Cass., 3 septembre 2004, R.G.D.C., 2005, p33.

¹⁹⁷ Article 3 de la loi du 25 février 1991

peut devenir demain curable. L'urgentiste se retrouve face à un conflit de valeurs. Il doit tenir compte des progrès thérapeutiques, de l'avis du patient, de sa famille.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins précise toutefois dans un avis relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie : « *L'arrêt ou la non-mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance* »¹⁹⁸. Dans son article 97, le Code de déontologie médicale précise que l'acharnement thérapeutique doit être évité.

En cas d'absence de consensus avec le patient ou son représentant légal, si le traitement exigé ne présente aucune utilité médicale, le médecin ne peut être contraint à le poser. Il doit concerter son équipe et un confrère spécialisé en la matière, prendre les dispositions nécessaires pour assurer la continuité des soins et conseiller au patient ou à son représentant légal de prendre l'avis d'un autre médecin, avant de clôturer sa prise en charge¹⁹⁹.

Le paragraphe 28 du rapport de la Commission de questions sociales, de la santé et de la famille à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe le 21 mai 1999 énonce : « *l'intervention médicale a pour but de guérir la maladie et de soulager la douleur, et non de prolonger la vie à tout prix* »²⁰⁰.

***L'absence de mise en route de soins palliatifs :**

La loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir leur définition prévoit dans son article 2 : « *Tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. {...} par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés au patient qui se*

¹⁹⁸ <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l-27euthanasie-et-a-d-27autres-decisions-medicales-concernant-la-fin-de-vie>.

¹⁹⁹ Bulletin du Conseil national n°102, déc 2003. Avis du 27 septembre 2003 sur la mention « DNR » dans le dossier médical hospitalier.

²⁰⁰ Doc.8421, 21 mai 1999- « *Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants* »- rapport- Commission de questions sociales, de la santé et de la famille.

trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie {...} les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des traitements sont encore en cours jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches jusqu'après le décès. Idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive en fonction des besoins »²⁰¹.

L'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précise que : « *Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite »²⁰². Le patient peut refuser des soins curatifs à tout moment de sa pathologie et il peut opter à tout instant pour des soins palliatifs, aussi rappelés dans l'article 95 du Code de déontologie médicale.*

✓ **Surveillance, prudence, vigilance, diligence :**

***Manque de surveillance du patient et de son évolution clinique**, compte tenu des éléments recueillis en salle d'urgence, de l'identification de cas à risque et ou de l'évolution prévisible.

***Non-respect des recommandations ou normes en vigueur par rapport à la surveillance d'une pathologie** spécifique.

***Défaut de vigilance et de sécurité :** Exemples :

- Pacing, cardioversion et défibrillation : le médecin urgentiste qui effectue une défibrillation est responsable de la sécurité du patient, des intervenants et d'éventuels tiers. Il veille à la sécurité de chacun.

- Barrière de lit : le médecin urgentiste qui ôte les barrières de lit pour examiner un patient à risque de chute, est tenu de les replacer pour s'assurer de la mise en sécurité de son patient.

²⁰¹ Loi 21 Juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs (M.B. du 29.08.2016) LOI 2002/06/14_MOD2016/07/21.

²⁰² Article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

✓ *Suivi et orientation :*

* **Suivi et orientation manquants ou erronés** compte tenu des éléments recueillis en salle d'urgence.

* **Inadéquation du choix du vecteur de transfert**, si nécessaire.

* **Retard dans le transfert** vers un service ou un centre spécifique entraînant un retard dans la prise en charge.

* **Absence de transmission du dossier du patient lors du transfert** vers des centres spécialisés permettant une prise en charge plus rapide dans le centre receveur et limitant les conséquences pour le patient.

* **Absence de proposition de réexamen** en cas d'aggravation ou de persistance des plaintes ou l'apparition de nouveaux symptômes.

- **Non-Respect des normes d'agrément :**

✓ *En termes de qualifications de l'urgentiste :*

En raison de la pénurie d'urgentiste, il arrive que certains intervenants médicaux exercent une activité au sein des urgences, sans y être formés spécifiquement²⁰³ et en dehors des dérogations prévues des agréments.

✓ *En termes de contraintes de fonctionnement :*

*Prestation moindre que le mi-temps légal :

Dans un avis du 16 décembre 1989 sur l'exercice à plein temps, le Conseil National de l'Ordre a précisé : « *que le nombre d'heures minimum requis pour que la fonction soit considérée comme étant exercée à plein temps doit être précisé contractuellement entre le gestionnaire de l'hôpital et le médecin à fonction hospitalière : ce nombre d'heures pouvant, le cas échéant, varier selon la fonction spécifique exercée par le médecin hospitalier* »²⁰⁴.

²⁰³ Etschart M., Levraut J., « *Gestion des flux de patients aux urgences* ».

²⁰⁴ <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/m%e9decin-hospitalier-plein-temps>. Consultation 23/10/2017.

Le temps plein hospitalier est défini dans la réglementation générale de l'hôpital, souvent avec une pondération de minimum 8 demi-journées hospitalières, la demi-journée correspondant à au moins 3 heures de présence au sein de l'hôpital²⁰⁵ (cf. annexe 20). Le mi-temps pourrait donc en être déduit.

*Dépassement du temps de travail :

Dans leur travail sur la gestion des flux de patients aux urgences Mylène Etchart et Jacques Levraut reconnaissent une certaine pénibilité au travail d'urgentiste et écrivent : « *Il est impossible de garantir l'efficacité, l'attention et le rendement maximal d'un médecin ou d'un soignant lorsque celui-ci travaille plus de 12 heures d'affilées aux urgences. Aux USA, il a même été montré qu'un début de burn-out apparaissait dès 8 heures continues de travail* », et ce alors même que la loi belge autorise des prestations de 24 heures. Malgré cette large limite légale, il arrive que certaines urgentistes enchaînent leur prestation de site en site, de 24 heures en 24 heures, sans respecter le repos légal indispensable à des prestations de qualité et ce, hors cas de force majeure.

*Cumul de garde médicale :

Urgences-soins intensifs, urgences-médecine interne ou autre ne permettant pas à l'urgentiste de remplir pleinement sa fonction.

- **Non-Respect des droits fondamentaux du patient**²⁰⁶:

La loi du 22 août 2002 énumère leurs droits fondamentaux du patient. La plupart de ces droits étaient déjà présents dans le code de déontologie médicale. Cette loi n'a pas de sanction pénale. Son but est d'améliorer la qualité de la relation prestataires de soins-patient, en consacrant davantage de temps à la consultation. Le patient doit être considéré comme un partenaire dans la relation de soins.

²⁰⁵ Circulaire ministérielle du 13 août 1990 relative à arrêté royal du 10/8/87 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical, modifié par arrêté royal du 13/8/1990.

²⁰⁶ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. ED: 26/09/2002.

Avant cette date, la jurisprudence s'inspirait de principes du droit international comme l'arrêt Mercier (1936) de la Cour de Cassation française²⁰⁷:

- « *Le patient a droit à des soins consciencieux, diligents, conformes aux connaissances de la science et aux règles de la pratique* ».
- « *Le patient doit donner son accord sur les soins que le médecin envisage de lui donner. Pour pouvoir prendre sa décision en connaissance de cause, le médecin doit donner à son malade toutes les informations nécessaires* ».

L'article 30 de l'arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008 précise que c'est l'hôpital qui « *est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, en ce qui concerne le respect des droits du patient prévus dans la loi précitée du 22 août 2002, à moins que l'hôpital n'ait communiqué au patient, explicitement et préalablement à l'intervention du praticien professionnel, {...} qu'il n'était pas responsable de ce praticien professionnel, vu la nature de (leurs) relations juridiques {...}* »²⁰⁸.

✓ ***Qualité de la prise en charge***²⁰⁹:

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient stipule que le patient doit recevoir les meilleurs soins possibles, en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible, sans discrimination.

« *Les soins visant à prévenir, traiter et soulager la douleur physique et psychique, font partie intégrante du traitement du patient* ».

L'article 34 du code de déontologie médicale dispose : « *Tant pour poser un diagnostic que pour instaurer et poursuivre un traitement, le médecin s'engage à donner aux patients des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science* »²¹⁰.

²⁰⁷ Cass. fr. 20.05.1936 D.P.1939, I, 88.

²⁰⁸ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19, art.30 ; ED 07/11/2008.

²⁰⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art.5 ; ED: 26/09/2002.

²¹⁰ Article 34 du code de déontologie médicale.

L'article 73 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités demande au prestataire de soins de veiller « *à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt du patient et tenant compte des moyens globaux mis à sa disposition par la société* ».

Ainsi, pour certaines pathologies spécifiques, nécessitant une orientation vers un plateau technique particulier, indisponible sur le site primaire de la prise en charge, le médecin urgentiste doit transférer son patient, en temps opportun, vers l'institution que requiert sa prise en charge.

Toutefois, la qualité de prise en charge est un paramètre difficile à évaluer et certains éléments comme l'existence et le respect des procédures de prise en charge, de règles de bonnes pratiques permettent d'homogénéiser les soins²¹¹. En 1998, le tribunal correctionnel de Tongres a jugé important l'existence de protocoles aux soins intensifs pour une méningococcsémie : « *...pour le traitement d'un choc septique aigu avec des stratégies et des protocoles de traitement appropriés {...}* »²¹².

En l'absence d'une obligation de résultats, malgré les performances de la médecine belge, l'échec d'un traitement peut survenir et n'est ni une erreur, ni un aléa, ni une complication. Certaines pathologies, quoique bien traitées, évoluent par elles-mêmes de manière gravissime engendrant séquelles et/ou décès du patient, l'incompréhension et la frustration.

Le patient doit « *apporter son concours* »²¹³, c'est-à-dire donner des informations exactes, complètes au médecin pour permettre une prise en charge de qualité et suivre les consignes prescrites par le médecin. Ainsi, le patient qui dissimule une information importante, volontairement à son médecin, peut entraîner une prise en charge biaisée et inappropriée. Le patient pourrait alors, être considéré partiellement responsable des séquelles liées à la prise en charge erronée. De même, s'il néglige de suivre les conseils prescrits par son médecin.

²¹¹ A. Bellou, J. Bouget, J. Caudron, C. Cerfontaine, P. Grignon, L. Goix, J. Rottner, T. Rusterholtz : « *Critères d'évaluation des services d'urgences* », Referentiel. SFMU.

²¹² Corr.Tongeren 10 septembre 1998, T.Ge. 1998-99,232-234.

²¹³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Article 4 ED: 26/09/2002.

✓ ***Choix du praticien professionnel :***

Chaque patient a le droit fondamental de faire appel au médecin de son choix.
L'application de ce libre choix peut être temporairement conditionnée par le respect de l'organisation interne de chaque service de l'hôpital et l'organisation des services entre eux.

Ainsi, le Conseil National de l'Ordre a remis un avis en 2008 concernant le choix du médecin aux urgences et/ou pendant la garde qui précise que le libre choix du prestataire aux urgences ou à la garde ne peut être garanti. Mais le patient doit en être informé au premier contact.

Les rôles de garde sont établis sur base de critères de compétences médicales et de qualité des soins sans tenir compte du genre du prestataire ou d'autres critères en dehors du champ de compétence médicale.

La loi relative aux droits du patient et la déontologie, autorise le patient à refuser les soins²¹⁴.

✓ ***Information sur l'état de santé :***

L'urgentiste comme tout médecin doit communiquer au patient, ou à la personne de confiance que le patient désigne, toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé (diagnostic) et son évolution probable, le comportement à adopter en conséquence (traitement et prévention), sauf s'il ne souhaite pas être informé (« *excepté si son refus peut sérieusement nuire à sa santé ou à la santé de tiers (exemple : une maladie contagieuse* »²¹⁵).

L'urgentiste consigne les échanges dans le dossier médical.

Ces informations doivent être délivrées en tenant compte des capacités intellectuelles et émotionnelles du patient.

²¹⁴ Avis du CN du 26/4/2008, a120009, bulletin120p.11. « *Choix du médecin aux urgences et/ou pendant la garde* ».

²¹⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art.7; ED: 26/09/2002.

Concernant le traitement, le médecin doit en préciser l'utilité, l'urgence, les risques (y compris l'altération des capacités physiques et intellectuelles, exemple : la conduite d'un véhicule²¹⁶), les alternatives, les conséquences en cas de refus du traitement et/ou d'une hospitalisation (séquelles et/ou décès).

« De manière exceptionnelle et temporaire, le praticien peut décider de ne pas communiquer certaines informations au patient s'il estime qu'elles risquent de causer à ce moment un préjudice sérieux à la santé du patient.

Dans ce cas, le praticien doit :

- *consulter un autre praticien professionnel*
- *motiver sa décision dans son dossier de patient*
- *informer la personne de confiance que le patient a éventuellement désignée »²¹⁷.*

Donc, le fait de travailler dans un SUS ne dispense pas le praticien du devoir d'informations. Le patient doit être informé de la balance bénéfique/risque d'un traitement pour décider en connaissance de cause.

Le médecin détient un savoir qu'il doit partager avec son patient. Le patient devient acteur de sa prise en charge.

Le juge devra évaluer d'une part, l'effet de l'information sur le patient : absence d'alternative thérapeutique, mise en jeu du pronostic vital, acte indispensable à la survie et proportionné à l'état du patient. Si même informé des risques, le patient pouvait accepter le traitement, il pourrait ne pas y avoir, de préjudice lié au manque d'information. D'autre part, le juge devra évaluer l'intérêt du traitement compte tenu de la situation du patient. Si le médecin utilise le traitement le plus précautionneux pour le patient et que malgré cette prudence, une complication se présente, même informé du traitement et des complications, le patient n'aurait pu échapper à la complication compte tenu des précautions prises.

Par ailleurs, aucun acte médical n'est dénué de risque intrinsèque, lié à la procédure même, mais il ne peut faire perdre de chance au patient si cet acte est l'unique moyen

²¹⁶ AR 5 septembre 2002(M.B. 25.09.2002) relatif au permis de conduire. Article 26.

²¹⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art.7; ED: 26/09/2002.

thérapeutique pour sa survie, en situation d'urgence. Alors, cette intervention médicale s'impose.

Il faut préciser que la personne de confiance et le représentant du patient ne sont pas les mêmes personnes. En effet, Pierre Verlynde, Magistrat-Assesseur effectif au Conseil provincial de l'Ordre des médecins du Brabant d'expression française, précise que « *la personne de confiance ne peut intervenir que conjointement avec ou au nom du patient capable d'exercer ses droits et n'a de rôle à jouer que dans l'exercice du droit à l'information et du droit à la consultation du dossier, tandis que le représentant n'intervient que si le patient n'est pas capable d'exercer ses droits et exerce, en principe, tous les droits accordés par la loi au patient* »²¹⁸.

L'article 14 de la loi sur les droits du patient mentionne qu'en l'absence de mandataire désigné par le patient : « *les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait. Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés en ordre subséquent, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeurs du patient. Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient. Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe* ».

Les droits d'un patient mineur sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par le tuteur. P. Verlynde précise que : « *depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 avril 1995, l'autorité parentale est, durant le mariage, exercée conjointement par le père et la mère et que cette règle continue à s'appliquer en cas de séparation de fait. Très souvent, par ailleurs, même en cas de séparation organisée dans le cadre d'une procédure en divorce, l'autorité parentale continue à être attribuée aux deux parents conjointement même si l'enfant est confié plus spécifiquement à l'un d'eux* ».

²¹⁸ http://www.ombf.be/bul_mai2004_droits.html. Consultation le 4-11-2017.

L'article 12 de la loi sur les droits du patient dispose : « § 1er. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur. §2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur exerçant l'autorité qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts »²¹⁹.

✓ **Consentement libre à la prestation :**

Après avoir informé son patient sur la nature du mal, le médecin urgentiste à l'obligation d'obtenir son consentement libre, expresse, préalable et éclairé pour son traitement. L'information doit porter sur « le but de l'intervention, le degré d'urgence, la durée, les effets secondaires, les risques, le suivi, le coût financier (honoraires, tickets modérateurs, suppléments, etc.), les alternatives éventuelles » possibles même s'il ne le pratiquerait pas lui-même et que d'autres praticiens pourraient l'effectuer. Le médecin doit pouvoir donner les raisons qui l'ont poussé à rejeter les autres traitements²²⁰.

Le médecin reste libre de déterminer le traitement le plus adéquat pour son patient²²¹. L'urgentiste, dans son dossier médical, peut indiquer au médecin traitant qu'il a expliqué au patient les avantages et inconvénients des techniques et traitements, ainsi que répondu à ses questions. Par prudence, le médecin devrait établir un consentement écrit signé par le patient, où est indiqué qu'il a été pleinement informé. Il serait toutefois utile, de préciser que la liste énumérée est non exhaustive. Ce document n'est toutefois pas obligatoire²²².

Le médecin énonce les risques normaux, inhérents au traitement et pertinents pour le patient²²³ sans l'effrayer, au risque de le voir refuser un geste nécessaire.

²¹⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art.12; ED: 26/09/2002.

²²⁰ G. Genicot, « *Droit médical et biomédical* », Bruxelles, Larcier, 2010, p. 163.

²²¹ H. Nys, « *La médecine et le droit* », Kluwer, 1995, pp. 403-412.

²²² Bruxelles (1^{ère} chambre, 19 avril 2005, AR.20000/AR/1352, inédit.

²²³ Article 8, § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Cinq critères peuvent être retenus²²⁴:

- La fréquence du risque (> 1%). Toutefois, la Cour de Cassation a retenu dans un arrêt de 2009 que « *le simple fait que ces risques ne se réalisent que rarement, ne dispense pas le médecin de son devoir d'information {...}. Le médecin doit informer le patient des risques rares pouvant avoir des rares conséquences* »²²⁵ sauf caractère exceptionnel et imprévisible.
- La gravité du risque (risque de séquelles ou de décès).
- La nature de l'intervention (confort ou urgence).
- L'urgence.
- Les caractéristiques personnelles du patient (psychisme et capacité intellectuelle).

En cas d'urgence, lorsqu'il est impossible de discerner la volonté du patient ou de son représentant, l'urgentiste doit réaliser toutes les interventions nécessaires et l'indiquer dans le dossier du patient. Ce consentement est verbal ou déduit d'un comportement acquiesçant à la prestation²²⁶, il doit être sans équivoque.

En cas de refus du patient d'adhérer au traitement, le médecin respecte le choix du patient, mais poursuit les soins de qualité : « *exemple : poursuite des soins corporels de base à un patient qui refuse de boire et de s'alimenter. Lorsque le patient se trouve dans un état de santé l'empêchant d'exprimer sa volonté (ex. coma, maladie mentale dégénérante), le praticien doit respecter la déclaration de volonté anticipée rédigée par le patient lorsqu'il était encore à même d'exercer ses droits. Cette déclaration de volonté anticipée peut contenir le message que le patient refuse de donner son consentement à une intervention déterminée* »²²⁷.

Le Code de déontologie précise dans l'article 28 : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. De même, le médecin peut se dégager*

²²⁴ B. Kohl, « *Réparation et indemnisation dommage corporel, principes* ». Formation continue en droit de l'expertise, Liège 2016.

²²⁵ Arrêt de la Cour de cassation N°C.07,0548N du 26/6/2009.

²²⁶ *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.*

²²⁷ *Ibid.*

de sa mission à condition d'en avertir le patient ou son entourage, d'assurer la continuité des soins, et de fournir toutes les informations utiles au médecin qui lui succède ».

Et dans l'article 29 : *« Le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade sur les raisons de toute mesure diagnostique ou thérapeutique proposée. Si le malade refuse un examen ou un traitement proposé, le médecin peut se dégager de sa mission dans les conditions prévues... de l'article 28 ».*

Six exceptions au consentement éclairé existent²²⁸.

- L'extrême urgence, l'état de nécessité. Le médecin n'a pas le temps matériel pour demander le consentement.

« Art. 8 § 5 Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant..., toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient {...} et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents »²²⁹.

Dès que cette volonté est connue par rapport à une intervention déterminée, le médecin doit respecter la volonté du patient, sa déclaration anticipée, rédigée alors qu'il était encore capable d'exercer ses droits²³⁰.

Toutefois, en cas de refus de soins, lorsque la vie du patient est en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins indispensables, proportionnés à sa clinique. Il consigne dans le dossier toutes les tentatives et le temps consacré pour essayer d'aboutir à cette acceptation.

²²⁸ B. Kohl, « Réparation et indemnisation dommage corporel, principes ». Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

²²⁹ Article 8, § 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

²³⁰ Article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Le médecin urgentiste peut être amené à poser les gestes salvateurs en l'absence d'alternative thérapeutique. L'urgentiste est, à nouveau confronté à un conflit de valeur : la protection de la vie et la liberté individuelle. En cas de recours, le juge sera amené à trancher.

- Le patient inconscient ou qui présente une altération des facultés mentales.
- L'exception thérapeutique : l'information serait préjudiciable au patient (risque d'atteinte grave à la santé). La procédure formelle impose au médecin de demander l'avis à un autre praticien. L'avis écrit est consigné dans le dossier et les médecins informent la personne de confiance.
- Le respect du refus de savoir du patient.
- La contrainte légale (vaccination obligatoire, prélèvement judiciaire).
- L'extension thérapeutique en cours d'opération (si urgence).

En règle, dans son arrêt du 16 décembre 2004, la Cour de cassation précise que c'est au patient qui allègue que son médecin n'a pas rempli son devoir d'information à son égard d'en rapporter la preuve²³¹.

Toutefois, dans un arrêt du 21/11/2016, la Cour d'appel d'Anvers a jugé que le médecin ne pouvait pas prouver qu'il avait suffisamment informé des complications possibles. Sur ce point, il avait commis une faute. Le prestataire n'a pas dû indemniser le plaignant. La demande du patient a été déclarée non fondée car il n'a pas pu démontrer qu'il n'aurait pas subi l'intervention, s'il avait été totalement informé des complications. Pour entraîner une responsabilité, il faut que l'absence de consentement entraîne un dommage, en lien causal avec le manquement établi de

²³¹ P. Verlynde, *Themis et Asclepios*. Ordre des médecins, Conseil provincial de BXL et du BW. Bulletin février 2008.

l'absence de consentement. La preuve du lien causal entre la faute alléguée et le dommage revient d'office au patient.

Or, souvent, l'inadéquation est indépendante du fait que le patient ait consenti aux soins ou non. Il faut détecter la cause du dommage. Parfois, il existe un lien de causalité limité pouvant entraîner une indemnisation partielle par la notion de « perte de chance »²³².

✓ **Tenue du dossier :**

Le dossier médical est un élément central de la traçabilité de la prise en charge du patient, mémoire écrite du médecin, élément de contrôle.

Il est obligatoire pour chaque patient²³³. L'urgentiste doit le compléter avec rigueur, avec un maximum d'informations pour qu'une simple lecture permette de retracer l'histoire du patient en SU.

Il faut noter que la prise en charge extra hospitalière est également traçable. En effet, pour chaque mission 112, les ambulanciers, les infirmiers du PIT et le médecin SMUR rédigent un rapport de prise en charge laissé au SUS pour compléter le dossier du patient. Toutes les communications à la centrale 112 sont enregistrées. La réécoute des bandes peut-être également demandée au responsable de ce service.

Les courriers d'adressage des patients doivent être annexés au dossier médical.

Chaque patient peut demander l'accès à son dossier sur simple demande dans un délai de 15 jours, s'il ne subit pas de pression de tiers (assureur...).

Certains éléments du dossier sont toutefois, soumis à exclusion de cette demande :

- « *Les annotations personnelles du praticien.*
- *Les données relatives aux tiers.*
- *Les données lorsque le praticien a exceptionnellement estimé qu'elles pourraient constituer à ce moment un préjudice sérieux pour la santé du patient ; dans ce cas, seul*

²³² S.El Banna, F. Bauthier, J.-P. Beauthier «*Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales Le consentement éclairé* ». Article de synthèse. Rev Med Brux 2013 ;34 :469-78.

²³³ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19, art.20 § 1er ; ED 07/11/2008.

un praticien professionnel désigné par le patient pourra consulter le dossier, les annotations personnelles y inclus.

Après le décès du patient, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus (les (grands-)parents, les (petits-)enfants, les frères et les sœurs) peuvent consulter le dossier de patient indirectement, par l'intermédiaire d'un praticien professionnel, aux conditions suivantes :

- *Le patient ne peut pas s'être opposé de son vivant à cette consultation.*
- *La demande de consultation doit être motivée et les raisons invoquées doivent être suffisamment sérieuses pour constituer une exception au droit de protection de la vie privée du défunt (ex. la suspicion d'une faute médicale, pour dépister les antécédents familiaux, etc.).*
- *Le droit de consultation est limité aux données qui sont en lien avec les raisons invoquées par les membres de la famille »²³⁴.*

Concernant les annotations personnelles du praticien, P Verlynde déclare : *« Ses notes font partie de la stricte sphère privée de sa vie personnelle et il doit pouvoir en disposer en toute sérénité, à son usage propre, sans aucune interférence. Un médecin a droit à sa propre idée et à ses impressions personnelles à propos de certains problèmes mais tout aide-mémoire ou note concernant une piste de réflexion lui appartient en propre sans obligation de transmission à qui que ce soit »²³⁵.*

L'arrêté royal du 3 mai 1999 (M.B. 30.07.1999) détermine les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre. Ainsi l'article 2 précise que le dossier médical doit au moins comporter les documents et renseignements suivants (cf. annexe 21) :

« 1° l'identité du patient ;

2° les antécédents familiaux et personnels, l'histoire de la maladie actuelle, les données des consultations et hospitalisations antérieures ;

3° les résultats des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histopathologiques ;

²³⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art. 9 ;ED: 26/09/2002.

²³⁵ http://www.ombf.be/bul_mai2004_droits.html. Consultation le 4-11-2017.

- 4° les avis des médecins consultés ;
- 5° les diagnostics provisoires et définitifs ;
- 6° le traitement mis en œuvre ; en cas d'intervention chirurgicale, le protocole opératoire et le protocole d'anesthésie ;
- 7° l'évolution de la maladie ;
- 8° éventuellement le protocole de l'autopsie ;
- 9° une copie du rapport de sortie ».

Il doit être le recueil fidèle de la démarche thérapeutique et accessible en permanence.
Il doit être complété d'un dossier infirmier.

✓ **Secret professionnel :**

Article 10 de la loi sur les droits du patient dispose : « §.1er. Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé. Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements. §.2. Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers ».

La Cour constitutionnelle dans un arrêt de 2013 rappelle : « Cette obligation de secret, mise à charge du dépositaire par le législateur, vise à titre principal, à protéger le droit fondamental à la vie privée de la personne qui se confie, parfois dans ce qu'elle a de plus intime »²³⁶.

« L'information concernant l'état de santé du patient ne peut pas être communiquée à des tiers sauf exceptions prévues par la loi »²³⁷.

Dans son article V du titre II, le médecin au service du patient, le code de déontologie précise ces exceptions légales²³⁸ tout en précisant que le médecin devait apprécier en

²³⁶ Cour Constitutionnelle, 26 septembre 2013, n°127/2013

²³⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Art.10 ; ED: 26/09/2002.

²³⁸ <https://www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/secret-professionnel-du-m%E9decin>. Consultation le 27-10-2017.

conscience si le secret professionnel l'obligeait néanmoins à ne pas communiquer certains renseignements.

Ainsi, dans le cadre des urgences, seules certaines informations peuvent être communiquées dans les limites strictes, des renseignements nécessaires :

-A l'exercice de la mission des inspecteurs du service d'évaluation et de contrôle de l'INAMI, eux même soumis au secret.

-Aux médecins-conseils des organismes assureurs, eux même soumis au secret.

-Aux médecins du Fonds des accidents médicaux (cf. loi du 31 mars 2010).

-Concernant les maladies transmissibles épidémiques (vénériennes et autres) aux inspecteurs d'hygiène.

-Concernant les naissances aux officiers de l'état civil (art.56 du Code civil et 361 Code pénal).

-Dans le cadre des statistiques annuelles sur les causes de décès, le médecin qui constate le décès est tenu de remplir les formulaires ad hoc. L'article 4 de la loi du 4 juillet 1962 relative à la statistique publique indique : « *Les médecins ne peuvent invoquer le secret professionnel pour refuser les renseignements dont ils sont dépositaires par état ou par profession, lorsque ceux-ci leur sont demandés en exécution des articles 1^{er} et 3 de la présente loi en vue de l'établissement de statistiques sanitaires. Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat de ces renseignements* ». L'article 22 de la loi de 1962 contient une disposition pénale.

-Au représentant légal ou de fait du patient incapable ou inconscient.

-Au médecin chargé d'une mission d'expertise judiciaire avec l'accord du patient.

-Sous forme anonyme à des organismes à but scientifique.

-Aux médecins du « Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».

-À l'établissement des certificats médicaux réglementaires :

- * Pour les accidents de travail, maladies professionnelles, contrats d'assurance terrestre.

- * Pour la protection de la personne des malades mentaux.

- * Pour l'exécution d'un contrat d'assurance sur la vie, moyennant l'accord préalable de l'assuré.

-Dans les situations de maltraitance (attentat à la pudeur, viol, coups ou blessures volontaires, mutilations, privation d'aliments et de soins, défaut d'entretien et délaissement) de personnes vulnérables,

- * Si le patient est capable de discernement, il doit lui faire part de ses constatations médicales et l'inciter à prendre les initiatives requises. En accord avec le patient, il pourra prendre contact avec les structures spécifiques pour gérer cette problématique. En cas de danger grave, et imminent ou d'indices graves d'un danger sérieux et réel et que l'urgentiste n'a pas d'autre moyen d'offrir de protection, il peut avertir le procureur du Roi de ses constatations.

- * Si le patient n'est pas capable de discernement, l'article 458bis du Code pénal prévoit pour les patients mineurs ou les personnes vulnérables: « *Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du roi, à condition qu'elle ait **examiné la victime** ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un **danger grave et imminent** pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide d'un tiers, de protéger cette intégrité*

ou qu'il existe des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables soient victimes».

Deux conditions sont alors requises :

1. Le médecin urgentiste doit avoir examiné lui-même la victime.
2. Le danger doit être grave et imminent.

Le médecin urgentiste n'a pas l'obligation d'avertir le procureur mais il en a, alors, l'opportunité au cas où, lui-même ou avec l'aide de tiers, ne pourrait protéger l'intégrité mentale ou physique du patient menacé, par exemple via une hospitalisation pour écarter la victime de son milieu familial.

Le secret vise les confidences mais également tout ce qui a été porté à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession²³⁹.

L'application du secret professionnel est stricte concernant la confiance d'un patient et la seule déclaration d'un patient relevant son médecin du secret professionnel ne suffit pas à libérer le médecin de son obligation.

Devant les autorités judiciaires pour un témoignage en justice ou devant une commission parlementaire, le médecin peut invoquer ledit secret.

« La loi autorise la levée du secret professionnel sans l'imposer pour répondre à l'état de nécessité. Mais, l'appréciation se fait au cas par cas. Trois conditions doivent être réunies pour l'invoquer :

- *La présence d'un mal grave, certain et imminent.*
- *Le principe de subsidiarité : l'infraction au secret est le seul moyen de sauvegarder un intérêt plus impérieux (absence d'alternative à l'infraction).*
- *Le principe de proportionnalité : il faut comparer la valeur protégée par le principe du secret professionnel à la valeur qui risque d'être atteinte si le secret est préservé. Si la seconde valeur est jugée supérieure ou pour le moins égale, on peut être délié de l'obligation au secret »²⁴⁰.*

²³⁹ Article 56,57 du Code de déontologie médicale

²⁴⁰ H.-E. Gervais « Une approche de la notion de secret professionnel ». CLDB, Transit.

Lorsque l'ordre public et la sécurité publique le justifie, sur demande de la police, l'information d'admission d'un patient ayant eu un accident sur la voie publique avec intervention du 112 peut être délivrée, mais pas l'admission d'une personne disparue. Dans ce cas précis, « *le médecin traitant peut faire appel au Président du conseil provincial de l'Ordre des médecins, qui pourra faire savoir au magistrat du parquet compétent qu'il n'y a pas lieu de considérer la disparition comme inquiétante* »²⁴¹.

✓ ***Information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession :***

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a été modifiée par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé. Ainsi, depuis cette modification, le médecin doit informer le patient de deux éléments complémentaires lors des prises en charge :

- Du fait qu'il dispose ou non d'une couverture d'assurance ou d'une autre forme individuelle ou collective de protection concernant la responsabilité professionnelle qu'il pourrait engager.

En effet, l'assurance responsabilité a pour but de couvrir un risque de responsabilité, une éventuelle dette de responsabilité de l'assuré envers un tiers. Elle protège le patrimoine de l'assuré. Il est garanti contre toute demande en réparation dirigée contre lui.

L'assurance professionnelle diffère selon le statut du médecin. Si le médecin travaille sous statut d'indépendant. Il est libre de son choix de se faire assurer. Cette couverture n'est pas une obligation légale, mais une obligation déontologique car le Code de déontologie médicale dispose « *que la victime d'une faute médicale a droit à la réparation du dommage causé par cette faute et que tout médecin doit être assuré à cette fin* »²⁴².

Si le médecin travaille sous statut de salarié d'un hôpital. Son statut est similaire à celui des autres prestataires de soins salariés de l'institution (infirmier...). C'est l'hôpital qui est alors « *civilement responsable* », des manquements commis par le médecin dans le cadre de son contrat de

²⁴¹ J-P Beauthier, P. Dhaeyer, M. Donatangelo, J. Engelbert, V. Luise, J. Moinil, P. Neuville. « *Les secrets professionnels, approche transversale* ». Collection Jeune barreau de Charleroi.

²⁴² Code de déontologie médicale. Article 34, § 2.

travail, hors inadéquations intentionnelles (non couvertes), lourdes (critères d'exclusion) et/ou légères à caractère habituel. Pour couvrir le risque de ces cas spécifiques, la souscription à une assurance professionnelle personnelle est souhaitable²⁴³.

L'assurance protection juridique est vivement conseillée pour tous prestataires de soins quel que soit son statut²⁴⁴.

- Du fait qu'il est autorisé à exercer sa profession (visa du ministère de la Santé Publique, inscription à l'INAMI ou à l'Ordre des médecins) ou son enregistrement²⁴⁵.

Le Conseil national de l'Ordre précise dans un avis du 19/7/2014 : « *Le patient doit être informé des qualifications professionnelles du médecin qui lui dispense des soins de santé. Le médecin qui n'est pas en droit de pratiquer se rend coupable d'exercice illégal de l'art de guérir s'il ne respecte pas cette interdiction même si les patients, informés de cette interdiction, consentent à recevoir ses soins. Le consentement de la victime d'une infraction pénale ne justifie pas cette infraction, dans le chef de son auteur. De même, celui qui s'est vu imposer une limitation de l'exercice de l'art médical ne peut l'excéder* »²⁴⁶.

En pratique, bien que constituant une obligation légale, cette information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession est un idéal difficile à insérer dans le dialogue de confiance médecin-patient, au risque de voir s'intensifier les recours et les procédures. Le contexte spécifique de la prise en charge médicale urgente accentue davantage cette difficulté de communication préalable.

²⁴³ I. Lutte http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=373. Consultation 13-11-2017.

²⁴⁴ Ibid.

²⁴⁵ Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé. Articles 8/1 et 8/2.

²⁴⁶ Avis a146007 Conseil national de l'Ordre du 19/7/2014 concernant les « *Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* ».

o Le dommage :

Le dommage est la lésion d'un intérêt, d'un avantage **légitime** tel que l'intégrité physique. Il doit être **certain** c'est-à-dire de grande vraisemblance, d'un degré élevé de probabilité, pas seulement hypothétique. L'avantage doit être **personnel** à celui qui en réclame la réparation²⁴⁷.

Le dommage est à justifier et motiver notamment, par exemple : par le non-respect des règles de l'art ou de bonnes pratiques.

Le dommage peut être de nature matérielle ou morale. Il est déduit de la comparaison entre l'état du patient avant et après le fait dommageable²⁴⁸. Le dommage peut résider dans une perte de chance réelle et sérieuse²⁴⁹ de guérison, de survie ou d'échapper à un préjudice.

Par son arrêt du 5 juin 2008²⁵⁰, la Cour de cassation confirme que la perte de chance fait partie du dommage.

Les espoirs ou illusions de guérison ou de survie n'ouvrent pas le droit à l'indemnisation²⁵¹. Plus l'état clinique du patient lors de son admission aux urgences est grave, plus la perte de chance qui pourrait être reprochée au médecin est faible.

Concernant la responsabilité de la victime, la Cour de cassation rappelle que la victime « *n'a pas l'obligation de restreindre son dommage dans la mesure du possible ; qu'elle doit uniquement prendre les mesures raisonnables pour limiter le préjudice et qu'elle n'est tenue de pareille obligation que si tel eût été le comportement d'un homme raisonnable et prudent* »²⁵². L'obligation de minimiser son dommage dans le droit belge est une obligation de prendre des mesures raisonnables pour ne pas l'aggraver²⁵³, « *obligation de bonne foi, ... obligation d'agir en homme normalement prudent et diligent* »²⁵⁴ pour « *responsabiliser les victimes* »²⁵⁵, au risque de partager une partie de la responsabilité.

²⁴⁷ I. Lutte, « *La perte d'une chance : un dommage et rien qu'un dommage !* » DroitBelge.Net - 19 août 2008.

²⁴⁸ T. Vansweevelt, « *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital* », Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 275, n° 444; Y.-H. Leleu, G. Genicot, « *Le droit médical. Aspects juridiques de la relation médecin-patient* », Bruxelles, De Boeck Université, p. 127, n° 151; J. Ronse et al., 'Schade en schadeloosstelling', I, A.P.R., Gand, Story-Scientia, 1984, p. 8.

²⁴⁹ Cass. Fr., 9 octobre 1975, *Gaz. Pal.*, 1976, I, p.4 ; Cass. fr., 4 décembre 1996, *Bull.crim.*, 1996, n°445.

²⁵⁰ Cass., 1ere ch., 5 juin 2008, C.07.0199.N, <http://www.cass.be>.

²⁵¹ T. Vansweevelt, *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital*, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 275, n°482 ; Cass., 19 janvier 1984, *Pas.* 1984, I, p.546 ; *R.G.A.R.*, 1986, n° 11.084, note Th. Vansweevelt.

²⁵² Cass., 14 mai 1992, *Pas.*, 1992, I, p. 798 ; *J.L.M.B.*, 1994, p. 49 et note D. Philippe ; *R.W.*, 1993-1994, p. 1395 et note A. Van Oevelen ; www.juridat.be.

²⁵³ E. Berdal, « *L'obligation de limiter son préjudice en matière contractuelle* ». Mémoire Université catholique de Louvain Faculté de Droit 2014-2015, p73.

²⁵⁴ B. Hanotiau, « *Régime juridique et portée de l'obligation de modérer le dommage dans le droit de la responsabilité civile contractuelle et extra-contractuelle* », *R.G.A.R.*, 1987, n° 11.289, point 28.

²⁵⁵ Avant-projet de réforme du droit des obligations et du droit de la prescription, 22 septembre 2005, p. 149, http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAPPORTCATALASEPTEMBRE2005.pdf.

L'évaluation du dommage, du préjudice corporel peut être réalisé selon la nouvelle mission en application²⁵⁶ :

- **Description de l'Atteinte à Intégrité Physique et Psychologique (AIPP)**
- **Description de l'état antérieur :**

En droit commun, l'état antérieur doit être mis de côté. Il n'est pas indemnisable. Ce principe est remis en question par certains tribunaux. Actuellement, majoritairement, l'état antérieur est évacué du processus expertal. L'expert décrit, le juge tranche.
- **Exploration et description de toutes les voies réparatrices** (tout ce qui est réparable doit être réparé) :
 - o Prothèse et orthèse.
 - o Opération correctrice.
 - o Aménagement du véhicule.
 - o Aménagement domicile.
 - o Aide de tiers (spécialisée ou non).
- **Description et quantification des incapacités temporaires :**

Le juge indemnise la répercussion de l'atteinte à l'intégrité physique et ou psychique sur la fonction :

 - o Atteinte à la capacité personnelle.
 - o Atteinte à la capacité ménagère.
 - o Atteinte à la capacité économique.
- **Description et quantification des préjudices particuliers temporaires :**
 - o La douleur (échelle de 1 à 7, indemnisation compensatoire pour les effets secondaires liés à la prise des médicaments).
 - o Le préjudice esthétique (si exceptionnel, sinon intégré à l'incapacité personnelle pour la période passée).
 - o Le préjudice sexuel (souvent intégré à l'incapacité personnelle pour la période passée).
 - o Le préjudice d'agrément : hobby intensif pratiqué par le patient avant son accident et qui n'est plus possible après (souvent, intégré à l'incapacité personnelle pour la période passée).

²⁵⁶ T. Papart « *L'indemnisation du dommage corporel à la croisée des chemins...* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2015.

- **La date de consolidation ou date pivot, date où les séquelles n'évoluent plus.**
- **Exploration et description de toutes les voies réparatrices** (tout ce qui est réparable doit être réparé) :
 - Prothèse et orthèse.
 - Opération correctrice.
 - Aménagement du véhicule.
 - Aménagement domicile.
 - Aide de tiers (spécialisée ou non).
- **Description et quantification des incapacités permanentes :**
 - Atteinte à la capacité personnelle.
 - Atteinte à la capacité ménagère.
 - Atteinte à la capacité économique.
- **Description et quantification des préjudices particuliers :**
 - La douleur permanente exceptionnelle non intégrée dans l'incapacité personnelle.
 - Le préjudice esthétique (échelle de 1 à 7, répercussion de l'atteinte anatomique ou anatomophysologique de la personne entraînant chez la victime une altération de l'image pour elle-même et les autres, y compris l'atteinte psychologique si elle est limitée, sinon elle est intégrée à l'incapacité personnelle.
 - Le préjudice sexuel :
 Impossibilité totale ou partielle d'accomplir l'acte sexuel. Perte dans la capacité de plaisir sexuel.
 Dommage par répercussion du partenaire.
 - Le préjudice d'agrément : si prédilection particulière pour un agrément, sinon intégré dans l'incapacité personnelle.
- **Formulation de réserves pour l'avenir.**

- Le lien de causalité entre la « *faute* », le manquement et le dommage :

Ce lien causal entre la « *faute* », le manquement et le dommage doit être **certain ou de probabilité élevée**²⁵⁷, se fonder sur des éléments scientifiques probants²⁵⁸. « *Le pouvoir d'appréciation du juge ne lui permet pas de décréter une certitude là où les savants reconnaissent leur ignorance* »²⁵⁹. S'il existe une incertitude de lien de causalité entre l'inadéquation et le dommage, le juge ne pourra condamner le prestataire de soins à réparer le dommage²⁶⁰. Il faut noter, que la perte de chance, introduit cette notion d'aléa et donc d'incertitude²⁶¹.

Pour déterminer le lien de causalité entre le manquement et le dommage, une autre théorie existe : la théorie de l'équivalence des conditions²⁶². Elle consiste à considérer que sans l'inadéquation commise, le dommage ne se serait pas produit comme il s'est produit *in concreto*²⁶³.

Face à l'explosion des recours en responsabilité médicale et aux conséquences socioprofessionnelles qui en découlent, des recommandations ont vu le jour pour aider le praticien à gérer une erreur, ou un manquement médical²⁶⁴ :

- *Ne pas chercher à éviter le patient.*
- *Ne pas attendre que le patient découvre lui-même le problème.*
- *Présenter objectivement les faits et les conséquences.*
- *Eviter le terme « *faute* » dans un premier temps.*
- *Prendre ses responsabilités.*
- *S'excuser et exprimer ses regrets.*
- *Garantir au patient que tout est mis en œuvre pour assurer la prévention.*
- *Accepter les émotions fortes.*
- *Recommander un conseiller juridique si conséquences graves.*

²⁵⁷ Concl. Avocat général Werquin précédant l'arrêt de la Cour de cassation du 1^{er} avril 2004, <http://www.cass.be/>.

²⁵⁸ F. Delobbe et C. Delvaux, « *La perte d'une chance de guérison ou de survie, un préjudice imaginaire* », *Droit médical*, C.U.P., n°79, 2005, pp.267 ets., spéc. P.289.

²⁵⁹ J.-L. Fagnart, « *La perte d'une chance ou la valeur de l'incertain. La réparation du dommage. Questions particulières* », coll. Droit des assurances, Anthémis, 2006, p.82.

²⁶⁰ Cass. 12 octobre 2005, n° P.05,0262.F, Pas.2005,1913.

²⁶¹ Mons (2^{ème} chambre), 27 septembre 2005, RG,2003/111, inédit.

²⁶² G. Viney et P. Jourdain, *Les conditions de la responsabilité*, 3^e éd., 2006, n° 340-1 et 356.

²⁶³ Cass., 30 mai 2001, *Pas.*, I, 994.

²⁶⁴ R. Andrianne, « *Aspects particuliers de la responsabilité médicale en urologie* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

- *Consigner les entretiens dans le dossier.*
- *Proposer un entretien avec les proches.*
- *Planifier un entretien de suivi.*
- *Organiser un audit et appliquer les mesures de prévention.*

- **Au niveau pénal :**

En droit pénal, on retrouve le principe de la légalité des délits et des peines, c'est-à-dire d'une part, un fait n'est un délit que si la loi le définit comme tel (quel que soit le fait odieux commis, s'il n'est pas défini comme un délit, il ne pourra être réprimé par la loi). D'autre part le juge ne peut appliquer que les peines prévues par la loi, peines expressément prévues pour le délit dont question.

La responsabilité pénale est individuelle, personnelle. La notion de commettant ou de préposé n'est pas présente.

La responsabilité pénale est engagée en cas d'infraction au Code pénal. Le but est d'obtenir une condamnation du prestataire. Elle est sanctionnée d'une peine criminelle, correctionnelle, ou de police. La peine est en lien avec la gravité des faits, la responsabilité envers la société (peine d'emprisonnement, amende...).

Il existe une voie mixte : la possibilité pour la victime de s'adresser au tribunal pénal pour sanctionner une infraction et y demander également la réparation ou de se tourner vers le tribunal civil pour la réparation des intérêts civils en cas de condamnation côté pénal.

La charge de la preuve incombe au ministère public (procureur du Roi). Le prévenu peut se taire. Il n'a pas l'obligation d'avouer un fait qu'il a commis, il ne peut être tenu de s'accuser lui-même.

Pour que la responsabilité pénale puisse être engagée, le triptyque de la responsabilité doit être présent.

- La « *faute* », infraction commise par l'urgentiste (délit, crime). C'est au juge de qualifier la « *faute* », l'expert lui parlera d'inadéquation des pratiques²⁶⁵.
- Le dommage pour le patient (homicide et lésions corporelles et non la perte de chance car le doute bénéficie au prévenu. Même en cas de prise en charge parfaite, le patient pourrait ne pas avoir 100% de chance d'obtenir la guérison).
- Le lien causal direct entre la « *faute* » et le dommage.

La comparaison des pratiques est établie avec un médecin de la spécialité requise par le geste réalisé, qui possède des compétences approfondies et une pratique régulière²⁶⁶ en la matière.

L'urgentiste peut commettre plusieurs types de « *fautes* » pénales dans sa pratique professionnelle²⁶⁷:

- « *Fautes* », inadéquations de commission : maladresse (geste maladroit) et imprudence (erreur de posologie), manque de précaution, défaut de prévoyance.
- « *Fautes* », inadéquations d'omission : inattention (compte de compresse) et négligence par rapport aux règles de l'art (report d'un geste salvateur urgent).
- Violation d'une loi pénale
 - Attestation de faux certificats :

Pierre DUPREZ, médecin, rédacteur en chef, membre effectif du Conseil provincial de l'Ordre des médecins du Brabant d'expression française définit le certificat médical comme étant « *un écrit, rédigé par un médecin après interrogatoire et examen d'une personne, constatant ou interprétant des faits d'ordre médical la concernant et lui remis à l'intention de tiers* »²⁶⁸.

²⁶⁵ S.El Banna, F. Bauthier, J.-P. Beauthier «*Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales Le consentement éclairé* ». Article de synthèse Rev Med Brux 2013 ;34 :469-78.

²⁶⁶ Y.H. Leleu, G. Genicot «*Le droit médical. Aspects juridiques de la relation médecin-patient* ». Bruxelles, De Boeck Université, 2001 :98.

²⁶⁷ S.El Banna, F. Bauthier, J.-P. Beauthier «*Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales Le consentement éclairé* ». Article de synthèse. Rev Med Brux 2013 ;34 :469-78.

²⁶⁸ http://www.ombf.be/bul_fev2008_certificats.html. Consultation le 8-12-2017.

Ainsi, un médecin urgentiste qui atteste pour un patient une incapacité médicale sans avoir réalisé une anamnèse, ou un examen clinique commet une infraction de faux en écritures (faits et actes contraires à la vérité, article 196 du Code pénal), de faux certificat de maladie inexistante (articles 204, 207, 208 et 214 du Code pénal) ou d'usage de faux par l'établissement de certificat de complaisance (article 205 du CP).

Article 196 Code pénal :

« Seront punies de réclusion de cinq ans à dix ans les autres personnes qui auront commis un faux en écritures authentiques et publiques ...

Soit par addition ou altération de clauses, de déclarations ou de faits que ces actes avaient pour objet de recevoir ou de constater »²⁶⁹.

Article 204 Code pénal :

« Tout médecin, chirurgien ou autre officier de santé qui, pour favoriser quelqu'un, aura certifié faussement des maladies ou des infirmités propres à dispenser d'un service dû légalement ou de toute autre obligation imposée par la loi, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à deux ans. S'il a été mû par dons ou promesses, il sera puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans ; ... »²⁷⁰.

Le médecin est punissable s'il y a intention frauduleuse et non s'il s'agit d'une simple erreur.

Article 205 Code pénal :

« Quiconque aura fabriqué, sous le nom d'un fonctionnaire ou officier public, un certificat attestant la bonne conduite, l'indigence ou toute autre circonstance propre à appeler la bienveillance de l'autorité publique ou des particuliers sur la personne y désignée, ou à lui procurer places, crédit ou secours, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à un an.

Si le certificat a été fabriqué sous le nom d'un particulier, le coupable sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois »²⁷¹.

²⁶⁹ Article 196 Code pénal <L 2003-01-23/42, art. 49, 40 ; En vigueur : 13-03-2003>.

²⁷⁰ Article 204 Code pénal.

²⁷¹ Article 205 Code pénal.

Article 207 Code pénal :

« Celui qui aura falsifié un certificat, et celui qui se sera servi d'un certificat falsifié, faux ou fabriqué dans les circonstances énumérées aux articles 203, 204, 205 et 206, seront punis des peines portées par ces articles et selon les distinctions qu'ils établissent »²⁷².

Article 208 Code pénal :

« Tout fonctionnaire ou officier public qui, dans l'exercice de ses fonctions, aura délivré un faux certificat, falsifié un certificat, ou fait usage d'un certificat faux ou falsifié, sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans »²⁷³.

Article 214 Code pénal :

« Dans les cas prévus [...] et pour lesquels aucune amende n'est spécialement portée, il sera prononcé une amende de vingt-six [euros] à deux mille [euros] »²⁷⁴.

- Faux et escroquerie sociale²⁷⁵:

Le médecin peut être poursuivi pour des infractions au Code pénal social par les articles 232 et 233 qui sanctionnent les infractions liées aux faux, usage de faux, aux déclarations inexactes ou incomplètes aux avantages sociaux. Ces infractions sont également punies d'amendes et de peines de prison pouvant aller jusqu'à plusieurs années.

Un avantage social *« est une subvention, une indemnité, une allocation ou toute autre intervention financière accordée ou octroyée sur la base des lois et règlements concernant une des matières qui relèvent de la compétence des juridictions du travail »²⁷⁶.*

²⁷² Article 207 Code pénal.

²⁷³ Article 208 Code pénal. <L 2003-01-23/42, art. 49, 040; En vigueur : 13-03-2003>.

²⁷⁴ Article 214 Code pénal. < L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

²⁷⁵ 6 juin 2010. Entrée en vigueur : 01-07-2011 Code pénal social.

²⁷⁶ Article 230. Code pénal social.

Article 232 : Le faux et l'usage de faux en droit pénal social :

« Est puni d'une sanction de niveau 4, quiconque, dans le but, soit d'obtenir ou de faire obtenir, de conserver ou de faire conserver un avantage social indu, soit de ne pas payer ou de ne pas faire payer de cotisations, d'en payer moins ou d'en faire payer moins que celles dont il ou autrui est redevable :

1° a) a commis un faux en écriture, soit par fausses signatures, soit par contrefaçon ou altération d'écritures ou de signatures, soit par fabrication de conventions, dispositions, obligations ou décharges ou par leur insertion dans un acte, soit par addition ou altération de clauses, de déclarations ou de faits que cet acte avait pour objet de recevoir ou de constater;

b) a fait usage d'un acte faux ou d'une pièce fausse;

2° a) a commis un faux, en introduisant dans un système informatique, en modifiant ou effaçant des données, qui sont stockées, traitées ou transmises par un système informatique, ou en modifiant par tout moyen technologique l'utilisation possible de données dans un système informatique, et par là modifie la portée juridique de telles données;

b) a fait usage des données ainsi obtenues, tout en sachant que celles-ci sont fausses »²⁷⁷.

Article 233 : Les déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux :

« § 1er. Est puni d'une sanction de niveau 4, quiconque a sciemment et volontairement:

1° fait une déclaration inexacte ou incomplète pour obtenir ou faire obtenir, pour conserver ou faire conserver un avantage social indu;

2° omis ou refusé de faire une déclaration à laquelle il est tenu ou de fournir les informations qu'il est tenu de donner pour obtenir ou faire obtenir, pour conserver ou faire conserver un avantage social indu ;

3° reçu un avantage social auquel il n'a pas droit ou n'a que partiellement droit à la

²⁷⁷ Article 232 : Le faux et l'usage de faux en droit pénal social.

suite d'une déclaration visée à l'alinéa 1er, 1°, d'une omission ou d'un refus de faire une déclaration ou de fournir des informations visées à l'alinéa 1er, 2°, ou d'un acte visé aux articles 232 et 235.

Lorsque les infractions visées à l'alinéa 1er sont commises par l'employeur, son préposé ou son mandataire pour faire obtenir ou faire conserver un avantage social auquel le travailleur n'a pas droit, l'amende est multipliée par le nombre de travailleurs concernés.

§ 2. Est puni d'une sanction de niveau 3, quiconque a, sciemment et volontairement, omis de déclarer ne plus avoir droit à un avantage social, même si ce n'est que partiellement, pour conserver un avantage social indu »²⁷⁸.

Sanctions prévues par le Code pénal social (article 101) selon le niveau de l'infraction, la gravité de l'infraction²⁷⁹:

Code pénal social : sanctions			
Niveaux de sanction	Emprisonnement	Amende pénale	Amende administrative
Niveau 1			10 à 100 euros
Niveau 2		soit 50 à 500 euros	soit 25 à 250 euros
Niveau 3		soit 100 à 1.000 euros	soit 50 à 500 euros
Niveau 4	soit 6 mois à 3 ans	et/ou 600 à 6.000 euros	soit 300 à 3.000 euros

Les amendes administratives de niveaux 2, 3 et 4 ne sont pas cumulables avec une amende pénale pour une même infraction. Elles ne peuvent être infligées que si l'auditeur du travail a décidé de ne pas poursuivre pénalement.

Mais, les montants des amendes pénales et administratives doivent être majorés des décimes additionnels²⁸⁰, soit multipliés par 8.

²⁷⁸ Article 233 : Les déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux.

²⁷⁹ <http://www.emploi.belgique.be/sanctions/>. Consultation 26-12-2017.

²⁸⁰ Article 102 du Code pénal social et la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels.

Sanction après application des décimes additionnels :

Code pénal social : sanctions (avec décimes additionnels)			
Niveaux de sanction	Emprisonnement	Amende pénale	Amende administrative
Niveau 1			80 à 800 euros
Niveau 2		soit 400 à 4.000 euros	soit 200 à 2.000 euros
Niveau 3		soit 800 à 8.000 euros	soit 400 à 4.000 euros
Niveau 4	soit 6 mois à 3 ans	et/ou 4.800 à 48.000 euros	soit 2.400 à 24.000 euros

Ces éléments retiendront l'attention de l'urgentiste lors de la réalisation des documents concernant les accidents de travail ou sur le chemin du travail.

- Non-Respect du secret professionnel (cf. supra)

Article 458 Code pénal :

« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement »²⁸¹.

La révélation du secret est punissable lorsqu'elle est faite volontairement.

La communication involontaire n'est pas punie au niveau pénal. Seule une action disciplinaire ou en dommage et intérêts au civil permettrait alors de sanctionner le médecin.

²⁸¹ Article 458 Code pénal <L 1996-06-30/34, art. 10, 017; En vigueur : 26-07-1996> <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002><L 2017-07-06/24, art. 312, 124; En vigueur : 03-08-2017>.

Le témoignage en justice est une déclaration de ce que le médecin sait devant le juge d'instruction ou du fond. En l'absence d'une exception légale, le droit de parler relève de la conscience personnelle²⁸². Au juge de décider si le refus de s'exprimer est ou non un abus de droit. La Cour de Cassation dans un arrêt de 1991²⁸³ déclare que le médecin apprécie l'opportunité de sa décision de conserver le secret { ... } s'il ne détourne pas le secret de son but en gardant le silence. Devant les services de police ou au parquet au stade de l'information, l'obligation de secret prime. Ce ne sont pas des témoignages en justice.

Article 458 bis Code pénal :

« Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1er et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité »²⁸⁴.

Article 458 ter Code pénal :

« § 1er. Il n'y a pas d'infraction lorsqu'une personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets, communique ceux-ci dans le cadre d'une concertation organisée soit par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, soit moyennant une autorisation motivée du procureur du Roi.

Cette concertation peut exclusivement être organisée soit en vue de protéger

²⁸² Article 48 Code de déontologie.

²⁸³ Cour de Cassation, 29 Octobre 1991.

²⁸⁴ Article 458 bis Code pénal <L 2011-11-30/28, art. 6, 083; En vigueur : 30-01-2012><L 2012-02-23/08, art. 2, 085; En vigueur : 01-03-2013><L 2014-04-10/24, art. 6, 102; En vigueur : 10-05-2014><L 2016-02-01/09, art. 14, 115; En vigueur : 29-02-2016> <L 2016-05-31/02, art. 11, 118; En vigueur : 18-06-2016>.

l'intégrité physique et psychique de la personne ou de tiers, soit en vue de prévenir les délits visés au Titre Ier du Livre II ou les délits commis dans le cadre d'une organisation criminelle, telle qu'elle est définie à l'article 324bis.

La loi, le décret ou l'ordonnance, ou l'autorisation motivée du procureur du Roi, visés à l'alinéa 1er, déterminent au moins qui peut participer à la concertation, avec quelle finalité et selon quelles modalités la concertation aura lieu.

§ 2. Les participants sont tenus au secret relativement aux secrets communiqués durant la concertation. Toute personne violant ce secret sera punie des peines prévues à l'article 458.

Les secrets qui sont communiqués pendant cette concertation, ne peuvent donner lieu à la poursuite pénale que des seuls délits pour lesquels la concertation a été organisée »²⁸⁵.

- Refus d'un médecin, d'un SMUR ou d'un SUS de répondre à une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié²⁸⁶, hors cas d'empêchement justifié par l'accomplissement de devoirs professionnels plus urgents ou par un autre motif exceptionnellement grave (mentionné à l'appel au préposé).

Art. 11. Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (cf. annexe 22)

« Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de [100 à 1.000 francs], ou d'une de ces peines seulement, les médecins ainsi que les personnes qui assurent effectivement le fonctionnement d'un service d'ambulance [ou d'un service mobile d'urgence] qui, ayant fait l'objet d'une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié, refusent ou négligent, sans un des motifs énumérés aux articles 4 et 5, de donner suite à cette demande [...]»²⁸⁷.

Sont punis des mêmes peines, le préposé du système d'appel unifié qui refuse ou néglige de prendre immédiatement les mesures en vue de donner suite à une demande d'aide qui lui est parvenue, ainsi que les personnes responsables des admissions dans

²⁸⁵ Article 458 bis Code pénal L 2017-07-06/24, art. 313, 124 ; En vigueur : 03-08-2017.

²⁸⁶ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Article 11.

²⁸⁷ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Article 11 modifié par la L. du 22 février 1994 contenant certaines dispositions relatives à la Santé publique, art. 9. (vig. 7 juin 1994) (M.B. 28.05.1994) et par la L. portant des dispositions sociales du 22 février 1998, art. 259. (vig. 1er janvier 1998) (M.B. 03.03.1998).

un hôpital, qui refusent ou négligent les obligations qui leur incombent en vertu de l'article 6 »²⁸⁸.

Art. 4. Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente :

« Sur demande du préposé du système d'appel unifié adressée personnellement à un médecin, celui-ci est tenu de se rendre à l'endroit qui lui est indiqué et d'y porter les premiers soins nécessaires aux personnes visées à l'article premier. Il n'est dispensé de cette obligation qu'en cas d'empêchement justifié par l'accomplissement de devoirs professionnels plus urgents ou par un autre motif exceptionnellement grave ; il doit au moment de l'appel signaler cet empêchement au préposé ».

Art. 4bis. Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente :

*« Sur demande du préposé du système d'appel unifié, l'équipe d'intervention de la fonction « **service mobile d'urgence** » est tenue de se rendre à l'endroit indiqué, d'y accomplir les actes médicaux et infirmiers urgents, le cas échéant, la surveillance et les soins au patient lors de son transfert à l'hôpital qui lui est indiqué ou, dans les cas déterminés par le Roi, à l'hôpital **le plus adéquat** compte tenu de l'état du ou des patients »²⁸⁹.*

Art. 5. Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente :

« Sur demande du préposé du système d'appel unifié ou du dispatcher médical, toute personne assurant effectivement le fonctionnement d'un service ambulancier organisé ou concédé par les pouvoirs publics et, à partir de la date visée à l'article 3bis, § 1er, alinéa 1er, d'un service ambulancier visé à l'article 3bis, est tenue d'envoyer une ambulance à l'endroit indiqué, de faire poser par l'équipage de celle-ci les actes utiles pour lesquels ces professionnels sont habilités sur les personnes visées à l'article 1er, de faire effectuer le transport de ces personnes à l'hôpital qui lui est indiqué, et de prendre immédiatement toutes mesures nécessaires à cette fin.] Si, pour un motif

²⁸⁸ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Article 11 [*L. portant des mesures en matière de soins de santé du 14 janvier 2002, art. 121.* (M.B.22.02.2002).

²⁸⁹ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Art. 4bis. *L. portant des dispositions sociales du 22 février 1998, art. 252.* (vig. 1er janvier 1998) (M.B. 03.03.1998).

exceptionnellement grave, elle ne peut donner suite à la demande, elle en informe le préposé au moment de l'appel »²⁹⁰.

Art. 6. Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente :

« Sur demande du préposé du service d'appel unifié [qui répond, le cas échéant, à la demande du médecin de l'équipe d'intervention de la fonction « service mobile d'urgence » qui se trouve auprès du patient et qui, conformément à l'article 4bis, lui désigne l'hôpital le plus adéquat], toute personne responsable des admissions dans un hôpital doit [accueillir], sans autres formalités préalables, les personnes visées à l'article premier et prendre sur-le-champ toutes les mesures que requiert leur état »²⁹¹.

Malgré cette loi de l'AMU, il arrive qu'en raison d'une saturation des services d'urgences, une mise au rouge du SUS soit signalée à la centrale 112 en dehors de tout déclenchement de plan MASH.

Le refus de prise en charge de patients dans le cadre de l'AMU étant une infraction grave, en 2013, un groupe de travail émanant du Conseil National des Secours Médicaux d'Urgences s'est prononcé sur un projet de consensus concernant la fermeture des SUS pour l'AMU. On y retrouve 3 axes²⁹²:

- *« Une fonction SUS ne peut demander au 112 de détourner **tous** les patients admis dans le cadre de l'AMU (**hôpital le plus proche**) que dans le cas où l'hôpital a déclenché son plan interne d'urgence (plan MASH).*
- *Une fonction SUS peut demander (temporairement) au 112 de détourner les patients admis dans le cadre de l'AMU et pour lequel cette fonction n'est pas l'hôpital le plus proche, dans 3 conditions :*
 - *En cas de saturation du service des urgences et des SI*
 - *En cas de problème technique majeur (panne de CT scan...)*
 - *En cas d'une pénurie grave et imprévisible de personnel.*

²⁹⁰ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Art. 5. *L. portant des dispositions diverses en matière de santé du 10 décembre 2009, art. 11.* (M.B. 31.12.2009).

²⁹¹ Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente (M.B du 25/7/1964). Art. 6 *L. portant des dispositions sociales du 22 février 1998, art. 254.* (vig. 1er janvier 1998) (M.B. 03.03.1998).

²⁹² Procès-verbal de la réunion du groupe de travail « fermeture des SUS » du Conseil National des Secours Médicaux d'Urgences du 20 février 2013

- *En cas de saturation simultanée de tous les hôpitaux d'une région, les autorités prennent des mesures qui limitent les admissions programmées non urgentes dans les hôpitaux de cette région.*

Le groupe de travail est d'avis que les notions de saturation du service des urgences et des soins intensifs ainsi que la pénurie grave et imprévisible de personnel doivent être précisés par des ratios de manière à enlever toute subjectivité dans la prise de décision ».

- Abstention coupable : Le fait de porter secours à une personne en détresse est une obligation morale et légale. Le fait de refuser ou de négliger de porter secours à une personne en danger est une infraction aux articles 422bis et 422ter du Code pénal. L'exercice de la médecine est basé sur le principe de bienfaisance. Le devoir du médecin est de sauvegarder la vie humaine.

Tout témoin ou toute personne ayant connaissance (situation décrite par un tiers) d'une situation de péril grave (pouvant entraîner des séquelles ou le décès) est dans l'obligation de porter secours **en l'absence** de danger sérieux pour lui-même ou pour autrui.

Les éléments constitutifs de cette infraction sont de nature matérielle et morale.

- D'un point de vue matériel, objectif :
 - Le fait qu'une personne soit exposée à un péril grave²⁹³ imminent et actuel.
 - L'abstention de venir en aide ou de procurer une aide²⁹⁴.
- D'un point de vue moral, subjectif, état d'esprit de l'auteur :
 - La parfaite connaissance du péril par l'intervenant²⁹⁵.
 - La volonté de ne pas secourir, comportement intentionnel²⁹⁶.

²⁹³ J. Constant, « *La répression des abstentions coupables, commentaires de la loi du 6 janvier 1961* », Rev.dr. pén., 1961-1962, p.221 ; Bruxelles, 12 février 1966, *Pas.*, 1967, II, p. 22.

²⁹⁴ J. Du Jardin, « *La jurisprudence et l'abstention de porter secours* », Mercuriale de rentrée de la cour d'appel de Bruxelles du 1^{er} septembre 1983, rev. dr. pén., 1983, p. 974.

²⁹⁵ Civ. Bruxelles, 20 mars 1962, *J.T.*, 1962, p. 320.

²⁹⁶ Cass., 7 octobre 1981, Rev., dr. pén., 1982, p. 90.

Le médecin qui a utilisé tous les moyens à sa disposition, selon les règles de l'art, pour détecter le péril mais qui n'a pu le suspecter, n'est pas fautif de son erreur d'appréciation car il n'a pas eu la volonté de refuser ou de négliger de porter secours. L'inefficacité et la maladresse ne sont pas fautives dans ce cadre. Au contraire, la passivité, l'inertie consciente, l'absence de l'utilisation des moyens adéquats pour porter secours sont fautives.

Art 422bis Code pénal :

« Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents [euros] ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention²⁹⁷. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques ».

Art 422ter Code pénal :

« Sera puni des peines prévues à l'article précédent celui qui, le pouvant sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui, refuse ou néglige de porter à une personne en péril le secours dont il est légalement requis; celui qui le pouvant, refuse ou néglige de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont il aura été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire »²⁹⁸.

²⁹⁷ Art 422bis Code pénal <L 1995-04-13/33, art. 4, 1°, 015; En vigueur : 05-05-1995> <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

²⁹⁸ Art 422ter Code pénal <L 06-01-1964, art. 1>.

- Homicide et lésions corporelles :

Lors de ses prises en charge, l'urgentiste ne souhaite pas commettre un acte dommageable. Lorsqu'il commet une infraction, il s'agit le plus souvent d'une imprudence ou d'une négligence. L'acte volontaire, sans l'accord du patient et hors urgence, entraînant une lésion corporelle reste exceptionnel.

• Homicide volontaire et lésions corporelles volontaires :

Le médecin urgentiste qui pratique son art, peut porter volontairement des « *coups et blessures* » à son patient parce que le geste médical s'impose (état de nécessité) et ce, sans que sa responsabilité ne soit pour autant engagée, en l'absence de manquement²⁹⁹.

Art 398 Code pénal :

« *Quiconque aura volontairement fait des blessures ou porté des coups sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de vingt-six [euros] à cent [euros], ou d'une de ces peines seulement* »³⁰⁰.

Les « *coups et blessures* » sont des atteintes à l'intégrité physique d'autrui sans intention de donner la mort³⁰¹. Il y a des coups donnés par l'auteur et donc reçus par une victime **ou** une blessure causée c'est-à-dire toute lésion externe ou interne, si légère soit elle, apportée au corps humain de l'extérieur par une cause mécanique ou chimique agissant sur l'état physique et mental³⁰², sans nécessairement de contact physique³⁰³.

La Cour de cassation précise la notion de coup volontaire : « *toute forme de rapprochement violent et volontaire, et entre un corps humain (celui de la victime) et un autre objet physique (un second corps humain ou un objet) avec l'effet possible d'une contusion ou commotion ou d'une lésion* »³⁰⁴.

²⁹⁹ J.T.1949, 84, note Savatier.

³⁰⁰ Art 398 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³⁰¹ J.-S.-G., Nyperls, « *Législation criminelle de la Belgique*, t. III, Bruylant-Christophe, 1968, p. 212.

³⁰² Cass., 28 novembre 1949, *Pas.*, 1950, I, p. 197.

³⁰³ Cass., 27 février 1933, *Pas.*, 1933, I, p. 141 ; Cass., 24 avril 1972, *Rev. dr. pén.*, 1971-1972, p. 914.

³⁰⁴ Cass., Cass., 27 février 2002, *Rev.dr. pén.*, 2002, p. 956.

Seule la volonté de porter atteinte à la santé est constitutive de l'infraction³⁰⁵. Le résultat, le mal qui en découle n'est pas requis.

Illustration : l'urgentiste qui dans sa pratique, place une perfusion intraosseuse, selon les recommandations de l'art, porte atteinte à l'intégrité physique sans volonté de nuire. Il s'agit d'un acte thérapeutique. Cela ne peut constituer une faute ou une infraction.

Art 399 Code pénal :

*« Si les coups ou les blessures ont causé une maladie ou une **incapacité de travail personnel**, le coupable sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de cinquante [euros] à deux cents [euros] »*³⁰⁶.

Ceci implique une relation causale entre les coups portés et la maladie ou l'incapacité qui en découle. La sanction est en relation directe avec l'incapacité (partielle ou totale) de travail corporel engendré par l'intensité ou la gravité intrinsèque des blessures. L'incapacité de travail personnel correspond au travail corporel général de la victime (capacité inhérente à tous) et non, son travail habituel, professionnel, usuel, lucratif (spécifique à l'individu victime)³⁰⁷. Mais, en 1983, la Cour de Cassation a fait volte-face.

Art 400 Code pénal :

*« Les peines seront un emprisonnement de deux ans à cinq ans et une amende de deux cents [euros] à cinq cents [euros], s'il est résulté des coups ou des blessures, soit une **maladie paraissant incurable**, soit une **incapacité de travail personnel de plus de quatre mois**³⁰⁸, soit la **perte de l'usage absolu d'un organe**, soit une **mutilation grave** »*³⁰⁹.

³⁰⁵ Cass., 6 janvier 1998, *Rev. dr. pén.*, 1999, p. 562.

³⁰⁶ Art 399 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³⁰⁷ J.-P. Beauthier: "*L'atteinte aux personnes - Quelques articles du Code pénal sous la loupe du médecin légiste*" Consilio Manuque 2007/1-2.

³⁰⁸ Art 400 Code pénal <L 2016-02-05/11, art. 20, 114; En vigueur : 29-02-2016>.

³⁰⁹ Art 400 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

Dans cet article, plusieurs éléments doivent être précisés :

- La maladie se définit comme un **trouble** qui altère la santé de manière définitive, permanente (affections chroniques incurables) :
 - « *La maladie paraissant incurable peut consister en des « troubles psychologiques persistants entraînant une souffrance et nécessitant une thérapie »*³¹⁰.
 - « *La maladie incurable peut être considérée comme une altération grave et durable de certaines fonctions physiologiques, maladie pour laquelle il existe de sérieux motifs de crainte qu'elle ne guérira pas »*³¹¹.

- La perte de l'usage absolu d'un organe correspond à la **perte de la fonction** physiologique de l'organe (vue, ouïe...) et non la perte de l'organe (œil, oreille...) :
 - « *Quant à la perte de l'usage absolu d'un organe, il a été clairement tranché que l'organe devait être apprécié au sens d'une fonction physiologique »*³¹².

- La mutilation grave est le plus souvent une **amputation de membre ou une atteinte majeure du visage** :

*« Il y a mutilation lorsque la victime a perdu un membre, lorsqu'elle a été absolument privée de l'usage d'un membre, lorsque cet usage a été sensiblement diminué. La mutilation est grave quand le membre mutilé est le nez, un œil, un bras, une main, une jambe, un pied »*³¹³.

³¹⁰ E. Lemaire « *Éléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016 (Cass.28 juin 2000, J.T., 381).

³¹¹ E. Lemaire « *Éléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016 (Beauthier, 1996).

³¹² E. Lemaire « *Éléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016 (Les Nouvelles, 1989).

³¹³ E. Lemaire « *Éléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016 (Beauthier, 2007).

Art 401 Code pénal :

« Lorsque les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant causée, le coupable sera puni de la réclusion de cinq ans à dix ans »³¹⁴.

Art 402 Code pénal :

« Sera puni d'un emprisonnement de trois mois à cinq ans et d'une amende de cinquante [euros] à cinq cents [euros], quiconque aura causé à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel, en lui administrant volontairement, mais sans intention de tuer, des substances qui peuvent donner la mort, ou des substances qui, sans être de nature à donner la mort, peuvent cependant altérer gravement la santé »³¹⁵.

Art 403 Code pénal :

« La peine sera la réclusion de cinq ans à dix ans, lorsque ces substances auront causé, soit une maladie paraissant incurable, soit une incapacité de travail personnel de plus de quatre mois³¹⁶, soit la perte de l'usage absolu d'un organe ».

Art 404 Code pénal :

« Si les substances administrées volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant causée, le coupable sera puni (de la réclusion) de quinze ans à vingt ans »³¹⁷.

Art 405 Code pénal :

« La tentative d'administrer à autrui, sans intention de donner la mort, des substances de la nature de celles mentionnées à l'article 402, sera punie d'un emprisonnement d'un mois à trois ans et d'une amende de vingt-six [euros] à trois cents [euros] »³¹⁸.

³¹⁴ Art 401 Code pénal <L 2003-01-23/42, art. 67, 041; En vigueur : 13-03-2003>.

³¹⁵ Art 402 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³¹⁶ Art 403 Code pénal <L 2016-02-05/11, art. 20,114, En vigueur : 29-02-2016>.

³¹⁷ Art 404 Code pénal <L 2003-01-23/42, art. 69, 041; En vigueur : 13-03-2003>.

³¹⁸ Art 405 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

Art 405bis Code pénal :

« Dans les cas visés ci-après, si le crime ou le délit a été commis envers un mineur ou envers une personne dont la situation de vulnérabilité en raison de l'âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale était apparente ou connue de l'auteur des faits³¹⁹, les peines seront les suivantes :

1° dans les cas visés à l'article 398, alinéa 1er, les peines seront un emprisonnement d'un mois à un an et une amende de vingt-six [euros] à cent [euros]³²⁰; 2° [...] ; 3° dans les cas visés à l'article 399, alinéa 1er, les peines seront un emprisonnement de quatre mois à quatre ans et une amende de cinquante [euros] à deux cents [euros]³²¹; 4° [...] ; 5° dans les cas visés à l'article 400, alinéa 1er, la peine sera la réclusion de cinq ans à dix ans;

6° [...] ; 7° dans les cas visés à l'article 401, alinéa 1er, la peine sera la réclusion de dix ans à quinze ans;

8° [...] ; 9° dans les cas visés à l'article 402, la peine sera la réclusion de cinq ans à dix ans; 10° dans les cas visés à l'article 403, la peine sera la réclusion de dix ans à quinze ans;

11° dans les cas visés à l'article 404, la peine sera la réclusion de dix-sept ans à vingt ans ».

- Homicide involontaire et lésions corporelles involontaires :

Art 418 Code pénal :

« Est coupable d'homicide ou de lésion involontaires, celui qui a causé le mal par défaut de prévoyance ou de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui ».

³¹⁹ Art 405bis Code pénal <L 2011-11-26/19, art. 10, 084; En vigueur : 02-02-2012>.

³²⁰ Art 405bis Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³²¹ Art 405bis Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

Dans son jugement du 3 mai 2011, le tribunal de 1^{ère} instance de Liège engage la responsabilité du médecin sur base extra contractuelle « ...chaque fois qu'elle résulte d'un défaut de prévoyance et de précaution sanctionné par les article 418, 420 du Code pénal... »³²².

Ainsi, le médecin urgentiste qui objective un infarctus de type STEMI sans en référer immédiatement à la garde de coronarographie cause le mal par défaut de prévoyance ou de précaution, car il ne peut ignorer les conséquences pour le patient en termes de morbi-mortalité. Le médecin urgentiste doit tout mettre en œuvre pour sauver son patient (contacter les spécialistes, transférer, mettre en route un traitement spécifique...).

Art 419 Code pénal :

« *Quiconque aura involontairement causé la mort d'une personne sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de cinquante [euros] à mille [euros]* »³²³.

Art 420 Code pénal :

« *S'il n'est résulté du défaut de prévoyance ou de précaution que des coups ou des blessures, le coupable (sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois) et d'une amende de cinquante [euros] à cinq cents [euros], ou d'une de ces peines seulement* »³²⁴.

Art 421 Code pénal :

« *Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un an et d'une amende de vingt-six [euros] à deux cents [euros], ou d'une de ces peines seulement, celui qui aura involontairement causé à autrui une maladie ou incapacité de travail personnel, en lui administrant des substances qui sont de nature à donner la mort ou à altérer gravement la santé* »³²⁵.

³²² Civ. Liège 3 mai 2011, J.L.M.B, 2012/37, p1736.

³²³ Art 419 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³²⁴ Art 420 Code pénal <L 31-03-1936, art. 1> <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

³²⁵ Art 420 Code pénal <L 2000-06-26/42, art. 2, En vigueur : 01-01-2002>.

Trois notions législatives complémentaires³²⁶: premièrement, le délai de prescription de l'action civile n'est jamais inférieur au délai de prescription de l'action pénal du procureur du Roi. Deuxièmement, le « *criminel tient le civil en état* ». Si une action pénale est initiée, les actions civiles en réparation sont suspendues. Dernièrement, il existe une « *autorité absolue de chose jugée du pénal sur le civil* ». Ce qu'un juge pénal dit, vaut également pour le juge civil. Ainsi, en l'absence de culpabilité, de condamnation au pénal, il n'y a pas de possibilité d'indemnisation au civil. Par contre, lors d'une condamnation, même avec sursis au pénal, il existe une possibilité de réparation au civil.

- Au niveau disciplinaire³²⁷:

Le droit disciplinaire est une branche autonome du droit, avec des coutumes, usages et doctrines propres. L'objectif du droit disciplinaire est d'établir et de maintenir, dans l'intérêt général, les règles du bon exercice de certaines professions : professions à caractère public ou professions à importance spéciale pour la société.

Contrairement aux infractions pénales, dans le droit disciplinaire, un fait peut être considéré comme une infraction disciplinaire s'il porte atteinte à l'honneur et à la dignité de la fonction, même s'il n'est pas expressément prévu par ce droit, car le droit disciplinaire n'est pas limitatif. Seul, le juge disciplinaire apprécie librement les faits et la sanction à appliquer à la faute.

C'est à la victime qu'incombe le fardeau de la preuve du bien-fondé de son action. Le médecin poursuivi a le devoir de collaborer à l'instruction. Il doit la vérité à ses pairs, devant lesquels il comparait. Il ne peut ni se taire ni dissimuler certains faits, ni invoquer le secret professionnel (sauf confiance du patient), contrairement à la procédure devant le juge pénal ou civil.

³²⁶ B.Kohl, « *Éléments de droit civil en rapport avec l'expertise* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

³²⁷ <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/pouvoirs-disciplinaires/>.consultation le 4-11-2017.

De ces obligations de transparence et de vérité découlent le caractère secret de la procédure permettant d'éviter la fuite d'informations vers le juge pénal ou civil en violant les droits de la défense.

L'article 15 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins précise : « *le conseil national élabore les principes généraux et les règles relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession, qui constituent le code de déontologie médicale. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, donner force obligatoire au code de déontologie médicale et aux adaptations qui seraient élaborées par le conseil national* »³²⁸.

Les sanctions sont énumérées à l'article 16 : « *l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre* ».

L'urgentiste peut être sanctionné par l'Ordre des médecins en cas de manquement spécifique au Code de déontologie médicale entre autres³²⁹:

« *L'article 4 : Le médecin doit se tenir au courant des progrès de la science médicale afin d'assurer à son patient les meilleurs soins.*

L'article 6 : Tout médecin doit, quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat ».

Sous le titre II : « Le médecin au service du patient », le chapitre 1 aborde les relations avec le patient dont le libre choix du médecin (article 27), l'information au patient et le consentement éclairé (articles 29 -30-33), la surprescription d'examens, de traitements inutilement onéreux ou l'exécution des prestations superflues (article 36), l'établissement des certificats concernant l'état de santé (article 67).

Sous le titre III : « Le médecin au service de la collectivité », le chapitre III aborde au niveau de l'article 103, la responsabilité sociale du médecin : « *Sans préjudice de l'article*

³²⁸ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins. MB 14-11-1967.

³²⁹ <https://www.ordomedic.be/fr/code/contenu/ Consultation 4/11/2017>.

36, alinéa 1er, relatif à la liberté diagnostique et thérapeutique, le médecin doit être conscient de ses responsabilités sociales. L'existence d'une assurance privée ou publique ne doit pas l'amener à déroger aux prescriptions de l'article 36, alinéa 2, visant les abus de la liberté diagnostique et thérapeutique » et l'aide médicale urgente dans l'article 118: « Sans préjudice des dispositions de la loi du 6 janvier 1961 sanctionnant certaines abstentions coupables, ou de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, le médecin ne peut se soustraire à un appel urgent qu'après avoir acquis la conviction qu'il n'y a pas de réel danger ou que s'il est retenu par une urgence d'au moins égale importance ».

Outre la procédure disciplinaire auprès de l'Ordre des médecins et le juge disciplinaire, le médecin urgentiste peut également être sanctionné par la commission médicale provinciale ou en interne au sein de son institution par la direction médicale garante de la qualité des soins.

- Au niveau administratif, la fraude sociale :

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 précise les devoirs des dispensateurs de soins.

L'article 73 de cette loi prévoit que les médecins dispensent les soins en conscience et en toute liberté, avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société. *« Ils s'abstiennent de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses à charge du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités {...}. Le caractère inutilement onéreux ou superflu de ces prestations s'évalue {...} sur base d'un ou de plusieurs indicateurs de déviation manifeste définis par le Conseil national de la promotion de la qualité par rapport à des recommandations de bonne pratique médicale. Le caractère inutilement onéreux ou superflu de la prescription de certaines spécialités pharmaceutiques {...} s'évalue {...} sur base des recommandations de la Commission de remboursement des médicaments et des indicateurs définis par le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments institué par l'arrêté royal du 6 décembre 1994. Les indicateurs précités permettent de déterminer le seuil au-delà duquel le profil de prescription des spécialités pharmaceutiques concernées est considéré comme manifestement déviant par rapport aux*

recommandations {...}. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut aussi introduire auprès des Conseil et Comité d'évaluation précités un dossier scientifique dans lequel un ou plusieurs indicateurs sont proposés {...}. Le Roi détermine la manière dont les recommandations et les indicateurs sont publiés. {...} A défaut d'indicateurs de déviation manifeste {...}, la pratique est comparée {...} avec la pratique de dispensateurs normalement prudents et diligents placés dans des circonstances similaires. Il est tenu compte entre autres d'informations scientifiques, acceptées par des associations et institutions scientifiques qui bénéficient d'une notoriété générale. {...} Sous peine d'amendes administratives (1000 € à 250.000 €), les personnes physiques ou morales qui organisent la dispensation de prestations de santé doivent s'abstenir d'inciter à la prescription ou à l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses »³³⁰.

L'amende administrative varie de 1.000 € à 5.000 €. Pour les prescriptions abusives de spécialités pharmaceutiques, le médecin accrédité peut perdre ses avantages en matière d'accréditation (réduits ou retirés pour une période déterminée) et, s'il n'est pas accrédité, il peut se voir infliger une amende administrative de 1.000 € à 5.000 €

L'article 73 bis précise les interdictions pour le médecin de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer des documents réglementaires pour obtenir un éventuel remboursement de prestations de santé, hors soins effectifs.

Ainsi, le médecin urgentiste qui tarifie aux organismes assureurs des prestations de soins non réalisées ou rédige pour le patient un certificat de complaisance se rend coupable de fraude sociale. Outre le remboursement des sommes indûment perçues (éventuellement augmentée d'une amende administrative), l'INAMI dispose également de la possibilité de prononcer des sanctions administratives à l'encontre du médecin et peut se constituer partie civile en communiquant les faits au ministère public par les inspecteurs sociaux du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (SECM) pour d'éventuelles poursuites pénales ou à l'Ordre pour d'éventuelles sanctions disciplinaires à l'encontre du prestataire de soins³³¹.

³³⁰ Article 73. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

³³¹ Article 142. Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

5.3 Responsabilité du médecin chef de service des urgences :

- Défaut d'organisation et de fonctionnement au sein du service des urgences :
 - Absence d'un triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil du service entraînant une carence au niveau de l'accueil et de la prise en charge du patient.

 - L'inadéquation du personnel à la charge de travail.
Manque d'effectifs médicaux pour des soins adéquats, efficaces et rapides au SUS, engendrant un allongement du délai d'attente, diagnostique et thérapeutique préjudiciable au patient par inadéquation entre l'activité du sus et le staff ³³². Prise en charge hors meilleurs délais.

 - L'inadéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.

 - L'existence pour la pathologie d'une procédure dans le service :
Le chef de service ou les spécialistes hospitaliers ont-ils établi pour la pathologie dont question une procédure de prise en charge. Cette procédure garante de la qualité a-t-elle été respectée par l'urgentiste ?

 - L'existence d'un règlement d'ordre intérieur du service :
Que contient-il ? A-t-il été validé par l'Ordre des médecins ? A-t-il été respecté ?

- Non-Respect des normes d'agrément du service :
 - En termes de cadre de travail du SUS avec SMUR :
Défaut dans l'établissement des rôles de garde, manque de permanences d'urgentistes (2 minimums).

 - En termes de qualifications de l'urgentiste :
Urgentiste hors qualification minimum requise.

³³² Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

- Maître de stage, responsabilité du commettant pour les manquements de ses préposés³³³.

5.4 Responsabilité du médecin-chef, directeur médical :

- Application des prescriptions légales et réglementaires en matière d'activités médicales notamment les normes d'agrément du service des urgences :
 - En termes de cadre de travail du SUS :
Défaut dans les rôles de gardes des urgences et rôles de gardes des spécialités tierces³³⁴.
 - En termes de qualifications de l'urgentiste et des spécialistes autres.
- Soins (qualité, évaluation, contrôle) :
 - Qualité des soins :
Manques de compétences dans le chef des prestataires de soins engagés.
Absence de formation continue organisée.
Absence de dossier médical, défaut dans la conservation, l'archivage.
 - Evaluation de la qualité des soins :
Absence d'audit médical lors de mise en évidence de problème clinique ou organisationnel.
 - Contrôle du comportement prescriptif :
Absence de respect des directives concernant le comportement prescriptif (pharmaceutique ou analyses médicales).
- Organisation et coordination des activités médicales :
Absence de concertation avec les médecins-chefs de service sur les initiatives prises pour l'organisation, le fonctionnement, la coordination de son service. Mesures et adaptation des mesures.

³³³ Articles 1384 et suivants du Code civil.

³³⁴ Article 5, 9°, de l'arrêté royal du 15 décembre 1987.

- Organisation et fonctionnement du service des urgences :
 - Absence d'un triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil du service entraînant une carence au niveau de l'accueil et de la prise en charge du patient.
 - L'inadéquation du personnel à la charge de travail :
Manque d'effectifs médicaux pour des soins efficaces et rapides au SUS, engendrant un allongement du délai d'attente, diagnostique et thérapeutique préjudiciable au patient par inadéquation entre l'activité du sus et le staff ³³⁵. Prise en charge hors meilleurs délais.
 - L'inadéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.
- Organisation et fonctionnement des service extérieurs aux urgences :
Retard, délai anormalement long (hors délai raisonnable) dans la réalisation d'un examen (laboratoire, imagerie) ou dans l'attente d'un avis spécialisé par mauvaise organisation et mauvais fonctionnement de ces services entraînant un retard de prise en charge pour le patient.
- Comités hospitaliers :
 - Le comité d'hygiène hospitalière :
Analyse des rapports du comité d'hygiène hospitalière et stratégie mise en place pour amélioration de l'hygiène hospitalière.
 - Le comité du matériel médical :
Analyse des rapports du comité du matériel médical et stratégie mise en place pour promouvoir l'usage standardisé des dispositifs médicaux utilisés dans le cadre des procédures diagnostiques et thérapeutiques, dispositifs recommandés et normés CE.
- Rédaction du plan MASH : Absence de rédaction, de mise à jour et d'exercice.

³³⁵ Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

5.5 Responsabilité de l'hôpital :

-Non-respect de la loi sur les droits du patient : cf. supra, selon les relations juridiques entre le praticien professionnel et l'établissement de soins³³⁶.

- Qualité de la prise en charge avec notamment des recommandations de bonne pratique « incorrectes, lacunaires » rédigées en interne ou l'absence de protocole organisationnel³³⁷.
- Information sur l'état de santé.
- Consentement libre à la prestation.
- Tenue du dossier.
- Secret professionnel.
- Information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession.

-Responsabilité du commettant pour les manquements de ses préposés³³⁸. Responsabilité de l'hôpital pour les inadéquations du personnel salarié (infirmiers...).

-Défaut de sécurité/précaution : Exemples :

- Barrières de lits et moyens de contention physique :

Ces mesures font partie des actes infirmiers B1 de l'annexe à l'AR du 18 juin 90 c'est-à-dire des prestations qui n'exigent pas de prescription médicale.

Ces mesures sont souvent réalisées en urgence dans l'intérêt du patient (hors consentement, cf. article 8 §5 de la loi du 22 août 2002).

La mesure est appliquée par l'infirmier (obligation de prudence, précaution et de prévoyance), idéalement selon des protocoles hospitaliers existant et en concertation pluridisciplinaire³³⁹.

- Verrouillage des fenêtres :

L'AR du 23/10/1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre dispose dans ses articles 17 visant les normes spéciales s'adressant aux

³³⁶ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008, article 30.

³³⁷ KCE reports vol 26B : « Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales » 2006.

³³⁸ Articles 1384 et suivants du Code civil.

³³⁹ P. Muylaert : « *La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention* ».

services neuropsychiatriques d'observation et de traitements d'enfants : « *les fenêtres seront munies de dispositifs de sécurité destinés à permettre l'aération tout en limitant le degré d'ouverture des fenêtres* » et 18,19 visant les normes spéciales s'adressant aux services neuropsychiatriques d'observation et de traitements de malades adultes, la même obligation.

Il ne semble pas y avoir d'autres obligations législatives pour les autres unités de soins, dont les urgences. Pourtant, les urgentistes sont régulièrement confrontés à des patients psychiatriques qui nécessitent une infrastructure adaptée.

- Patient prisonnier :

Pour les services d'urgences collaborant avec des institutions pénitentiaires, des mesures spécifiques de sécurité et d'infrastructure seront mises en œuvre.

6. Recours possibles pour le patient ?

- Le prestataire de soins :

Rencontre directe formelle ou informelle avec le prestataire de soins en présence ou non d'un tiers neutre (médiateur ou autre).

- L'assureur responsabilité civile³⁴⁰.

- La médiation hospitalière :

Le médiateur est nommé par le gestionnaire.

Il respecte le secret professionnel.

Cette fonction est reprise dans 2 articles de lois :

- Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002 : « *le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits du patient auprès de la fonction de médiation* ».
- L'article 30 de l'arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008³⁴¹ : « *Chaque*

³⁴⁰ Article 150 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

³⁴¹ Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19, Art 30 ; ED 07/11/2008.

hôpital veille à ce que toutes les plaintes {...} puissent être déposées auprès de la fonction de médiation {...} ».

Le but premier de la fonction de médiation est le respect de la loi sur les droits du patient. Pour des raisons internes à l'institution, la même personne peut également s'occuper d'autres incidents liés aux relations conflictuelles soignants – patients.

La médiation permet au patient de mieux comprendre, et peut-être d'être entendu dans ses griefs. L'écoute et l'empathie, ainsi que la reconnaissance des faits apaisent généralement les tensions.

- La direction médicale.
- Le médiateur des mutuelles.
- Les services d'inspection de l'INAMI :

Les Services d'Evaluation et de Contrôle Médicaux (SECM) et le service du contrôle administratif de l'INAMI veille à l'application correcte de la réglementation et la prévention de la fraude, en cas de difficulté liées à la facturation des prestations médicales. Ils contrôlent les prestations sur le plan de leur réalité et de leur conformité.

- Le Fonds des Accidents Médicaux (FAM)^{342, 343}.

Pour obtenir une indemnisation dans le cadre de la réparation des dommages corporels subis suite à une prestation de santé, la victime devait initier une procédure longue et coûteuse, impliquant la charge de la preuve par le triptyque de la responsabilité civile en droit commun (« *faute* », manquement, dommage, lien de causalité entre le manquement et le dommage).

Par la loi du 15 mai 2007, la volonté du législateur a été de dépenaliser l'inadéquation médicale et d'indemniser sur base de la solidarité collective via un fonds spécial pour les dommages liés aux prestations de santé, les victimes de tels dommages sans devoir

³⁴² La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

³⁴³ N. Twité « *Le Fonds des Accidents Médicaux* », Formation continuée en droit de l'expertise, Bruxelles 2016.

prouver le manquement, la responsabilité d'un prestataire. Ce fonds devait également intervenir pour les infections nosocomiales³⁴⁴.

Cette loi du 15 mai 2007 excluait de l'indemnisation les dommages qui résultaient :
« 1° de l'état initial du patient et/ou de l'évolution prévisible de cet état, compte tenu de l'état du patient et des données de la science au moment de la prestation de soins de santé;
2° de la faute intentionnelle du patient ou du refus du patient ou de son représentant de recevoir les soins proposés après avoir été dûment informé ;
3° des risques ou des effets secondaires normaux et prévisibles liés à la prestation de soins de santé compte tenu de l'état initial du patient et des données de la science au moment de la prestation de soins de santé »³⁴⁵.

Cette loi interdisait le recours civil en responsabilité, sauf en cas de faute intentionnelle ou lourde du prestataire de soins. En cas d'action pénale, le plaignant ne pouvait plus réclamer que l'euro symbolique en dédommagement moral.

A noter, qu'il existait déjà des indemnisations en dehors du régime des responsabilités. Notamment par la loi du 10/4/1971 sur les accidents de travail ou les lois du 30/3/1994 sur l'indemnisation automatique des usagers faibles dans les accidents de circulation et du 13/4/1995 étendant le champ d'application aux passagers des véhicules automoteurs.

Toutefois, cette loi du 15/5/2007 publiée au Moniteur, a été abrogée avant toute mise en vigueur en l'absence d'arrêtés royaux d'exécution et remplacée par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des **dommages résultant de soins de santé**. Cette nouvelle loi est à l'origine d'une nouvelle institution fédérale : le Fonds des Accidents Médicaux.

La victime d'un accident médical peut s'adresser au Fonds (en l'absence de décision judiciaire) afin d'obtenir **un avis** non contraignant (pas un jugement) sur une responsabilité éventuelle et sur la gravité du dommage.

³⁴⁴ P. Ancel : « L'obligation de soins en droit belge et en droit luxembourgeois ». http://grerca.univ-rennes1.fr/digitalAssets/310/310410_Ancel_P_Obli_Soins_rpt_Belge.pdf. Consultation le 29/12/2017.

³⁴⁵ Loi du 15 mai 2007, Art. 5. § 1er

Le Fonds des accidents médicaux intervient lorsque le dommage répond à 3 conditions :

- Le dommage découle d'un fait survenu à partir du 2 avril 2010.
- Le dommage est causé par une **prestation de soins de santé**.
- Le dommage découle

✓ **Soit d'un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins.**

Le Fonds vérifie si le prestataire a commis un manquement, non-respect des règles de bonnes pratiques de la médecine. Le prestataire n'a pas agi comme l'aurait fait un dispensateur de soins de la même spécialité normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Il a donc commis une inadéquation, en lien causal avec le dommage.

Le fonds peut alors indemniser (avant une subrogation contre le prestataire de soins)

- Si la responsabilité civile du prestataire n'est pas, ou insuffisamment couverte par un contrat d'assurance.
- Si l'assurance couvrant le prestataire a formulé une offre jugée insuffisante par le Fonds.

✓ **Soit d'un accident médical sans responsabilité** c'est-à-dire d'un accident lié à une prestation de soins de santé qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins. Il requiert un acte d'un prestataire de soins. Ce n'est ni un échec thérapeutique, ni une erreur non fautive de diagnostic. Cet accident sans responsabilité ne sera indemnisé par le fonds que, si et seulement si, le dommage est

- Anormal : s'il n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible (le dommage est alors imprévisible, inévitable, ou disproportionné)

Et

- Grave : s'il remplit un des critères de gravité visés à l'article 5 de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé :
 - Une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %.

- Une incapacité temporaire de travail au moins durant 6 mois consécutifs ou 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois.
- Des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient.
- Le décès du patient.

Le Fonds n'est pas compétent pour les sinistres :

- Causés avant le 2 avril 2010 ou dans un autre pays que la Belgique.
- Prescrits :
 - plus de cinq ans à partir du jour qui suit celui où le demandeur a eu connaissance du dommage, ou de son aggravation.
 - ou plus de vingt ans à partir du jour qui suit celui où s'est produit le fait qui a causé le dommage.
- Résultant d'expérimentations médicales (loi du 07/05/2004) ou de soins esthétiques (sauf remboursement Assurance Maladie Invalidité).
- Pour lesquels une décision définitive du tribunal a déjà été prononcée qui a déclaré non fondée la demande d'indemnisation du dommage, tant sur base de la responsabilité d'un prestataire de soins que d'un accident médical sans responsabilité.
- Pour lesquels le demandeur a déjà accepté, ou reçu une proposition d'indemnisation définitive. Le cumul des indemnités n'est pas permis.

L'avis du fonds (service spécial de l'institut national d'assurance maladie invalidité visé à l'article 137ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994) peut être contesté via une action devant le tribunal de première instance, dans les délais de droit commun.

A côté de la procédure au Fonds, le patient a la possibilité d'introduire une demande auprès du tribunal de première instance, dans les délais de droit commun pour engager la responsabilité civile d'un prestataire de soins. En mettant le fonds à la cause, la décision du tribunal lui sera opposable.

- Les services d'inspection des régions et des communautés :

Ces inspecteurs peuvent vérifier le respect des normes d'agrément des services et au besoin, retirer ou conditionner le maintien des agréments en cours.

- Les commissions médicales provinciales :

L'article 36 de l'arrêté royal n° 78 du 10 Novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé définit la mission des commissions notamment l'exercice de l'art des praticiens conformément aux lois et aux règlements en vigueur³⁴⁶.

- L'Ordre des médecins :

Parallèlement, ou non, à une autre procédure introduite, la victime peut déposer une plainte à l'Ordre des médecins contre le praticien pour qu'il soit éventuellement sanctionné disciplinairement.

- Le procès civil³⁴⁷:

Devant une juridiction civile, pour réparer un préjudice si et seulement si, le triptyque de la responsabilité est présent : « *faute* », dommage, lien causal entre la « *faute* » et le dommage (cf. supra). Le procès appartient aux parties. Elles sont libres d'arriver à un accord qui interrompt l'action en justice à n'importe quel moment.

- Le procès pénal³⁴⁸:

Devant une juridiction répressive, sur base de la commission d'une infraction.

Hors fraude, les prestataires de soins sont une des seules professions libérales à risque de qualifications pénales.

La procédure pénale est gratuite, elle échappe aux parties et passe par plusieurs stades

- Information (Procureur du Roi).
- Instruction (Juge d'Instruction).
- Juridiction d'instruction (Chambre du Conseil).
- Juridiction de Fond (Tribunal de Première Instance...).

³⁴⁶ Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. AR 1967-11-10 ; Article 36 ; ED : 14-11-1967.

³⁴⁷ E. Lemaire « *Eléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

³⁴⁸ Ibid.

7. Analyse de la responsabilité dans le cadre des urgences :

Référentiel analytique :

Etapas applicatives :

- Collecte et croisement des informations.
- Reconstitution chronologique étendue.
- Interrogation de la chronologie par le questionnaire analytique.
- Mise en parallèle d'observations et de bonnes pratiques.
- Discussion du résultat.

7.1 Y a-t-il un manquement ?

- En préhospitalier :
 - Médecin Généraliste (MG) de garde.
 - Moyens mis en œuvre par le préposé 112.
 - Prise en charge par l'ambulance.
 - Prise en charge par le PIT.
 - Prise en charge pour le SMUR.
- En intrahospitalier :
 - De la part du médecin urgentiste :

-Au niveau civil :

Les critères légaux ont-ils été respecté dans la séquence ?

- La mission de l'urgentiste a-t-elle été respectée ?

✓ Mise au point diagnostique :

*Anamnèse qualitative.

*Examen clinique qualitatif.

*Détection de cas à risque de dégradation :

- Présence de signes cliniques de gravité :
 - Surveillance de quelques heures.
- Présence de critères de gravité :
 - Avis confrère intensiviste.

*Examens complémentaires et, ou avis spécialisés :

- Demandés si nécessaire.
- Délai.
- Interprétation.

*Retard diagnostique inexplicable.

✓ Thérapeutique :

*Erreur thérapeutique.

*Retard thérapeutique.

*Mauvais usage de matériel ou matériel vicié.

*Non-respect des nouvelles recommandations ou des dernières normes par rapport au traitement.

*Acharnement thérapeutique.

*Absence de mise en route de soins palliatifs.

✓ Surveillance, prudence, vigilance, diligence :

*Manque de surveillance du patient et de son évolution clinique.

*Non-respect des recommandations ou normes en vigueur par rapport à la surveillance d'une pathologie spécifique.

*Défaut de sécurité.

✓ Suivi et orientation :

*Suivi et orientation manquants ou erronés compte tenu des éléments recueillis en salle d'urgence.

*Inadéquation du choix du vecteur de transfert, si nécessaire.

*Retard dans le transfert.

*Absence de transmission du dossier du patient lors du transfert.

*Absence de proposition de réexamen.

- Non-Respect des normes d'agrément du service :

- ✓ Qualifications de l'urgentiste.
- ✓ Contraintes de fonctionnement :
 - *Prestation moindre que le mi-temps légal.
 - *Dépassement du temps de travail.
 - *Cumul de garde médicale.
- Non-Respect des droits fondamentaux du patient :
 - *Qualité de la prise en charge.
 - *Information sur l'état de santé.
 - *Consentement libre à la prestation.
 - *Tenue du dossier.
 - *Secret professionnel.
 - *Information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession.

Le patient a-t-il été pris en charge comme il l'aurait été par un autre urgentiste normalement prudent, compétent, diligent, respectant les règles de la science médicale de l'époque, placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession, prodiguant des soins attentifs et consciencieux ?

- Au niveau pénal :
 - Inadéquations de commission : maladresse (geste maladroit) et imprudence (erreur de posologie).
 - Inadéquations d'omission : inattention (compte de compresse) et négligence par rapport aux règles de l'art (report d'un geste salvateur urgent).
 - Violation d'une loi pénale
 - ✓ Attestation de faux certificats
 - ✓ Faux et escroquerie sociale (faux, usage de faux, déclaration inexacte ou incomplète aux avantages sociaux)
 - ✓ Non-respect du secret professionnel.

- ✓ Refus d'un médecin, d'un SMUR ou d'un SUS de répondre à une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié.
 - ✓ Abstention coupable.
 - ✓ Homicide et lésions corporelles.

- Au niveau disciplinaire :
- Atteinte à l'honneur et à la dignité de la fonction.

- Manquement spécifique au Code de déontologie médicale :
 - ✓ Actualisation science médicale.
 - ✓ Porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat.
 - ✓ Information au patient.
 - ✓ Surprescription
 - ✓ Certificats
 - ✓ Consentement éclairé.

- Au niveau administratif, fraude sociale :
Documents et prestations de soins inexacts

- De la part du médecin chef de service :
 - Défaut d'organisation et de fonctionnement au sein du service des urgences :
 - ✓ Absence d'un triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil.
 - ✓ L'inadéquation du staff à la charge de travail.
 - ✓ L'inadéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.
 - ✓ L'existence pour la pathologie d'une procédure dans le service et son non-respect.
 - ✓ L'existence d'un règlement d'ordre intérieur du service, son contenu, sa validation et non-respect.

-Non-Respect des normes d'agrément du service :

- ✓ En termes de cadre de travail du SUS avec SMUR (rôles de garde).
- ✓ En termes de qualifications de l'urgentiste.

-Manquement d'un préposé.

o De la part du médecin directeur médical :

-Application des prescriptions légales et réglementaires en matière d'activités médicales notamment les normes d'agrément du service des urgences :

- ✓ Cadre de travail du SUS : rôles de gardes des urgences et des spécialités tierces.
- ✓ Qualifications de l'urgentiste et des spécialistes autres.

-Soins (qualité, évaluation, contrôle) :

- ✓ Qualité des soins :
 - Compétences dans le chef des prestataires de soins engagés.
 - Organisation de formation continue.
 - Dossier médical (tenue, conservation, archivage).
- ✓ Evaluation de la qualité des soins : réalisation d'audit médical
- ✓ Contrôle du comportement prescriptif : respect des directives.

-Organisation et coordination des activités médicales : concertation avec les médecins-chefs de service sur les initiatives prises pour l'organisation, le fonctionnement, la coordination de son service.

- ✓ Organisation et fonctionnement du service des urgences.
 - Triage lors d'afflux de patients dépassant la capacité d'accueil du service
 - Adéquation du personnel médico infirmier à la charge de travail.

- Adéquation de l'infrastructure en termes de capacité d'accueil du flux.

✓ Organisation et fonctionnement des service extérieurs aux urgences.

-Comités hospitaliers :

- ✓ Hygiène hospitalière.
- ✓ Matériel médical : dispositifs standardisé, recommandés, normés CE, procédures diagnostiques et thérapeutiques.

-MASH : Rédaction, mise à jour et exercice.

○ De la part de l'hôpital :

-Non-Respect de la loi sur les droits du patient : cf. supra, selon les relations juridiques entre le praticien professionnel et l'établissement de soins.

- Qualité de la prise en charge (recommandations de bonne pratique).
- Information sur l'état de santé.
- Consentement libre à la prestation.
- Tenue du dossier.
- Secret professionnel.
- Information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession.

-Manquement d'un préposé.

-Défaut de sécurité/précaution :

- Barrières de lits et moyens de contention physique.
- Verrouillage des fenêtres.

7.2 Y a-t-il un dommage ?

- ✓ Préjudice corporel (séquelle, décès) et/ou moral.
- ✓ Perte de chance de guérison, de survie ou d'échapper à un préjudice en cas de procès civil.

7.3 Y a-t-il un lien cause effet entre le manquement et la survenue du dommage ?

- La façon dont il a été pris en charge aux urgences a-t-elle eu un impact sur son évolution défavorable ?
- Une autre attitude aurait-elle permis, avec certitude, de changer ce cours défavorable ?

8. Application de la grille d'analyse à la vignette clinique

8.1 Y a-t-il un manquement ?

- **En préhospitalier :**

- Médecin généraliste de garde :

Appelé à 2 reprises par les parents pour syncope et hypotension. Indisponible immédiatement. Acquiesce à l'appel 112.

Le médecin de garde se déclare indisponible. Mais, il n'y a pas de refus d'assistance du médecin généraliste. Après le deuxième appel, il s'ensuit un contact avec le 112 avec une réponse rapide.

- Moyens mis en œuvre par le préposé 112 :

-Le préposé 112 envoie, à l'appel, une simple ambulance sans moyens complémentaires.

Une réécoute des bandes magnétiques du 112 semblerait utile pour préciser les éléments mentionnés par le papa à l'appel du 112.

Le manuel de la régulation belge prévoit l'envoi d'un SMUR pour les patients inconscients, les instabilités hémodynamiques, les

difficultés respiratoires, l'envoi d'un PIT pour les reprises de conscience avec confusion ou somnolence et l'envoi d'une ambulance simple dans les autres situations de perte de conscience.

-Pas d'envoi de SMUR à la demande des ambulanciers. SMUR non disponible.

Cette information est extraite de l'audition de la maman et n'est pas mentionnée sur la fiche « ambulance » complétée par les ambulanciers en fin de mission.

Décision d'une attitude « scoop and run » par les ambulanciers.

L'ERC précise que « la détresse respiratoire est une des pathologies dont l'évolution peut être radicalement modifiée par une intervention médicale rapide, pratiquée endéans l'heure de début des "symptômes" ».

Il n'y a pas de contact médical avec un médecin généraliste ou un médecin hospitalier, ne fut-ce que par téléphone.

-Orientation de l'ambulance à l'hôpital secteur.

Le message délivré par le 112 à l'hôpital secteur a-t-il reflété la gravité appréhendée par les ambulanciers en préhospitalier pour permettre à l'équipe hospitalière de se préparer à la prise en charge de la patiente ?

A confronter à une réécoute des bandes magnétiques du 112.

○ Prise en charge par l'ambulance :

Les ambulanciers pensent premièrement à une crise de tétanie et appliquent un sachet sur le visage de la patiente, ce qui l'a fait se sentir encore plus mal.

Les ambulanciers prennent des paramètres : SpO2 à 83 %. Pouls 51/min.

Tension artérielle est à 60 mmHg. FR > 24/min.

Ils optent ensuite pour de l'oxygène au masque (>10l/min) et la patiente déclare se sentir mieux.

De l'audition de la maman, on relève la demande des ambulanciers d'un véhicule SMUR. Le 112 aurait répondu qu'il n'y avait pas de SMUR disponible.

Les ambulanciers, sur leur fiche « ambulance », ne demandent ni SMUR, ni médecin généraliste sur le site de l'intervention alors que la patiente est instable.

En l'absence de SMUR disponible, pour tenter de compenser l'absence du médecin SMUR, la centrale 112 peut mettre en contact les ambulanciers avec un médecin, généraliste ou hospitalier.

Il n'y a aucune mention de la position de la patiente pendant le trajet alors qu'elle est à 60 mmHg de tension artérielle (Transat ? Trendelenburg ? Autre ?).

Ils ne signalent pas de traumatisme. Ils posent un pansement occlusif.

La patiente est conduite à l'hôpital secteur le plus proche.

La patiente demande à ce qu'on lui laisse le masque à oxygène.

○ Prise en charge par le PIT :

Non envoyé.

Le seul PIT liégeois en 2007 est localisé à Herstal. A priori, nous ne sommes pas dans les critères d'envoi d'un PIT puisqu'il n'y a ni somnolence, ni confusion résiduelle.

○ Prise en charge pour le SMUR :

Non envoyé par le 112 à l'appel initial du papa.

Indisponible lors de la demande des ambulanciers.

A confronter aux données du 112.

- **En intrahospitalier :**

De la part du médecin urgentiste

-Au niveau civil :

Les critères légaux ont-ils été respectés dans la séquence ?

- *La mission de l'urgentiste a-t-elle été respectée ?*

✓ *Mise au point diagnostique :*

- *Anamnèse qualitative :*

Pas de contact verbal avec les ambulanciers.

Contact avec les parents vers 2h du matin.

On ne retrouve pas dans l'anamnèse effectuée, les facteurs confondants possibles tels que le stress et les chutes de tension de l'adolescence.

La lecture du dossier ne permet pas de démontrer une anamnèse systématique. Elle ne relève pas les autres plaintes pertinentes du diagnostic différentiel des détresses respiratoires et des états de choc circulatoire (plaintes au niveau des membres inférieures, la toux, la température...). Brièveté ou carence ? L'absence de difficulté respiratoire est également discordante avec la prise en charge préhospitalière où la patiente se dit mieux avec l'oxygénothérapie et demande à garder son masque.

- *Examen clinique qualitatif :*

Plusieurs éléments pertinents sont manquants : l'urgentiste parle de polypnée sans en préciser la fréquence. Il ne mentionne pas de distension jugulaire ...

Il relate une saturation en oxygène à 95 % sous oxygénothérapie sans en spécifier la délivrance. Concision ou défaut ?

Il mentionne que « l'auscultation est banale et que les mollets palpés sont souples et indolores ». Était-ce vraisemblable ?

Ces éléments ont-ils joué un rôle dans le diagnostic différentiel, dans la mise au point ?

L'intensité de la douleur de la patiente n'est pas quantifiée par l'Echelle Visuelle Analogique EVA de 0 à 10.

▪ *Détection des cas à risque de dégradation :*

• *Signes cliniques de gravité :*

Présents, notamment :

B « breathing » : *insuffisance respiratoire aiguë :*

- *Symptômes de dyspnée ?
Amélioration subjective et objective sous O₂.*
- *Fréquence respiratoire (> 30 /min) ?
Polypnée non chiffrée.*
- *Oxygénation : valeur de la saturation en Oxygène de l'hémoglobine (SpO₂) en tenant compte de la Fraction Inspiration en Oxygène (FIO₂). Correction de cette SpO₂ sous oxygénothérapie (83→95%) et désaturation au retrait du masque.*

C « circulation » : *insuffisance circulatoire aiguë :*

- *Pouls rapide.*
- *Pression artérielle basse.*
- *Perfusion périphérique :*
 - *Téguments :*
 - *Pâleur*
 - *Veines périphériques difficiles à ponctionner (prélèvements difficiles).*

E « exposure » : *Température corporelle (extrémités froides).*

D « disability » : *signes de gravité d'une atteinte neurologique aiguë :*

- *Malaise, agitation avec anxiété*
- *Hémoglucotest.*

- *Surveillance de quelques heures :*
Absence de réévaluation mentionnée dans le dossier médical.
Dossier infirmier non disponible.

- *Critères de gravité :*
Présents en préhospitaliers et aux urgences sur base d'un diagnostic différentiel étoffé :

Breathing :

SpO₂ < 93% sans documentation de chronicité.
Embolie pulmonaire au moins 2 signes parmi les suivants : syncope, tachycardie > 120/minutes ou score d'Aujesky > 85.
Dyspnée avec PH initial < 7,32.

Circulation :

Suspicion de pathologie cardiaque et troponine > 0,09 ng/ml.
Suspicion d'arythmie potentiellement grave (syncope à l'emporte-pièce), nécessité de monitoring cardiaque.
Choc septique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).
Choc hypovolémique ou hémorragique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min ou lactate > 3 mmol/litre).

Endocrinologie :

Acidocétose diabétique (PH < 7,32).

- *Avis soins intensifs :*

« Si je n'ai pas fait appel à un médecin superviseur avant l'arrêt cardiaque, c'est parce que l'état de la jeune fille et la stabilité de ses paramètres ne nécessitaient pas l'appel d'un réanimateur et aussi de par ma formation d'anesthésiste ».

L'avis soins intensifs est différé à l'arrêt cardiorespiratoire alors que la patiente n'est pas hémodynamiquement stable ni en préhospitalier et ni aux urgences.

Il est à noter que ces critères de gravité ont été publiés en 2010 par Vranckx et al et actualisés en 2013 par Bruneau. Ces publications ont le mérite de structurer ces critères largement éprouvés antérieurement. Les critères sont donc applicables à notre vignette.

- *Examens complémentaires et, ou avis spécialisés*
 - *Demandés si nécessaire :*

Bilan demandé :

- *Biologie : Hémoglobine 13g/l - Globules Blancs 22300 - Neutrophiles 84.4%, CRP 14 mg/l - glycémie 4.10g/l - Troponine 0,16ug/l - HCG 0.*

L'urgentiste pense à doser la troponine.

Il ne dose pas les D-dimères.

- *ECG*

Non protocolé dans le dossier médical.

- *Gazométrie artérielle : PaO₂ 186 mmHg, acidose métabolique avec compensation respiratoire (PaCO₂ 28 mmHg).*

L'oxygénation, la FIO₂ n'est pas précisée. C'est un élément pour quantifier la gravité de l'hypoxémie de la patiente.

Absence de dosage du lactate artériel, indice de gravité.

- *Analyse d'urine : glycosurie + - corps cétonique 0 : 2-5 GR, > 20 GB/champs.*

- *Radiographie du thorax :*

Radiographie du thorax au chevet du patient non demandée. Ceci permet d'avancer dans le diagnostic différentiel précocement et fait partie des recommandations de prise en charge des détresses respiratoires aux urgences³⁴⁹.

- *CT cérébral : négatif*

Réalisé en arrêt cardiorespiratoire.

- *Echo cœur mauvaise échogénicité de la patiente, cœur vide.*

Non réalisé au chevet du patient.

Réalisé en arrêt cardiorespiratoire.

Dilatation des cavités droites non visualisée.

- *Angioscanner thoracique : embolie pulmonaire massive*

Réalisé en arrêt cardiorespiratoire.

- *Délai :*

Admission 00h17

Examen clinique 00h45

Biologie encodée 1h04

Difficulté de prélèvements précisée, résultats après 1h.

ECG 3h08 et 3h09

Discordance avec l'audition de l'infirmière du déchocage qui déclare que la prise en charge a été rapide et que l'ECG a été réalisé à l'admission avec la glycémie.

Les heures mentionnées sur les ECG ne sont-elles pas erronées ?

³⁴⁹ A. Caubel. Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences. Réanimation 15 (2006) 523-532

L'ECG n'est pas protocolé. En l'absence de protocole, il ne permet de donner d'indices diagnostiques.

Echographie cardiaque 3h

En arrêt cardiorespiratoire. Cet examen réalisé au chevet de la patiente, alors que la troponine est connue, donne des informations sur la volémie, la fonction cardiaque, l'aspect de ses cavités droites...

Scanner cérébral 3h39

En arrêt cardiorespiratoire.

Angioscanner thoracique à 4h

Réalisé après le contact entre l'intensiviste et les parents précisant la douleur de la jambe. Cet examen est central dans un contexte clinique de malaise, détresse respiratoire, état de choc, troponine positive.

- *Interprétation des examens réalisés :*
 - ECG non protocolé, non interprété dans le dossier médical.*
 - Gazométrie n'est pas interprétée en intégrant la FIO2.*
 - Analyse d'urine : l'urgentiste ne tient pas compte des résultats de corps cétonique.*

- *Retard diagnostique inexplicable :*

Le retard diagnostique est lié à l'absence d'intégration de la détresse respiratoire au diagnostic différentiel du médecin urgentiste.

Ce diagnostic différentiel ne tient pas compte de la détresse respiratoire objectivée dès l'admission de la patiente.

Il n'associe pas, dans son diagnostic différentiel, la détresse respiratoire à l'état de choc circulatoire. Cette association doit conduire à d'autres hypothèses diagnostiques telles que la

myocardite, l'hypovolémie, l'embolie pulmonaire, le sepsis. De ces hypothèses doivent découler des moyens diagnostiques rapides non réalisés.

✓ *Thérapeutique :*

▪ *Erreur thérapeutique :*

-Double administration de benzodiazépine sans recherche étiologique à l'agitation et l'angoisse de mort de la patiente.

-Administration de Sufenta® (5 microgrammes/ml).

Il s'agit d'un antalgique de pallier III b selon l'OMS.

En Belgique, le Sufenta® est un analgésique central pour l'anesthésie.

En France, il est réservé aux « médecins spécialisés en anesthésie-réanimation ou en médecine d'urgence, familiarisés avec l'utilisation des anesthésiques, ou sous leur contrôle, et disposant de tout le matériel d'anesthésie-réanimation nécessaire »³⁵⁰.

« L'effet est immédiat en intraveineux.

La dose est déterminée individuellement et dépend de l'âge, du poids corporel, de la condition physique et de l'état pathologique sous-jacent du patient, de l'utilisation d'autres médicaments, de l'opération et du type d'anesthésie.

Afin d'éviter une bradycardie (un arrêt cardiorespiratoire), il est recommandé d'administrer une petite dose intraveineuse d'un anticholinergique avant l'induction. Il procure une analgésie très puissante (0,5 à 5mcg/kg) accompagnée d'une réduction de la réaction sympathique chirurgicale et du maintien de la stabilité cardiovasculaire.

Les opiacés peuvent provoquer des hypotensions, particulièrement chez le patient hypovolémique.

Une réduction de la posologie est recommandée lorsque le patient a déjà reçu une médication qui exerce une activité

³⁵⁰ <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0205787.htm>

dépressive sur la respiration (sédatifs), chez les patients atteints d'affection pulmonaire. La dose est adaptée aux paramètres respiratoires.

Toutefois, la diminution du volume respiratoire par minute est rarement importante sur le plan clinique après l'administration de 0,2mcg/kg (10mcg/50kg de poids corporel).

L'administration de Sufenta® est contre-indiquée hors du cadre de l'anesthésie et en l'absence d'équipement adéquat dans le service d'anesthésie (appareillage de réanimation, antidotes) »³⁵¹.

Bien que postérieures à notre vignette, il nous semble important de préciser qu'en 2010, la société française d'anesthésie et de réanimation et de la société française de médecine d'urgence ont établi des recommandations formalisées d'experts pour la sédation et l'analgésie en structure d'urgence³⁵² :

« La morphine est l'opiacé de référence pour assurer l'analgésie des douleurs aiguës sévères du patient en ventilation spontanée. Chez les patients intubés en ventilation contrôlée, les morphiniques habituellement utilisés sont le fentanyl et le sufentanil...

Il faut évaluer l'intensité de la douleur en urgence dès le début de la prise en charge du patient....

Le traitement de la douleur en urgence doit reposer sur des protocoles.

Pour l'analgésie par voie générale :

- il faut traiter les douleurs faibles à modérées par des antalgiques de palier I ou II, utilisés seuls ou en association avec d'autres thérapeutiques ;

³⁵¹https://www.janssen.com/belgium/sites/www_janssen_com_belgium/files/prod_files/live/mskp_sufentaforte_f.pdf

³⁵² B. Vivien, F. Adnet, V. Bounes, G. Chéron, X. Combes, J.-S. David, J.-F. Diependaele, J.-J. Eledjam, B. Eon, J.-P. Fontaine, M. Freysz, P. Michelet, G. Orliaguet, A. Puidupin, A. Ricard-Hibon, B. Riou, E. Wiel, J.-E. De La Coussaye. « Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999) Société française d'anesthésie et de réanimation Société française de médecine d'urgence ». Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:57-71.

- pour les douleurs intenses ($EVA \geq 6$), il faut recourir d'emblée aux morphiniques IV en titration...

Les experts recommandent d'utiliser un protocole de titration IV en morphine avec des bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg (patient ≥ 60 kg) toutes les cinq minutes, car il est applicable à toutes les situations d'urgence, y compris chez les sujets âgés. Les agonistes comme le fentanyl et le sufentanil ne sont pas recommandés par les experts pour l'analgésie du patient ».

Dans le cadre d'une étude française de 2007 et selon un protocole déterminé d'administration du sufentanil par des urgentistes, ce médicament a permis d'obtenir une analgésie efficace plus rapidement que la morphine, sans effets secondaires notables aux urgences (dose de charge : $0,05\mu\text{g}/\text{kg}$; bolus : $0,025\mu\text{g}/\text{kg}$ toutes les cinq minutes pour obtenir une $EVA \leq 4$)³⁵³.

Nous constatons sur la facture de l'hôpital, l'**administration de naloxone** non précisée dans le dossier ou les auditions.

- **Retard thérapeutique :**
En l'absence du diagnostic différentiel étendu, le traitement spécifique à l'embolie pulmonaire instable (la thrombolyse) n'a pas été administré avant l'arrêt cardiorespiratoire et le scanner diagnostique de 4heures du matin.

- **Mauvais usage de matériel :** pas d'application.

³⁵³ <http://www.copacamu.org/spip.php?article562>. JP. Ligier, P. Visintini, P. Cano, F. Antonini, L. Jacquin, M. Léone, P. Jean, C. Martin. « Le sufentanil comme traitement antalgique aux urgences : intérêt et faisabilité ? ».

- *Non-respect des nouvelles recommandations ou des dernières normes par rapport au traitement :*

Nous relevons également qu'en arrêt cardiorespiratoire, le médecin déclare commencer par ventiler la patiente, et l'intube précocement alors que l'urgence est à la compression thoracique (cf. Guideline ERC 2005)³⁵⁴.

La dose d'adrénaline® prescrite (62 mg facturés) en 150minutes de réanimation ne correspond pas aux guidelines d'administration. Les recommandations de l'ERC préconisent 1mg toutes les 3 à 5 minutes.

Deux ampoules de calcium® ont également été administrées en dehors des recommandations.

L'urgentiste n'est pas seul dans cette prise en charge. L'intensiviste y est associé. Des éléments recueillis, il nous est impossible de déterminer lequel d'entre eux a tenu le rôle de leader de cette réanimation.

- *Acharnement thérapeutique :*
L'algorithme de réanimation témoigne du « désespoir thérapeutique » du binôme urgentiste, intensiviste, en l'absence de leader identifié.
- *Absence de mise en route de soins palliatifs :*
Pas d'application.

³⁵⁴ <https://www.resus.org.uk/archive/guidelines-2005/>
<http://www.pneumonologia.gr/articlefiles/Summary%20of%20ALS%20Changes.pdf>

✓ *Surveillance, prudence, vigilance, diligence :*

- *Manque de surveillance du patient et de son évolution clinique :*

L'infirmière précise que la patiente a été placée sous monitoring et saturométrie.

*Paramètres concernés ? Fréquence Cardiaque (FC) ? Tracé ECG ? Tension Artérielle (TA) ? Fréquence Respiratoire (FR) ? Capnographie si disponible ?
Le dossier infirmier n'est pas disponible pour cette analyse spécifique.*

Lors de son transfert au service d'imagerie médicale, la patiente a été placée sous « cardioscope ».

*Quels paramètres sont surveillés ? Fréquence Cardiaque (FC) ? Tracé ECG ? Tension Artérielle (TA) ? Fréquence Respiratoire (FR) ? Saturation ? Capnographie, si disponible ?
Il n'y a pas de trace disponible de ces monitorings.*

L'oxygénothérapie n'est pas précisée dans les dossiers, durant le transport vers le scanner.

Le médecin n'a pas demandé l'accompagnement de l'infirmière de prise en charge pour le transfert vers le scanner mais il prend avec lui le sac d'urgence.

- *Non-respect des recommandations ou normes en vigueur par rapport à la surveillance d'une pathologie spécifique :
La patiente a été monitorisée aux urgences et lors de son transfert vers la radiologie. De quel monitoring a-t-elle bénéficié aux urgences et lors de son transfert post administration de sufentanil ?*
- *Défaut de sécurité :
L'administration de sufentanil est contre-indiquée hors du cadre de l'anesthésie, hors protocole et en l'absence d'équipement technique et humain adéquat.*

L'administration de sufentanil nécessite une surveillance étroite médico-infirmière, un monitoring hémodynamique et cardiorespiratoire adéquats.

✓ *Suivi et orientation :*

- *Suivi et orientation manquants ou erronés compte tenu des éléments recueillis en salle d'urgence :*

Patiente décédée au scanner. Pas d'application.

- *Inadéquation du choix du vecteur de transfert en cas de nécessité de transfert :*

Pas d'application.

- *Retard dans le transfert :*

Pas d'application.

- *Absence de transmission du dossier du patient lors du transfert:*

Pas d'application.

- *Absence de proposition de réexamen :*

Pas d'application.

- *Non-Respect des normes d'agrément du service :*

- *Qualifications de l'urgentiste :*

Le candidat spécialiste est en cinquième année de formation d'anesthésie

En dehors de son lieu de stage.

Il effectue des gardes aux urgences.

Est-il familiarisé avec les prises en charge urgentes ?

La donnée n'est pas disponible.

- *Contraintes de fonctionnement :*

- *Prestation moindre que le mi-temps légal :*

Donnée non disponible au moment de la revue des faits.

- *Dépassement du temps de travail :*
Pas d'application.
 - *Cumul de garde médicale :*
Pas d'application.
- *Non-Respect des droits fondamentaux du patient :*
 - *Qualité de la prise en charge :*
Nous relevons des incohérences, des lacunes, des retards diagnostiques et thérapeutique (cf. supra).
 - *Information sur l'état de santé :*
Des informations extraites des différentes auditions, la patiente semble avoir été informée des examens complémentaires puisqu'il a « fallu » la rassurer pour les effectuer. Les parents ont également reçu des informations.

Toutefois, toutes les hypothèses diagnostiques n'ont pas été explorées avec les parents. La phlébite est évoquée après 100 minutes de réanimation en arrêt cardiorespiratoire.
 - *Consentement libre à la prestation :*
Implicite. Il n'y pas eu d'opposition à la prise en charge.
 - *Tenue du dossier :*
Lacunaire.
Absence de chronologie.
Absence de dossier intensiviste.
Deux médecins figurent sur le dossier médical des urgences.
Nous n'avons pas d'informations sur ce deuxième médecin.
 - *Secret professionnel : pas de dysfonction relevée.*

- *Information sur la couverture d'assurance professionnelle et l'autorisation d'exercer la profession :*

Pas d'application : loi du 10 avril 2014.

Le patient a -t-il été pris en charge comme il l'aurait été par un autre urgentiste normalement prudent, compétent, diligent, respectant les règles de la science médicale de l'époque, placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession, prodiguant des soins attentifs, consciencieux ?

Compte tenu des éléments diagnostiques et thérapeutiques décrits, il en résulte que le patient n'a pas été pris en charge comme il l'aurait été par un autre urgentiste normalement prudent, compétent, diligent, respectant les règles de la science médicale de l'époque, placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession, prodiguant des soins attentifs, consciencieux.

-Au niveau pénal :

- *Inadéquations de commission : maladresse (geste maladroit) et imprudence (erreur de posologie) :*
Nous pointons inévitablement
-l'administration de Sufenta®, associée aux 2 benzodiazépines facturées (Temesta® 2,5, Xanax®).
-les conditions de transfert vers le scanner : absence de l'infirmière, qualité de monitoring, oxygénation ?
-l'administration d'adrénaline®, de calcium®.
- *Inadéquations d'omission : inattention (compte de compresse) et négligence par rapport aux règles de l'art (report d'un geste salvateur urgent) :*
Nous pointons la méconnaissance de la détresse respiratoire chez une patiente jeune et la prise en charge diagnostique et thérapeutique non conforme aux règles de l'art (Ddimères, ECG, radiographie du thorax, échographie cardiaque au chevet de la patiente, avis spécialisés précoce).
Nous constatons une dissymétrie entre les examens complémentaires réalisés avant l'arrêt cardiorespiratoire et ceux exécutés après.

La conduite de la réanimation et la réalisation de scanners en état d'arrêt cardiorespiratoire ne sont pas conventionnelles.

- *Violation d'une loi pénale :*
 - *Attestation de faux certificats : pas d'application.*
 - *Faux et escroquerie sociale (faux, usage de faux, déclaration inexacte ou incomplète aux avantages sociaux : pas d'application.*
 - *Non-Respect du secret professionnel : pas d'application.*
 - *Refus d'un médecin, d'un SMUR ou d'un SUS de répondre à une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié : pas d'application.*
 - *Abstention coupable : pas d'application pour le médecin urgentiste.*
 - *Homicide et lésions corporelles : motif du recours de la famille.*

-Au niveau disciplinaire :

- *Atteinte à l'honneur et à la dignité de la fonction : pas d'application.*
- *Manquement spécifique au Code de déontologie médicale :*
 - *Actualisation science médicale :*
Non-respect des normes ERC de réanimation cardiopulmonaire.
Non-respect du bon usage du sufentanil en Belgique, en dehors du service d'anesthésie et hors protocole de service.
 - *Porter secours d'urgence à un malade en danger immédiat :*
Pas d'application.
 - *Information au patient :*
Pas d'application.
 - *Surprescription :*
Bien que les traitements tarifés ne soient pas onéreux, les posologies interpellent. Il est à noter que la thrombolyse n'est pas mentionnée sur la facturation.
 - *Certificats :*
Pas d'application.
 - *Consentement éclairé :*
Respecté.

-Au niveau administratif :

Documents et prestations de soins inexacts :

Nous relevons que la facturation des honoraires n'est pas établie au nom du prestataire de soins qui a effectué la prise en charge, ni du cosignataire du dossier des urgences.

8.2 Y a-t-il un dommage ?

La patiente est décédée

8.3 Y a-t-il un lien cause effet entre le manquement et la survenue du dommage ?

- *La façon dont il a été pris en charge aux urgences a-t-elle eu un impact sur son évolution défavorable ?*

Oui, plusieurs éléments ont eu un impact sur l'évolution défavorable de la patiente :

- L'absence de diagnostic différentiel étendu, prenant en compte à la fois la détresse respiratoire et l'état de choc circulatoire.*
- Les examens complémentaires spécifiques et avis spécialisés requis tardifs.*
- Le traitement étiologique retardé à l'état d'arrêt cardiorespiratoire.*
- La double administration de benzodiazépine associée à l'administration de Sufenta® hors du cadre de l'anesthésie, hors protocole de service.*

- *Une autre attitude aurait-elle permis avec certitude, de changer ce cours défavorable ?*

La mortalité hospitalière de la détresse respiratoire aiguë sur un poumon sain est de 50%³⁵⁵.

Pour l'embolie pulmonaire, en l'absence d'un diagnostic correct, la mortalité est estimée à 30 %. Elle est réduite à 8 % si un traitement adéquat est appliqué.

³⁵⁵ http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/urgence/193b_detresse%20resp%20aigue_adulte.pdf

9. Discussion :

A la suite des résultats obtenus par l'application de notre référentiel analytique, nous pouvons extraire les éléments de discussion suivants :

De la prise en charge préhospitalière, on pourrait regretter que le médecin généraliste, se sachant occupé, n'ait pas orienté, dès le premier appel, la famille vers les services de secours, alors que les parents évoquent une syncope et de l'hypotension (tensiomètre familial : 8/6 mmHg). Le premier appel au médecin de garde se situe aux alentours de 22 heures. L'appel au 112 à 23h48.

Le premier contact avec un professionnel de l'AMU est à 00h01. La patiente arrive à l'hôpital 00h15. Suite à leur premier choix de prise en charge (« *sac pour hyperventilation* »), les ambulanciers constatent une dégradation de la patiente. Cette attitude est basée sur un préjugé qu'une jeune fille polynésienne est en crise de spasmophilie. Elle est incompatible avec une prise en charge professionnelle, qui objective des paramètres, et l'attitude thérapeutique qui doit en découler. Ensuite, ils relèvent les paramètres de la patiente et corrigent immédiatement leur approche initiale en administrant de l'oxygène, ce qui est approprié.

Il ne semble pas y avoir de perte de temps en préhospitalier. En l'absence d'un SMUR disponible, il n'y a pas d'attente sur place d'un SMUR plus éloigné, mais une orientation rapide vers l'hôpital secteur (« *scoop and run* »). L'absence de SMUR disponible aurait pu conduire les acteurs de terrain à l'établissement d'une fiche anomalie au 112. Celle-ci permet une enquête interne, et la confrontation des données en vue de l'amélioration de l'AMU.

La réécoute des bandes magnétiques du 112 permettrait d'une part, de connaître les motifs précis d'appel du papa à la centrale. Et d'autre part, le message transmis par les centralistes, lors de l'adressage hospitalier.

A l'hôpital, il semble que la patiente ait été rapidement prise en charge et installée dans une salle adéquate monitorisée.

On s'interroge cependant sur la discordance entre l'anamnèse médicale « *l'air ne lui manque pas* » et les constatations de l'examen clinique (agitation, saturation à 95% sous O₂ et la

polypnée de repos non quantifiée). Chez une patiente jeune, en bonne santé, ce paramètre sous oxygénothérapie doit attirer l'attention.

Considérant l'épisode syncopal au domicile, il aurait été prudent d'explorer rapidement cette donnée avec les parents témoins. Le médecin urgentiste ne semble pas prendre connaissance des éléments de prise en charge préhospitalière. Alors qu'il déclare dans son audition avoir vu la patiente sur le brancard des ambulanciers.

Il s'écoule 47 minutes entre l'admission de la patiente et le traitement du prélèvement sanguin par le laboratoire. L'urgentiste déclare que les prélèvements étaient rendus difficile par l'agitation de la patiente. Cet élément n'est pas retrouvé dans les auditions des infirmières. D'autres phénomènes intercurrents ont-ils joué un rôle dans ce délai ? Acheminement du prélèvement ? Prise en compte du prélèvement au laboratoire ? Les intervenants ont-ils mentionné que ce prélèvement était urgent à traiter ?

On ne connaît pas l'heure du prélèvement de la gazométrie artérielle. Ce prélèvement est capital pour préciser la sévérité de la situation : hypoxémie, acidose. Il aurait été intéressant de doser le lactate artériel. Nous ne savons pas si ce dosage était paramétré sur la machine. Il est toutefois probable que ce dosage était disponible dans la clinique.

De ce résultat d'analyse, l'urgentiste ne semble avoir perçu la gravité de l'hypoxie (paO₂ compte tenu de la FIO₂). Cette information ne transparait pas, ni dans les échanges avec les parents, ni dans la prise en charge, ni dans le dossier « patient », ni dans la démarche diagnostique qui devait en découler.

La stratégie diagnostique des détresses respiratoires mettant en jeu le pronostic vital du patient, « *syndrome gazométrique hypoxémie-hypocapnie* » intègre, outre les éléments demandés par l'urgentiste, le dosage des D-dimères, l'interprétation de l'ECG, la réalisation précoce d'une radiographie du thorax au lit du patient, l'avis spécialisé de l'intensiviste et au minimum du superviseur pour un médecin assistant candidat spécialiste.

On peut comprendre les premiers traitements instaurés compte tenu de l'état de choc circulatoire : remplissage et l'insulinothérapie compte tenu de l'hyperglycémie mesurée.

On comprend plus difficilement le double traitement sédatif et antalgique prescrit sans recherche suffisante de l'étiologique organique à l'agitation, l'angoisse de mort et la douleur.

On déplore également l'absence de réévaluation clinique dans le dossier médical.

L'hypothèse de l'acidocétose diabétique devait être exclue par le résultat de l'analyse d'urine. Elle ne cadrerait pas avec l'hypoxémie de la patiente. Le dosage de la troponine devait fortifier l'urgentiste dans sa demande d'avis spécialisé précoce, et d'échographie cardiaque au lit du patient pour préciser la mise au point diagnostique puisque disponibles.

On conçoit l'attente prudente du dosage de la créatinine sérique avant la réalisation d'un scanner injecté (dans un contexte d'acidose) mais un urgentiste diligent devait mettre à profit ce délai pour réaliser la mise au point nécessaire. L'urgence n'était pas la suture, mais la prise en charge de la détresse respiratoire pouvant engager le pronostic vital. Le scanner est proposé pour un bilan d'agitation et de troponine positive sans hypothèses diagnostiques précises. L'absence de ces hypothèses explique le délai avant la réalisation de l'angioscanner thoracique. Finalement exécuté après 100 minutes d'arrêt cardiorespiratoire.

L'administration de sufentanil, conjointe aux benzodiazépines, dans ce contexte d'insuffisances circulatoire, respiratoire est inadéquate tant du point de vue thérapeutique, que des précautions d'administration, qu'au niveau de la surveillance qui s'en est suivie.

Le dossier ne relève aucune information quant au traitement appliqué pendant le transfert vers le scanner (oxygène ?). Durant ce trajet, la maman dit voir sa fille se dégrader et perdre connaissance. Aucune manœuvre n'est réalisée à ce moment pour tester la conscience, ou pour ouvrir les voies aériennes en situation d'inconscience. Il n'y a pas de mention des paramètres monitorés à cet instant. C'est au scanner que déclenchent les alarmes du « *cardioscope* ». La patiente est alors en arrêt cardiorespiratoire. On relève la déclaration de la maman : « *Arrivés dans la salle du scanner, on nous a fait sortir car il n'était plus possible de nier que cela n'allait pas du tout* ».

S'ensuit la prise en charge en état d'arrêt cardiorespiratoire en dehors de toutes les recommandations formalisées d'expert. Le leader de cette réanimation n'est pas formellement identifié. Il n'y a pas de dossier médical établi par l'intensiviste. Nous sommes étonnés d'une

part, par la séquence qui semble débiter par la ventilation et non la compression thoracique. Et d'autre part, par de la quantité impressionnante d'adrénaline délivrée à la patiente (62mg en 150 minutes).

On ignore dans cette séquence à quel moment la naloxone relevée sur la facture de la patiente, a été prescrite, ou encore, par qui ? Était-ce une proposition du médecin réanimateur ou de l'urgentiste ? Cela laisse supposer que le Sufenta® a été suspecté comme facteur précipitant de l'arrêt cardiorespiratoire.

Le scanner cérébral réalisé dans un contexte de chute au domicile et d'agitation aux urgences, ne nous paraît pas inutile pour exclure une lésion intracrânienne traumatique.

En l'absence de retour à la circulation et sans hypothèse précise à l'arrêt cardiorespiratoire, le réanimateur sort pour rencontrer la famille. Après que la maman ait signalé une douleur à la jambe, le réanimateur réalise l'angioscanner qui pose le diagnostic final. La thrombolyse est alors tentée, en l'absence de contre-indication traumatique, après 100 minutes de réanimation cardiopulmonaire, pour une durée complémentaire de 50 minutes sans succès.

Il n'y a aucune mention de la charge de travail au sein du service durant cette période, si ce n'est les parents qui déclarent que le service semblait fluide.

L'établissement du dossier médical fait partie des droits fondamentaux du patient. Le dossier établi par l'urgentiste (et son cosignataire ?) ne permet pas de faire une lecture chronologique et détaillée de la prise en charge. Sa tenue est indigente. Nous n'avons pas pu disposer du dossier infirmier pour cette étude. On déplore l'absence de dossier réalisé par le médecin intensiviste.

La facturation hospitalière révèle des traitements non mentionnés dans ce dossier. Il est interpellant de constater que les honoraires médicaux soient au nom d'un prestataire de soins non impliqué dans la prise en charge.

Si l'on ne se prononce pas sur les nécessités financières d'un médecin candidat spécialiste, ou les difficultés des services hospitaliers de compléter les grilles horaires, on déplore toutefois, dans cette étude rétrospective, le non-recours au médecin superviseur ou au chef de service, et

le recours tardif au médecin intensiviste disponible sur place. Ceci, par non reconnaissance de l'instabilité de la patiente et de ses limites personnelles au moment de la prise en charge.

Le recours aux assistants en formation, selon les dispositions transitoires, hors lieu de stage, n'est pas légal mais courant dans le contexte de pénurie de médecins urgentistes. Il s'agit parfois de cas de force majeure pour ne pas mettre un service d'urgence au rouge ou en indisponibilité pour la population.

Bien qu'il existe des dérogations permettant à certaines spécialités de travailler aux urgences, cette vignette met en évidence le caractère spécifique de la prise en charge médicale aux urgences et l'impérieuse nécessité des formations complémentaires de l'art.

Si le médecin urgentiste n'a pas d'obligation diagnostique selon la nomenclature, il doit cependant fournir des soins spécialisés et immédiats, gérer l'urgence médicale, la dépister pour préserver la vie et/ou la fonction.

De cette analyse, nous relevons des éléments engageant les responsabilités civile et pénale du médecin urgentiste par des manquements majeurs dans le respect de sa mission, en lien causal avec le dommage, le décès de la patiente. Ces inadéquations de prise en charge représentent une perte de chance pour la patiente.

Il faut cependant pondérer la perte de chance, par la statistique de mortalité hospitalière de la détresse respiratoire aiguë sur un poumon sain, qui est de 50%. Dans le cas qui nous occupe, l'embolie pulmonaire, cette mortalité est de 30 % en l'absence de traitement adéquat. Elle est réduite à 8 % si un traitement adéquat est appliqué.

Cette létalité des détresses respiratoires aiguës impose une prise en charge prudente, compétente, diligente et conséquente intégrant les signes cliniques et critères de sévérité. Elle doit respecter les règles de la science médicale de l'époque. Les éléments qui engagent la responsabilité du médecin dans cette prise en charge ne permettent pas d'attester de soins attentifs et consciencieux tels qu'ils l'auraient été par un autre urgentiste placé dans les mêmes circonstances, avec les mêmes données en sa possession.

10. Conclusion :

On retiendra que l'urgence médicale est une situation où l'absence de prise en charge rapide et rigoureuse conduit à des séquelles physiques, psychiques ou au décès du patient. L'exercice de cette pratique médicale spécialisée doit être considéré comme un service à la population disponible à toute heure du jour et de la nuit.

Il n'y a de fausses urgences qu'à postériori ! Cette jeune discipline de préoccupation universelle, souffre de la méconnaissance de sa spécialisation tant du point de vue médical, logistique, que du point de vue de la gestion des risques et de la sécurité. Le médecin urgentiste garantit à son patient une prise en charge qualitative. Il est un maillon de la chaîne des secours qui s'étend du préhospitalier jusqu'à l'intrahospitalier. Il doit être empathique, expliquer, communiquer et considérer les signes cliniques, les critères de gravité, qui peuvent faire basculer une prise en charge d'apparence contrôlée vers une situation dramatique.

Ce manque de reconnaissance du médecin urgentiste dans son exposition professionnelle et les responsabilités qu'il porte, conduit à un manque de valorisation de son métier. Au-delà de l'outil analytique, nous espérons par ce travail, que le lecteur sera sensibilisé aux caractéristiques et enjeux de la médecine d'urgence.

Par l'élaboration de notre référentiel analytique, nous avons postulé explicitement à une spécificité de la responsabilité médicale dans le cadre des urgences par l'existence des lois et arrêtés royaux d'application.

Cette grille d'analyse s'avère être un outil approprié à l'examen de la responsabilité en salle d'urgence. Elle impose une mise en évidence chronologique des faits par une approche systématique. Le référentiel analytique aide à poser une lecture prospective, étendue et pluridisciplinaire. Par cette méthode, nous avons souhaité éviter l'écueil d'un urgentiste à priori coupable, sur base d'une relecture à postériori des faits partant du diagnostic final. La perspective que nous proposons est une relecture chronologique intégrant les conditions de prise en charge du confrère urgentiste. Si cette méthode peut apparaître comme exigeante et contraignante dans sa mise en œuvre, elle apporte un examen plus réaliste et plus contextuel.

Elle pourra accompagner l'expert, dans ses différentes missions, constituant un support clarifiant les manquements. Cette méthode identifiera les opportunités et la pertinence d'un recours. Elle n'est pas un « *procès avant le procès* » mais un examen rigoureux du triptyque faute–dommage-lien causal. Elle permet d'identifier et de pondérer les responsabilités qui, en médecine d'urgence, peuvent être plurielles. Ce référentiel aura également une place pour apprécier et préciser les responsabilités lors de médiations.

La complétude du référentiel analytique reste tributaire des éléments recueillis et de la qualité de la reconstitution chronologique. Cet outil, pour garder sa pertinence, évoluera nécessairement avec les guidelines, les législations et la pratique expertale. Les grilles utilisées pour préciser les signes cliniques et les critères de gravité, ainsi que notre référentiel sont pertinents dans leur application, mais devront être renforcés par d'autres études.

Le référentiel analytique favorise la contextualisation de la mission d'expertise en médecine d'urgence, par l'intégration, dans son questionnement, de l'ensemble des particularités de la discipline dans l'étude prospective du parcours du patient.

L'urgentiste est appelé à se positionner dans une dynamique proactive, qualitative et responsable dans la globalité de ses prises en charge. Plutôt que de s'enfermer dans une médecine purement défensive, nous invitons l'urgentiste, par l'utilisation du référentiel analytique, à s'ouvrir à un processus d'amélioration continue. La grille alimentera aisément des méthodes de type « *Kaizen* » ou « *Six Sigma®* » bien connues du monde de l'entreprise. Ces méthodes déclinées à notre champ d'étude sont soucieuses tant de la satisfaction du patient, que de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge. Elles s'articulent autour des phases : définir, mesurer, analyser, améliorer, maîtriser.

Dans la continuité de cette démarche individuelle de l'urgentiste, le chef de service pourra mettre à profit cet outil dans l'évaluation continue des pratiques. Cette réflexion pourra nourrir des revues de morbi-mortalité ou encore contribuer à l'établissement de protocoles de service et/ou pluridisciplinaire.

Cette dynamique analytique et prospective invite à rencontrer les défis de cette discipline en constante évolution. Elle incite à élargir les possibilités techniques et thérapeutiques telles que

l'échographie par le médecin urgentiste ou les techniques de circulation extra-corporelles dans les arrêts cardiaques préhospitaliers sans faire l'économie de la dimension éthique.

« Ne rien négliger ! Ne pas se contenter d'une réponse à peu près satisfaisante, d'un symptôme évident. Eliminer les faits douteux. Grouper les autres. Et, même alors, ne pas se fier à la solution qui saute aux yeux »³⁵⁶.

³⁵⁶ Georges Simenon.

11. Bibliographie

Ouvrages :

Alfonzo A., Barelli A., Bierens J., Bossaert L., Brugger H., Cordingly M., Daviers R., Deakin R., Dickie S., Dunning J., Fullerton J., Gabbott D., Gwinnutt C., Handley A., Harris B., Haaris S., Lam J., Lippet F., Lockey D., Meyer O., Mitchell S., Monsieurs K., Nolan J., Norris E., Paal P., Pawlec J., Pitcher D., Robson R., Routledge H., Ryan M., Sandroni., Scott M., Smith G., Thies K-C., Zideman D., « *Réanimation cardiopulmonaire avancée.* », Directives ERC. Edition 2015.

J-P Beauthier, P. Dhaeyer, M. Donatangelo, J. Engelbert, V Luise, J Moinil, P. Neuville. « *Les secrets professionnels, approche transversale* ». Collection Jeune barreau de Charleroi.

F. Delobbe et C. Delvaux, « *La perte d'une chance de guérison ou de survie, un préjudice imaginaire* », Droit médical, C.U.P., n°79, 2005, pp.267 ets., spéc. P.289.

G. Genicot, « *Droit médical et biomédical* », Bruxelles, Larcier, 2010.

B. Hanotiau, « *Régime juridique et portée de l'obligation de modérer le dommage dans le droit de la responsabilité civile contractuelle et extra-contractuelle* », R.G.A.R., 1987, n° 11.289, point 28.

Y.-H. Leleu, G. Genicot, « *Le droit médical. Aspects juridiques de la relation médecin-patient* », Bruxelles, De Boeck Université, 2001.

H. Nys, « *La médecine et le droit* », Kluwer, 1995.

J.-S.-G., Nyperls, « *Législation criminelle de la Belgique* », t. III, Bruylant-Christophe, 1968.

« *La responsabilité civile des personnes privées et publiques* », Pasirisie luxembourgeoise, 2ème ed, 2006, n°595.

J.-M. Rainer, E Van Den Haute., O. Gout, « *Le droit des obligations dans les jurisprudences française et belge* », Bruxelles, Bruylant, 2013.

J. Ronse et al., « *Schade en schadeloosstelling* », I, A.P.R., Gand, Story-Scientia, 1984.

J.T.1949, 84, note Savatier.

Georges Simenon.

P. Van Ommeslaghe, « *La responsabilité civile contractuelles et extracontractuelle* », *Droit des obligations*, Bruxelles, Bruylant, 2010.

T. Vanswevelt, « *La responsabilité civile du médecin et de l'hôpital* », Bruxelles, Bruylant, n° 444 et 482, 1996.

G. Viney et P. Jourdain, « *Les conditions de la responsabilité* », 3^e éd., 2006, n° 340-1 et 356.

Articles de revues :

Allo J.-C., Claessens Y.-E., Dhainaut J-F. « *Critères cliniques de gravité aux urgences* » Médecine d'urgence 2006, p 521-530.

Australasian College for Emergency Medicine Policy Document. « *The australasian triage scale* ». Emergency Medicine (Fremantle, W.A.) 2002; 14:(3)335–6.

S.El Banna, F. Bauthier, J.-P. Beauthier « *Réflexions sur l'accident médical et ses implications médico-légales Le consentement éclairé* ». Article de synthèse. Rev Med Brux 2013 ;34 :469-78.

J.-P. Beauthier: « *L'atteinte aux personnes - Quelques articles du Code pénal sous la loupe du médecin légiste* » Consilio Manuque 2007/1-2.

Bernstein S. et al. « *The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes* » Aca. Em. Med. 2009, 16,1-10.

Blow, Osbert MD, PhD; Magliore, Lissa BS; Claridge, Jeffrey A. MD; Butler, Kathy RN; Young, Jeffrey S. MD; « *The Golden Hour and the Silver Day: Detection and Correction of Occult Hypoperfusion within 24 Hours Improves Outcome from Major Trauma*». Trauma and Acute Care Surgery. January 2018 - Volume 84 - Issue 1.

Bruneau M., Vranckx M. Devriendt J. : « *L'urgentiste peut-il améliorer la détection des patients à risque de se dégrader précocement en salle d'hospitalisation ?* » Acta Clinica Belgica, 2013 ; 68-6.

Cardoso LT, Grion CM, Matsuo T, Anami EH, Kauss IA, Seko L et al. « *Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study* ». Crit Care 2011;15(1):R28.

A. Caubel. « *Insuffisance respiratoire aiguë : diagnostic et traitement aux urgences* ». Réanimation 15 (2006) 523–532.

Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA. « *Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen* ». Ann Emerg Med. 2005 Dec;46(6):491-7.

J. Constant, « *La répression des abstentions coupables, commentaires de la loi du 6 janvier 1961* », Rev.dr. pén., 1961-1962, p.221 ; Bruxelles, 12 février 1966, Pas., 1967, II, p. 22.

Cowan RM, Trzeciak S. « *Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critical ill* » Crit Care. 2005 Jun ; 9(3) : 291–295.

Devkaran S. et al « *The impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes : a middle eastern emergent departement perspective* » BMC Emergency Medicine 2009,9 :11.

J. Du Jardin, « *La jurisprudence et l'abstention de porter secours* », Mercuriale de rentrée de la cour d'appel de Bruxelles du 1^{er} septembre 1983, *rev. dr. pén.*, 1983, p. 974.

Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. « *ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature* ». Am J Emerg Med. 2011 Mar;29(3):333-45. PubMed PMID: 20825838.

J.-L. Fagnart, « *La perte d'une chance ou la valeur de l'incertain* ». La réparation du dommage. Questions particulières, coll. Droit des assurances, Anthémis,2006, p.82.

Fernandes C, Tanabe P, Gilboy N, Johnson L, McNair R, Rosenau A et al. « *Five level triage: a report from the ACEP/ENA five level task force* ». Journal of Emergency Nursing. 2005;31(1):39–50.

Han JH, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D. « *The effect of physician triage on emergency department length of stay* ». J Emerg Med. 2010 Aug; 39(2):227-33.

Holroyd BR, Bullard MJ, Latoszek K, Gordon D, Allen S, Tam S, et al. « *Impact of a triage liaison physician on emergency department overcrowding and throughput: a randomized controlled trial* ». Acad Emerg Med. 2007 Aug;14(8):702-8.

Hugli O, Moujber M, Simon J, Geissbuhler A, Yersin B, Sarasin F et al. « *Analyse de la fiabilité et de la performance de deux échelles de tri à l'aide d'un simulateur informatique* ». Journal Européen des Urgences. 2008;21:A107.

Jelinek GA. « *Towards an international Triage Scale* ». Eur J Emerg Med 2001 ; 8 : 1-2.

J. Jobe, A.Ghuysen, V.D'Orio, « *ELISA : Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission* » Rev Med Liège 2012 ;67 :12 :632-637.

Kulstat E et al. « *ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors*» Am.J. Em. Med, 2010,38,304-9

Mackway-Jones K. « *Emergency triage* ». 2nd edition. Manchester Triage Group. BMJ Publishing Group. 2006.

Murray M, Bullard M, Grafstein E, for the CTAS and CEDIS National Working Groups. « *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines* ». Can J Emerg Med, 2004;6 (6):421–7.

Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. « *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments* ». Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. 2011;19:43

J.Perrenoud, « *Devoirs de diligence du médecin d'urgence : commentaire de l'arrêt Planche à roulette* », Revue suisse de droit de la santé, RSDS/SZG 6/21005. Institut de droit de la santé de l'université de Neuchâtel, n°6, mai 2005, p.7.

Quitt J, Ryser D, Dieterle T, Luscher U, Martina B, Tschudi P. « *Does nonmedical hospital admission staff accurately triage emergency department patients?* » Eur J Emerg Med. 2009 Aug;16(4):172-6.

Raven M.C et al. « *Comparison of presenting complain vs discharge diagnosis for identifying « nonemergency » emergency departments visits* », JAMA (2013) 309,11 :1145-53.

Richardson, D. B. et al. « *increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding* » MJA,2006, 184, 213-6.

P.M. Roy, Y. Lannehoa, « *Le triage aux urgences* » Réanimation 2002 ; 11 : 480-5.

Rowe BH, Guo X, Villa-Roel C, Schull M, Holroyd B, Bullard M, et al. « *The role of triage liaison physicians on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review* ». Acad Emerg Med. 2011 Feb;18(2):111-20.

Russ S, Jones I, Aronsky D, Dittus RS, Slovis CM. « *Placing physician orders at triage: the effect on length of stay* ». Ann Emerg Med. 2010 Jul;56(1):27-33.

Rutschmann OT, Hugli O, Geissbuhler A, Kossovsky M, Simon J, Sarasin FP. « *Standardization of vital signs measurement during the triage process improves triage reliability* ». Ann Emerg Med. 2008;52:167–168.

Rutschmann O.T., Siever R.S., Hugli O.W., « *Recommandations de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage pour le triage dans les services d'urgences hospitaliers en Suisse* ». Bulletin des médecins suisses 2009 ;90 :46.

Schuur JD, Vankatesch AK « *The Growing Role of Emergency Departments in Hospital Admissions* » N Engl J Med 2012.

Sprivulus PC et al., « *The Association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments* » MJA, 2006, 184 : 208-12.

Taboulet P, Fontaine JP, Afdjei C, Tran Duc C, Le Gall JR. Triage aux urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation. Influence sur la durée d'attente à l'accueil et la satisfaction des consultants. Réanim Urg 1997 ; 6 : 433-42.

P. Verlynde, « *Themis et Asclepios* ». Ordre des médecins, Conseil provincial de BXL et du BW. Bulletin février 2008.

B. Vivien, F. Adnet, V. Bounes, G. Chéron, X. Combes, J.-S. David, J.-F. Diependaele, J.-J. Eledjam, B. Eon, J.-P. Fontaine, M. Freysz, P. Michelet, G. Orliaguet, A. Puidupin, A. Ricard-Hibon, B. Riou, E. Wiel, J.-E. De La Coussaye. « *Recommandations formalisées d'experts 2010 : sédation et analgésie en structure d'urgence (réactualisation de la conférence d'experts de la SFAR de 1999) Société française d'anesthésie et de réanimation Société française de médecine d'urgence* ». Ann. Fr. Med. Urgence (2011) 1:57-71.

Vranckx M, Payen B. « *Can emergency physicians improve detection of patients requiring intensive care?* » [Abstract presented at the BESEDIM symposium]. Acta Clin Belg 2010;65(2):37.

Documents PDF :

F. Barot. « *La médecine d'urgence : Evolution du concept, de l'antiquité au SAMU* ». Thèse Doctorat en médecine (diplôme d'état) Université de Picardie – Faculté de médecine d'Amiens 1998.

A. Bellou, J. Bouget, J. Caudron, C. Cerfontaine, P. Grignon, L. Goix, J. Rottner, T. Rusterholtz : « *Critères d'évaluation des services d'urgences* », Referentiel. SFMU.

E. Berdal, « *L'obligation de limiter son préjudice en matière contractuelle* ». Mémoire Université catholique de Louvain Faculté de Droit 2014-2015.

F. Braun, D Pateron, M Giroud. « *Note de synthèse. Surcharge des structures des Urgences et gestion des hospitalisations* ». Samu-Urgences de France-16/09/2013.

B. Dubuisson, V. Callewaert, B. De Coninck, G. Gathem, op. cit. n° 1090.

Etschart M., Levraut J., « *Gestion des flux de patients aux urgences* ».

H.-E. Gervais « *Une approche de la notion de secret professionnel* ». CLDB, Transit.

C. Maillard-Acker, C.Choquet, P.Gillet, D.Pateron, J.Perrin, P. Taboulet, A.Trinh-Duc, « *Le triage en structure des urgences* », Recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence 2013.

P. Muylaert : « *La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention* ».

E. Langenaken, « *Le critère du « cours normal des choses » en responsabilité médicale* », Revue belge du dommage corporel, 2012, N° 3, pp. 106-110.

A.Ricard-Hibon, P. Petit. 1ere assises de l'urgences SAMU-Urgences de France. 13/9/2012 : « *Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ?* »

Marc Van Bouwelen, Président, Commission technique de l'art infirmier (2010-2015).

Winkin V., Steenebruggen F., Paternostre S., Ghuysen, A., Melot, C., Verschuren, F., (2014) « *The Belgian National Overcrowding Study: a survey on Emergency Department sent to their Directors. Part 1: definition, frequency, causes and consequences of overcrowding*».

Rapports institutionnels :

Commission de questions sociales, de la santé et de la famille :

- Doc.8421, 21 mai 1999-Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants- rapport- Commission de questions sociales, de la santé et de la famille.

Conseil national des secours médicaux d'urgences :

- Procès-verbal de la réunion du groupe de travail « *fermeture des SUS* » du Conseil national des Secours Médicaux d'Urgences du 20 février 2013

Conseil national des établissements hospitaliers :

- Programmation et agrément, CNEH/D/121-3, 24 juillet 1997 « *Avis concernant le programme « urgences » dans le cadre du nouveau concept hospitalier* ».

KCE reports :

- Van den Heede, K., Dubois, C., Devriese, S., Baier, N., Camaly, O., Depuijdt, E., Geissler, A., Ghesquiere, A., Mispion, S., Quentin, W., Van Loon, C., Van de Voorde, C., (2016). « *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme* » Publication - KCE Reports 263B - Health Services Research.
- KCE reports vol 26B : « *Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicales* » 2006.

Ordre des médecins :

- Avis du 27 septembre 2003 sur « *la mention « DNR » dans le dossier médical hospitalier* ». Bulletin du Conseil national n°102, déc 2003.
- Avis a120009, du CN du 26/4/2008, « *Choix du médecin aux urgences et/ou pendant la garde* ». Bulletin120p.11.
- Avis a146007, du Conseil national de l'Ordre du 19/7/2014 concernant les « *Modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient* ».

Service Public Fédéral Santé Publique :

- 27 Juin 2016. - Déclaration conjointe concernant le plan Mise en Alerte des Services Hospitaliers (MASH).

Sites Internet :

http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RAPPORTCATALASEPTEMBRE2005.pdf. Consulté le 17-07-2017.

<http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/>. Consulté le 17-07-2017.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_lutilisateur_version_mai_2016.pdf. Consulté le 17-07-2017.

www.DicoLatin.com Consulté le 01-08-2017.

http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=484. I Lutte, « *La perte d'une chance : un dommage et rien qu'un dommage !* » Consultation 19-08-2018.

<https://www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/qualit%E9-des-soins>. Consultation 03-09-2017.

<http://www.samu-urgences-de-france.fr>. *Ressources médicales et non médicales des structures d'urgence* – Samu-Urgences de France – Novembre 2011. Consultation 03-09-2017.

http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/responsabilit%C3%A9_m%C3%A9dicale/15844. Consultation 10-10-2017.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694/locution?q=Responsabilit%C3%A9+civile+#166360>. Consultation 10-10-2017.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694/locution?q=Responsabilit%C3%A9+p%C3%A9nale+#166364>. Consultation 10-10-2017.

<http://www.caep.ca/002.policies/002-02.CTAS/CTAS-guidelines.html>. Consultation 10-10-2017.

<http://www.urgenet.qc.ca/tabmat.html>. Consultation 10-10-2017.

<http://www.acep.org/2,2729,0.html?ext=.pdf>. Consultation 10-10-2017.

<https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/m%e9decin-hospitalier-plein-temps>. Consultation 23-10-2017.

<https://www.ordomedic.be/fr/code/chapitre/secret-professionnel-du-m%E9decin>. Consultation le 27-10-2017.

http://www.ombf.be/bul_mai2004_droits.html. Consultation le 4-11-2017.

<https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/pouvoirs-disciplinaires/>. Consultation le 4-11-2017.

<https://www.ordomedic.be/fr/code/contenu/> Consultation 4-11-2017.

http://www.ombf.be/bul_mai2004_droits.html. Consultation le 4-11-2017.

https://kce.fgov.be/fr/tous-les-rapports?sort=publication_date&order=desc&f%5B0%5D=pas_8977%3A7228. Consultation 13-11-2017.

http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=373. I. Lutte. Consultation 13-11-2017.

<https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/avis-relatif-aux-soins-palliatifs-a-l%27euthanasie-et-a-d%27autres-decisions-medicales-concernant-la-fin-de-vie>. Consultation 13-11-2017.

https://www.absym-bvas.be/images/seminaire/Presentation_MOREL.pptx. C. Morel : « *Les métarègles de la fiabilité* ». Consultation le 27-11-2017.

http://www.ombf.be/bul_fev2008_certificats.html. Consultation le 8-12-2017.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1804032133%2FF&caller=list&row_id=1&numero=10&rech=14&cn=1804032133&table_name=LOI&nm=1804032153&la=F&dt=CODE+CIVIL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains+++%27CODE%27%26+%27CIVIL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=74&imgcn.y=6#LNK0012. Consultation le 26-12-2017.

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?DETAIL=1804032133%2FF&caller=list&row_id=1&numero=10&rech=14&cn=1804032133&table_name=LOI&nm=1804032153&la=F&dt=CODE+CIVIL&language=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&fromtab=loi_all&trier=promulgation&chercher=t&sql=dt+contains+++%27CODE%27%26+%27CIVIL%27and+actif+%3D+%27Y%27&tri=dd+AS+RANK+&imgcn.x=74&imgcn.y=6#LNK0059. Consultation le 26-12-2017.

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/imagerie-medicale/Pages/default.aspx#.Wib1JeRe6hc>. Consultation le 26-12-2017.

<http://www.emploi.belgique.be/sanctions/>. Consultation 26-12-2017.

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/biologie-clinique/Pages/default.aspx#.Wib1RORe6hc>. Consultation le 26-12-2017.

<https://www.cdlh.be/fr/Pages/bronnen.aspx?&auth=false>. Consultation le 26-12-2017.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/antibioti_cagids_fr.pdf. Consultation le 26-12-2017.

<http://focusonmedicalimaging.be/>. Consultation le 26-12-2017.

https://www.coe.int/t/dg3/health/recommendations_FR.asp?. Consultation le 26-12-2017.

<http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>. Consultation le 26-12-2017.

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/recommendations_en_matiere_de_prescription_de_limagerie_medicale_pc.pdf. Consultation le 26-12-2017.

http://grerca.univ-rennes1.fr/digitalAssets/310/310410_Ancel_P_Obli_Soins_rpt_Belge.pdf.
P. Ancel : « L'obligation de soins en droit belge et en droit luxembourgeois ».
Consultation le 29-12-2017.

<http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0205787.htm> Consultation le 29-12-2017.

https://www.janssen.com/belgium/sites/www_janssen_com_belgium/files/prod_files/live/mskp_sufentaforte_f.pdf. Consultation le 28-2-2018.

<http://www.copacamu.org/spip.php?article562>. JP. Ligier, P. Visintini, P. Cano, F. Antonini, L. Jacquin, M. Léone, P. Jean, C. Martin. « Le sufentanil comme traitement antalgique aux urgences : intérêt et faisabilité ? ». Consultation le 28-2-2018.

<https://www.resus.org.uk/archive/guidelines-2005/> Consultation le 28-2-2018.

<http://www.pneumonologia.gr/articlefiles/Summary%20of%20ALS%20Changes.pdf>.
Consultation le 28-2-2018.

www.cnrtl.fr

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Circonstance : rubrique étymologie et histoire. Consulté le 01-03-2018.

www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/NomenSoft.aspx. Consulté le 01-03-2018.

http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/urgence/193b_detresse%20resp%20aigue_adulte.pdf. Consultation le 05-3-2018.

Dictionnaire :

Collectif (2018). *Le grand Larousse illustré*. Larousse.

Textes réglementaires, législatifs :

Arrêté ministériel fixant 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. AM 2005-2-14, art. 6; ED: 04/03/2005.

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

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 (M.B. du 12/05/1965, p. 5544. Err. : M.B. du 12/05/1965. Err. : M.B. du 03/09/1965).

Arrêté royal 1967-11-10 relatif à l'Ordre des médecins; ED : 14-11-1967. Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités."

Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987.

Arrêté royal du 18 Juin 1990, portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (M.B. du 26/07/1990, p. 14684).

Arrêté royal du 17 octobre 1991 (M.B. 6 décembre 1991) relatif au plan de « Mise en Alerte des Services Hospitaliers » (MASH).

Arrêté royal 1991-11-25, art.2; ED : 19-04-2014. Liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED:19/06/1998.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « première prise en charge des urgences » pour être agréée. AR 1998-4-27, art. 1; ED:19/06/1998.

Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée. AR 1998-8-10 ; ED 02/09/1998.

Arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée.

Arrêté royal du 17 octobre 1991 (M.B. 6 décembre 1991) relatif au plan de « Mise en Alerte des Services Hospitaliers » (MASH).

Arrêté royal 1998-11-18, art. 1 ;ED 15/04/1999.

Arrêté royal 2002-11-25/34, art. 4, 003; ED : 06-04-2002.

Arrêté royal 2006-02-16 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (M.B. 15.03.2006).

Arrêté royal 2006-03-05/42, art. 3, 005; ED : 01-04-2006.

Arrêté royal 2007-02-02 définissant la fonction de directeur de l'aide médicale et son champ d'application (M.B. 02.03.2007 + errat. M.B. 30.04.2007).

Arrêté royal 5 septembre 2002(M.B. 25.09.2002) relatif au permis de conduire. Article 26.

Arrêté royal du 21 avril 2007 insérant un nouvel article 7bis dans la liste des actes de l'AR du 18 Juin 1990.

Arrêté royal modifiant la coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008. AR 2009-06-19 ; ED 07/11/2008.

Circulaire ministérielle du 13 août 1990 relative à arrête royal du 10/8/87 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical, modifié par arrêté royal du 13/8/1990.

Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention médical. L'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention stipule qu'un plan monodisciplinaire d'intervention doit régler les modalités d'intervention des secours médicaux, article 11.

Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention psychosocial PIPS du 25 juillet 2017.

Code civil.

Code de déontologie médicale.

Code pénal

Code pénal social.

Loi du 8 Juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. ED :25-07-1964.

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Loi du 25février 1991, loi relative à la responsabilité du fait des produits défectueux ;

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifications apportées à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé.

Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

La loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

Loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Loi 21 Juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs (M.B. du 29.08.2016).

Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'article 128,130,135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier.24 octobre 2016 Moniteur Belge 20.01.2017

Jurisprudence :

Cass.

- 27 février 1933, Pas., 1933, I, p. 141
- 28 novembre 1949, Pas., 1950, I, p. 197.
- 24 avril 1972, Rev. dr. pén., 1971-1972, p. 914.
- 12/2/1976, Pas 1976, I, p 52
- 29 Octobre 1991.
- 7 octobre 1981, Rev., dr. pén., 1982, p. 90.
- 19 janvier 1984, Pas. 1984, I, p.546 ; R.G.A.R.,1986, n° 11.084, note Th. Vansweevelt
- 14 mai 1992, Pas., 1992, I, p. 798 ; J.L.M.B., 1994, p. 49 et note D. Philippe ; R.W., 1993-1994, p. 1395 et note A. Van Oevelen ; www.juridat.be.
- 28 septembre 1995, Rev. dr. Santé, 1995-1996, P. 359
- 5 janvier1995, R.W., 1995-1996, P29 ; Dr circ,1995, p.225 ; J.L.M.B, 1996, p.336.
- 6 janvier 1998, Rev. dr. pén., 1999, p. 562.
- 30 mai 2001, Pas., I, 994.
- 27 février 2002, Rev.dr. pén., 2002, p. 956.
- 3 septembre 2004, R.G.D.C., 2005, p33.
- 16 décembre 2004, Pas.2004,2022
- 1e avril 2004, <http://www.cass.be/>.
- 12 octobre 2005, n° P.05,0262.F, Pas.2005,1913
- 5 juin 2008, 1ere ch., C.07.0199.N, <http://www.cass.be>.
- 26/6/2009. N°C.07,0548N

Cass. Fr.

- 9 octobre 1975, Gaz. Pal., 1976, I, p.4
- 4 décembre 1996, Bull.crim, 1996, n°445.
- 20 mai 1936 D.P.1939, I, 88.

Civ.

- Bruxelles
 - 20 mars 1962, J.T., 1962, p. 320.
 - 4^{ème} ch., 10 octobre 1996, RGAR 1998, n° 13014.
 - 11^e ch., 11 juin 2012, con. M 2012, liv. 4, 153.

- Liège
 - 6^{ème} chambre, 28 juin 2005. RG 04/1413/A.
 - 3 mai 2011, J.L.M.B, 2012/37, p1736.

Cour d'appel

- Brussel
 - 6 novembre 1991, J.L.M.B. 1992,1135.
 - 1^{ère} chambre, 19 avril 2005, AR.20000/AR/1352, inédit.
 - 21 septembre 2010, RGAR 2010, n° 14675.

- Liège
 - 15^{ème} chambre, 29 septembre 1998, RGAR 2000, n°13234.
 - 20^e ch., 18 octobre 2012, Con. M. 2013.
 - 9 janvier 2014, R.G. n°2012/rg/1633.

- Mons
 - 13 décembre 1983, rev.rég.dr. 1984, p 175.
 - 2^{ème} chambre, 27 septembre 2005, RG,2003/111, inédit.

Corr.

- Bxl 17 décembre 1967, inédit, RG n° 1705.
- Tongeren 10 septembre 1998, T.Gez. 1998-99,232-234.

Cour Constitutionnelle

- 26 septembre 2013, n°127/2013.

Documents non-publiés :

R. Andrienne, « *Aspects particuliers de la responsabilité médicale en urologie* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

M. Bruneau : « *L'urgentiste peut-il améliorer la détection des patients à risque de se dégrader précocement en salle d'hospitalisation ?* ». Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du titre de Spécialiste en Médecine d'Urgence

P. Guerisse, « *L'action médicale en situation d'urgence collective* », Bruxelles, ESP, ULB, 2007.

B.Kohl, « *Eléments de droit civil en rapport avec l'expertise* » Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

B. Kohl, « *Réparation et indemnisation dommage corporel, principes* ». Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016.

E. Lemaire, « *Eléments d'évaluations des dommages* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2016

T. Papart, « *L'indemnisation du dommage corporel à la croisée des chemins...* », Formation continuée en droit de l'expertise, Liège 2015.

N. Twité, « *Le Fonds des Accidents Médicaux* », Formation continuée en droit de l'expertise, Bruxelles 2016.

12. Liste des annexes :

Annexe 1 : 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 (*M.B. du 12/05/1965, p. 5544. Err. : M.B. du 12/05/1965. Err. : M.B. du 03/09/1965*).

Annexe 2 : Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, AR 1998-4-27/40, art. 9, 003 ; ED :19/06/1998.

Annexe 3 : Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « première prise en charge des urgences » pour être agréée. AR 1998-4-27, art. 1; ED : 19/06/1998.

Annexe 4 : Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée. AR 1998-8-10 ; ED 02/09/1998.

Annexe 5 : Arrêté ministériel fixant 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, AM 2005-2-14, art. 2; ED: 04/03/2005.

Annexe 6 : Liste des critères de gravité potentielle aux urgences Vranckx M, Payen B. (Can emergency physicians improve detection of patients requiring intensive care? Acta Clin Belg 2010;65(2):37).

Annexe 7 : Embolie pulmonaire, score d'Aujesky.

Annexe 8 : Pneumonie communautaire, Pneumonia Severity Index.

Annexe 9 : Douleur thoracique suspecte d'angor, score TIMI.

Annexe 10 : Intoxication Paracétamol (normogramme de Rumack Matthew).

Annexe 11 : Pancréatite aiguë, score de Ranson

Annexe 12 : J. Jobe, A.Ghuysen, V.D'Orio, « ELISA : Echelle Liégeoise de l'Indice de Sévérité à l'Admission » Rev Med Liège 2012 ;67 :12 :632-637.

Annexe 13 : Arrêté royal 2006-02-16 relatif aux plans d'urgence et d'intervention (M.B. 15.03.2006).

Annexe 14 : Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention psychosocial PIPS du 25 juillet 2017.

Annexe 15 : Circulaire ministérielle relative au plan d'intervention 17 février 2017 (M.B. 14.12.2009).

Annexe 16 : Arrêté royal 2007-02-02 définissant la fonction de directeur de l'aide médicale et son champ d'application (M.B. 02.03.2007 + errat. M.B. 30.04.2007).

Annexe 17 : Déclaration conjointe concernant le plan Mise en Alerte des Services Hospitaliers (MASH). 27 Juin 2016.

Annexe 18 : Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'article 128,130,135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier.24 octobre 2016 Moniteur Belge 20.01.2017

Annexe 19 : Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987.

Annexe 20 : Circulaire ministérielle du 13 août 1990 relative à l'arrêté royal du 10/8/87 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical, modifié par arrêté royal du 13/8/1990.

Annexe 21 : Arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 doit répondre (M.B. 30.07.1999).

Annexe 22 : Loi 8 Juillet 1964, relative à l'aide médicale urgente.

13. Annexes :

2 AVRIL 1965. – Arrêté royal déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié (M.B. du 12/05/1965, p. 5544. Err. : M.B. du 12/05/1965. Err. : M.B. du 03/09/1965)

Cet arrêté a été modifié par:

- l'AR du 14/10/1987 (M.B. du 10/11/1987)
- l'AR du 09/05/1995 (M.B. du 05/07/1995)
- l'AR du 25/02/1997 (M.B. du 28/02/1997)
- l'AR du 19/12/1997 (M.B. du 30/12/1997)
- l'AR du 10/08/1998 (M.B. du 02/09/1998)
- l'AR du 26/11/1998 (M.B. du 02/09/1998)
- l'AR du 09/12/1998 (M.B. du 24/12/1998)
- l'AR du 22/03/1999 (M.B. du 28/04/1999)
- l'AR du 26/05/1999 (M.B. du 19/06/1999)
- l'AR du 03/05/1999 (M.B. du 29/06/1999)
- l'AR du 26/05/1999 (M.B. du 12/08/1999)
- l'AR du 16/11/1999 (M.B. du 17/12/1999)
- l'AR du 08/07/1999 (M.B. du 23/12/1999)
- l'AR du 23/10/2001 (M.B. du 04/12/2001)
- l'AR du 07/03/2002 (M.B. du 28/03/2002)
- l'AR du 18/07/2002 (M.B. du 13/08/2002)

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

Vu la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente notamment les articles 1^{er} et 3;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de la Famille et de Notre Ministre de l'Intérieur et de la Fonction publique,

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par:

1^o service mobile d'urgence: la fonction agréée « service mobile d'urgence » visée dans l'arrêté royal du 10 avril 1995 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux applicables à la fonction « service mobile d'urgence », ainsi que le service mobile d'urgence intégré dans l'aide médicale urgente en application de l'article 6*bis*, §2;

2^o service de garde: le service de garde des praticiens visé à l'article 2 de l'arrêté royal n^o78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales garantissant, à la population, la dispensation régulière et normale des soins de santé à domicile, et organisé conformément à l'article 9, §1^{er}, de l'arrêté royal précité;

3^o service des urgences: la fonction « soins urgents spécialisés » agréée, visée dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée ou, aussi longtemps que les normes d'agrément en question ne sont pas entrées en vigueur, le service des urgences qui répond aux dispositions de l'annexe I de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique, tel que visé à l'article 6*bis*, §2, 6^o*bis*, de la loi sur les hôpitaux, et qui, en application du présent arrêté, est intégré dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente;

4^o zone d'intervention: la zone géographique attribuée en application de l'arrêté royal du 10 août 1998 instituant les Commissions d'aide médicale urgente, et au sein de laquelle le service mobile d'urgence exécute ses missions;

5^o Commission: la Commission d'aide médicale urgente visée dans l'arrêté royal du 10 août 1998, mentionné au 4^o;

6^o service d'ambulance: le service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 8 juillet 1964 ou les personnes privées qui, en application de l'article 5, alinéa 3, de la même loi, ont accepté, en accord avec l'Etat, de collaborer à l'aide médicale urgente.

7^o l'hôpital le plus proche: 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.

Art. 1*bis*. Le numéro téléphonique du système d'appel unifié des centres d'aide médicale urgente est le numéro 100.

Art. 2. §1^{er}. L'installation et le fonctionnement du système d'appel unifié relèvent de la compétence du Ministre qui a l'Intérieur dans ses attributions.

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

Chaque connexion d'un service d'ambulance, d'un hôpital avec un service des urgences ou d'un service mobile d'urgence, au système de radio-communications, tel que visé dans la loi du 8 juin 1998 relative aux radio-communications des services de secours et de sécurité, ne peut s'effectuer que sur base d'une convention dont le modèle est fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§2. Les collèges des bourgmestres et échevins des communes désignées comme centres du système d'appel unifié par l'article 3 du présent arrêté veillent à l'observation par les préposés du système d'appel unifié des instructions qui leur sont transmises par les Ministres compétents ou leurs délégués.

Art. 3. La Région de Bruxelles-Capitale ainsi que l'intercommunale et les communes énumérées ci-après sont désignées comme centres du système d'appel unifié:

Anvers;
Arlon;
Bruges;
Gand;
Hasselt;
Intercommunale d'Incendie de Liège et environs;
Louvain
Mons;
Namur;
Wavre;

Les centres d'appel unifié sont organisés de façon à assurer la prise en charge des appels pour l'ensemble du territoire.

Les autorités compétentes, visées à l'alinéa premier du présent article, prennent toutes mesures utiles pour assurer le fonctionnement, sans interruption, des centres d'appel unifié.

Art. 4. La personne qui lance un appel d'aide médicale urgente, après avoir décliné son identité, mentionne le lieu, la nature et les caractéristiques de l'accident ou de la maladie.

Art. 5. §1^{er}. La conversation échangée à l'occasion de tout appel adressé à l'un des centres énuméré à l'article 3 est enregistrée sur bande magnétique.

§2. Sans préjudice des suites à réserver aux demandes de renseignements du Fonds d'aide médicale urgente et aux injonctions des autorités judiciaires, il est interdit au préposé du système d'appel de fournir des données quelconques à des tiers au sujet des appels reçus.

Art. 6. L'intégration dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente d'une fonction « soins urgents spécialisés » agréée ou, tant que les normes d'agrément ne sont pas entrées en vigueur, d'un service des urgences qui répond aux dispositions de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986, comme visée à l'article 1^{er}, 3^o, du présent arrêté, se fait à la condition que l'hôpital concerné pose sa candidature à cet effet auprès du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et s'engage ainsi à respecter l'ensemble des dispositions de la loi précitée du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution ainsi que les accords et protocoles conclus dans le cadre de son exécution.

Le Ministre peut mettre fin à l'intégration au sein de l'aide médicale urgente visée à l'alinéa 1^{er}, en cas de non-respect d'une des dispositions ou des normes d'agrément relatives à la fonction « soins urgents spécialisés » visées à l'alinéa 1^{er}.

Art. 6bis. §1^{er}. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, intègre les fonctions « service mobile d'urgence » dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente pour autant que celles-ci répondent aux conditions suivantes:

1^o Simultanément, les fonctions visées sont agréées par l'autorité compétente, en application de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréé:

2° Les objectifs de la loi du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution, notamment la dispensation garantie et immédiate de soins à la victime ou aux malades, la desserte, par les zones d'intervention, de l'ensemble du territoire du Royaume, doivent être respectés;

3° Sans préjudice des critères de programmation qui sont d'application pour la fonction « service mobile d'urgence », il convient de 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.

Lors de l'admission dans le cadre de l'aide médicale urgente, le Ministre fixe le lieu de départ et la zone d'intervention du service mobile d'urgence en question.

§2. Le service mobile d'urgence d'un hôpital géré par le Ministère de la Défense nationale et situé dans l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale peut également, de l'accord du Ministre ayant la Défense nationale dans ses attributions, être intégré dans l'aide médicale urgente, pour autant que ce service mobile d'urgence soit conforme à toutes les dispositions de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée.

§3. Les admissions dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, visées au §1^{er}, sont retirées par le Ministre dans les cas où:

1° le service mobile d'urgence visé ne respecte pas les conditions visées au §1^{er}, alinéa 1^{er}, ou les protocoles visés dans le présent arrêté;

2° le service mobile d'urgence ne respecte pas les normes d'agrément pour la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR).

L'intégration au sein de l'aide médicale urgente, visée à l'alinéa 1^{er}, est supprimée par le Ministre en cas de non-respect, par le service mobile d'urgence ou le service des urgences, de la loi et de ses arrêtés d'exécution, des accords et protocoles conclus dans le cadre de son exécution, ou des normes d'agrément applicables.

§4. Les protocoles relatifs à la destination des patients, visés à l'article 7, alinéa 3, 2°, et 3°, et alinéa 4, 1° et 2°, et à l'article 4, alinéa 1, 6° et 6°bis, de l'arrêté précité du 10 août 1998 ne sont d'application que moyennant l'approbation du Ministre, visée au §1^{er}.

Art. 6ter. Lorsqu'il ressort des renseignements fournis qu'un service mobile d'urgence doit se rendre sur place, le préposé du système d'appel unifié s'adresse au service mobile d'urgence de la zone d'intervention intégré dans l'aide médicale urgente, tel que fixé à l'article 6bis. Tant qu'aucun service mobile d'urgence n'est intégré au fonctionnement de l'aide médicale urgente, le préposé s'adresse à l'équipe d'intervention médico-infirmière pré-hospitalière d'un service des urgences, avec lequel un accord de collaboration a été conclu dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Art. 6quater. §1^{er}. A la demande du préposé du système d'appel unifié de la zone où l'intervention doit être menée, un service mobile d'urgence peut intervenir en dehors de la zone d'intervention fixée par le Ministre en application de l'article 6bis, pour autant que le système d'appel unifié de cette zone d'intervention en donne formellement l'autorisation et qu'une intervention de ce type soit justifiée par la non-disponibilité de l'équipe du service mobile d'intervention ou par l'ampleur de l'aide à apporter.

§2. Chaque fois qu'une modification intervient en matière d'agrément ou d'intégration dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente des services des urgences ou des services mobiles d'urgence, l'Inspecteur d'hygiène peut, en cas d'urgence, et en vue de garantir le respect des objectifs de la loi du 8 juillet 1964, en attendant les résultats de la procédure visée à l'article 6bis, §1^{er}, apporter des modifications aux zones d'intervention des services mobiles d'urgence.

L'Inspecteur d'hygiène signifie, sans délai, la décision visée à l'alinéa 1^{er} au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ainsi qu'aux centres du système d'appel unifié compétents pour la zone d'intervention du service mobile d'urgence concerné.

Art. 6quinquies. Si l'équipe du service mobile d'urgence n'est pas disponible ou si le service mobile d'urgence n'est pas à même d'assurer les secours à donner ou en attendant l'arrivée de l'équipe du service mobile d'urgence, le préposé peut appeler le médecin du service de garde.

Art. 7. 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 devant satisfaire aux exigences fixées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Il indique, aux personnes qui assurent effectivement le service ambulancier, l'endroit où se trouve la victime ou le patient, ainsi que l'hôpital le plus proche disposant d'un service des urgences intégré dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente et vers lequel il doit être transporté.

Par dérogation à l'alinéa 2, le préposé indique, à la demande du médecin du service mobile d'urgence, à la personne qui assure effectivement le fonctionnement du service ambulancier, l'hôpital le plus approprié qui dispose d'un service des urgences et vers lequel la victime ou le patient doit être transporté(e), et ce dans les cas suivants:

1° en cas de situation d'urgence collective, en raison de laquelle, vu l'état de santé des victimes, l'ampleur de l'aide à apporter dépasse la capacité de prise en charge de l'hôpital le plus proche;

2° lorsque la victime ou le malade, en raison de son état de santé, nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques, et ce en application du protocole visé à l'article 4, 6°, de l'arrêté royal précité du 10 août 1998;

3° si 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 disposant d'un service des urgences; ce transport pourra uniquement être effectué dans la mesure où cette dérogation est conforme au protocole visé à l'article 4, alinéa 1^{er}, 6°, de l'arrêté royal précité du 10 août 1998 et si l'hôpital visé se situe en dehors de la zone d'intervention du service mobile d'urgence, dans la mesure où le préposé constate que le fonctionnement de l'aide médicale urgente et le respect de la loi précitée du 8 juillet 1964 sont garanties

Au cas où il n'y a pas d'intervention d'un service mobile d'urgence, le préposé peut indiquer, par dérogation à l'alinéa 2, à la demande du médecin traitant, aux personnes qui assurent effectivement le service d'ambulance, l'hôpital le plus approprié qui dispose d'un service des urgences et vers lequel le patient doit être transporté, et ce dans les cas suivants:

1° lorsque la victime ou le patient, en raison de son état de santé, nécessite des moyens diagnostiques ou thérapeutiques spécifiques, et ce en application du protocole visé à l'article 4, alinéa 1^{er}, 6° *bis*, de l'arrêté royal précité du 10 août 1998;

2° si le malade a un dossier médical relatif aux pathologies concernées dans un autre hôpital, et ce en application du protocole visé à l'article 4, alinéa 1^{er}, 6° *bis* de l'arrêté royal précité du 10 août 1998.

L'alinéa 4 ne peut qu'être appliqué dans la mesure où le médecin traitant est présent aux côtés de la victime ou du malade et a délivré à la personne qui assure sur place le fonctionnement du service d'ambulance, une attestation motivée confirmant la nécessité de l'application des points 1°, ou 2°, de l'alinéa 4. Le préposé peut uniquement indiquer l'hôpital conformément à la demande du médecin traitant que s'il constate que le fonctionnement de l'aide médicale urgente et l'application de la loi précitée du 8 juillet 1964 sont garanties.

Par dérogation à l'alinéa précédent, le médecin traitant, peut, dans le cas visé au point 2° de l'alinéa 4, rédiger l'attestation préalablement et ne doit dès lors plus être présent auprès du malade ou de la victime lors de l'appel, et ce pour autant que ceci se situe dans le cadre du protocole visé à l'article 4, alinéa 1^{er}, 6° *bis*, de l'arrêté royal précité du 10 août 1998.

Art. 7bis. Tant que le Ministre n'a pas intégré, pour le ressort d'une Commission, en application de l'article 6, alinéa 1^{er}, de fonction agréée « soins urgents spécialisés » dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente, et jusqu'au 31 janvier 2000 au plus tard, le préposé désigne à la personne effectivement responsable du fonctionnement du service d'ambulance, par dérogation à l'article 7, alinéa 2, l'hôpital le plus proche qui dispose d'un service approprié vers lequel la victime ou le malade doit être transporté.

Art. 7ter. Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, mais sous réserve de l'application de l'article 7, alinéa 3, les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans inclus sont, dans le cas d'une intervention d'un service mobile d'urgence, transportés à l'hôpital le plus proche qui dispose d'un service d'urgence, ainsi que d'un service des maladies infantiles agréé (index E), visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le médecin du service mobile d'urgence peut décider que le patient doit être transporté à l'hôpital le plus proche disposant d'un service d'urgence comme visé à l'article 7, alinéa 2.

Art. 8. Lorsque la victime ou le malade est un militaire, la personne responsable de son admission dans l'hôpital en avertit sans retard l'autorité militaire régionale.

Art. 9. Dès l'admission de la victime ou du malade, l'hôpital lui donne tous les soins immédiats qui s'imposent.

La dispensation de ces soins met fin au régime d'aide médicale urgente sauf si le médecin responsable estime que d'autres mesures urgentes sont requises par l'état de la victime ou du malade.

Art. 10. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 1965.

Art. 11. Notre Ministre de la Santé publique et de la Famille et Notre Ministre de l'Intérieur et de la Fonction publique sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de la Famille

Le Ministre de l'Intérieur et de la Fonction publique

27 AVRIL 1998. – Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée (M.B. du 19/06/1998, p. 20067)

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État. Cette version est fournie par la base de données JUSTEL dépendant du SPF Justice. Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la rubrique « Présentation » sur la page d'accueil du site Wallex.

L'arrêt du Conseil d'Etat n° 96.289 du 11 juin 2001 annule l'AR du 26 mars 1999 modifiant le présent arrêté. L'AR du 25 novembre 2002 retire l'AR du 9 février 2001 modifiant le présent arrêté. Ce retrait produit ses effets le 6 avril 2002.

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, §2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, modifié par l'arrêté royal du 12 août 1991;

Vu l'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";

Vu les avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section programmation et agrément, émis les 9 juin 1994 et 10 octobre 1996;

Vu les avis du Conseil d'Etat, donnés les 13 juin 1995 et 25 novembre 1997;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 84, alinéa 1^{er}, 2^o, inséré par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence, motivée par les éléments suivants : considérant que, dans l'intérêt de la santé publique et en tant que base pour les normes d'agrément à fixer en ce qui concerne la fonction "service mobile d'urgence", les normes de qualité applicables à la fonction "soins urgents spécialisés" doivent entrer en vigueur le plus vite possible et les crédits nécessaires pour l'année en cours étant prévus au budget; considérant que le Conseil d'Etat a déjà rendu un avis le 25 novembre 1997; considérant qu'après l'avis du Conseil d'Etat, une nouvelle modification a encore été apportée, à savoir en ce qui concerne les dispositions de l'article 15 relatives à l'entrée en vigueur, laquelle a été avancée, sur base de la motivation précitée, au premier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel l'arrêté aura été publié au *Moniteur belge* (à l'exception des normes architecturales visées aux articles 1^{er}, 2, et 3, §1^{er}, premier alinéa, 1^o, 3^o, 5^o, 6^o, 7^o et 8^o, et deuxième alinéa) au lieu du premier jour du vingt-quatrième mois qui suit celui de la publication;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, émis le 19 mars 1998, dans un délai de trois jours;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de Notre Ministre des Affaires sociales, Nous avons arrêté et arrêtons :

Chapitre I

Normes architecturales et équipement.

Section 1

Dispositions générales.

Article 1. La fonction "soins urgents spécialisés" est composée d'une partie administrative et d'une partie technique qui forment un ensemble sur les plans architectural et fonctionnel.

Elle dispose d'une entrée propre, clairement identifiée, qui comporte un accès pour piétons et une zone d'accueil pour ambulances, couverte, chauffée et pouvant être fermée.

Elle doit être accessible aux personnes handicapées.

Section 2

La partie administrative.

Art. 2. La partie administrative se compose :

1^o d'un hall d'entrée;

- 2° d'un espace pour les formalités administratives;
- 3° d'une salle d'attente;
- 4° des installations sanitaires pour le personnel;
- 5° des installations sanitaires distinctes pour les visiteurs qui doivent être accessibles aux personnes handicapées;
- 6° d'un local pour l'accueil des patients et de leur famille;
- 7° d'un local de travail pour les médecins et les infirmières de la fonction;
- 8° des locaux pour le stockage du linge, du matériel, des vêtements et des objets de valeur;
- 9° d'un local de détente pour le personnel de la fonction;
- 10° d'une chambre de repos pour le médecin qui assure la permanence dans la fonction.

Les équipements visés aux 4°, 5°, 8° et 9° peuvent être partagés avec un autre service ou une autre fonction ou section, pour autant que ceux-ci soient attenants à la fonction "soins urgents spécialisés". La chambre de repos visée au point 1° peut être située en dehors de la fonction "soins urgents spécialisés".

(Le Roi prévoit les conditions et les modalités selon lesquelles la fonction "soins urgents spécialisés" peut être organisée alternativement sur un ou plusieurs sites d'un hôpital.) (AR 2002-11-25/34, art. 1, 002; ED : 01-12-1998)

Section 3 La partie technique.

Art. 3. §1^{er}. La partie technique se compose au minimum :

- 1° de locaux d'examen conçus pour respecter l'intimité des patients et équipés pour l'administration des soins médicaux;
- 2° un ou des locaux équipés pour la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales d'au moins deux patients en état critique;
- 3° une salle équipée pour la petite chirurgie sous anesthésie loco-régionale;
- 4° un local disposant d'au moins quatre lits pour l'observation, visée à l'article 2, alinéa 2, 4°, de l'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", dont au moins un lit est muni d'un dispositif de surveillance adapté à un patient en état critique. Ce dispositif est distinct de ceux visés au 2°;
- 5° un espace pouvant servir de site de tri en cas d'afflux massif de victimes qui peut être celui visé à l'article 2, 1°, 3° ou 6° ainsi que la zone d'accueil pour ambulances visée à l'article 1^{er}, alinéa 2;
- 6° un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients;
- 7° une salle équipée pour la pose de plâtres;
- 8° un local où des soins d'hygiène peuvent être prodigués aux patients alités ou ambulatoires.

Les lieux visés aux points 1° à 5° doivent permettre l'emploi d'un appareil mobile de radiographie.

§2. L'équipement visé au §1^{er}, 2° et 4° dont l'usage est strictement réservé à la fonction même, se compose au minimum de :

- 1° un appareillage de ventilation artificielle;
- 2° un défibrillateur avec écran pour le monitoring du rythme cardiaque;
- 3° un dispositif permettant l'aspiration gastro-intestinale;
- 4° un appareillage permettant l'aspiration endo-trachéale;
- 5° un appareillage pour le monitoring de la concentration O₂ périphérique d'un patient;
- 6° un appareillage pour le monitoring du volume de CO₂ expiré par un patient.

§3. La fonction doit également être équipée des appareils suivants :

- 1° un électrocardiographe avec 12 dérivations;
- 2° le matériel de réanimation cardio-respiratoire de l'enfant et de l'adulte;

3° plusieurs sources d'oxygène portables permettant l'oxygénation des patients durant d'éventuels transports intra-hospitaliers;

4° un nombre suffisant de brancards mobiles.

§4. En vue du maintien en service des appareils susmentionnés en cas de panne de la (des) source(s) d'électricité normalement utilisée(s), il convient de connecter la fonction à la source d'électricité autonome de l'hôpital.

Chapitre II Normes fonctionnelles.

Art. 4. §1^{er}. La fonction " soins urgents spécialisés " doit pouvoir faire appel à tout moment, au sein de l'hôpital général dont elle fait partie :

1° à un minimum de 3 lits de soins intensifs, adaptés à l'intensité de l'activité de la fonction " soins urgents spécialisés " et aux besoins des patients traités, ou à une fonction agréée de soins intensifs;

2° à un bloc opératoire polyvalent équipé et organisé pour effectuer les interventions urgentes de chirurgie;

3° à un laboratoire de biologie clinique équipé et organisé pour effectuer sur place et à tout moment, les analyses nécessaires;

4° à un service d'imagerie médicale disposant de l'appareillage nécessaire aux examens diagnostiques, radiologiques et échographiques, y compris un appareil mobile de radiographie et un tomographe axial transverse organisé pour effectuer sur place et à tout moment les examens diagnostiques nécessaires;

5° à un service d'archivage des dossiers médicaux accessible 24 heures sur 24.

§2. Une réserve de globules rouges concentrés, y compris de globules rouges concentrés de type O Rh négatif, et de substituts plasmatiques doit être disponible dans la fonction même, sauf si l'hôpital dispose d'une banque de sang capable d'assurer à tout instant la fourniture de ces produits.

Une réserve de médicaments, nécessaire pour faire face aux urgences, doit également être disponible dans la fonction même.

Art. 5. La fonction " soins urgents spécialisés " doit disposer :

1° d'une ligne téléphonique extérieure indépendante du central téléphonique de l'hôpital, uniquement destinée à recevoir des appels du système d'appel unifié;

2° [1 des moyens de radiocommunication, tel que visé dans la loi du 8 juin 1998 relative aux radiocommunications des services de secours et de sécurité.

Afin d'être relié au réseau de radiocommunications visé dans la loi susmentionnée, l'hôpital conclut une convention telle que visée à l'article 2, §1^{er}, alinéa 3, de l'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.]¹

[¹ Il doit disposer d'un télécopieur.]¹

(1)(AR 2012-01-27/10, art. 1, 007; En vigueur : 09-03-2012)

Art. 6. La fonction " soins urgents spécialisés " doit pouvoir faire appel, au sein de l'hôpital dont elle fait partie, à une infrastructure adaptée en vue de la formation permanente en soins d'urgence de son personnel médical, infirmier et paramédical.

Art. 7. La fonction doit participer à un enregistrement spécifique des activités de la fonction " soins urgents spécialisés " selon les modalités imposées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Chapitre III Normes.

Section 1 Staff médical.

Art. 8. (Le médecin-chef de service de la fonction est un médecin-spécialiste en médecine d'urgence agréé, tel que visé à l'article 2, 1° ou 2°, de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 fixant 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. Il est attaché à temps plein à l'hôpital et il consacrera plus de la

moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel attaché à sa fonction.) (AR 2006-03-05/42, art. 1, 005; ED : 01-04-2006)

(Le médecin-chef de service, tel que visé dans le présent article, peut simultanément être le médecin qui assume la direction de la fonction " service mobile d'urgence " (SMUR), tel que visé à l'article 5 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) doit répondre pour être agréée.) (AR 2002-11-25/34, art. 3, 002; ED : 01-12-1998)

Art. 8bis. (Inséré par AR 1998-08-10/45, art. 19; ED : 01-05-1999) (annulé par l'arrêt du Conseil d'Etat n° 123.691 du 30 septembre 2003 ; voir M.B. 03.12.2003, Ed. 2, p. 57848) L'hôpital disposant d'une fonction " soins urgents spécialisés ". intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente doit, conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) doit répondre pour être agréée, conclure un protocole avec les autres hôpitaux de la même province ou de l'arrondissement administratif Bruxelles-Capitale, qui disposent d'une fonction " soins urgents spécialisés " intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.

Art. 9. §1^{er}. (La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1^o médecin-spécialiste en médecine d'urgence, telle que visée à l'article 2, 1^{er} et 2^o, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

2^o médecin-spécialiste en médecine aiguë, visée à l'article 2, 3^o, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

3^o médecin titulaire du brevet de médecine aiguë visée à l'article 6, §3, 2^o, du même arrêté ministériel;

4^o le médecin-spécialiste candidat en médecine d'urgence, visé au 1^o, ou en médecine aiguë, visé au 2^o, en formation, pour autant que l'intéressé soit déjà médecin-spécialiste agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1^o, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005, ou qu'il ait déjà suivi la formation précitée pendant au moins un an.) (AR 2006-03-05/42, art. 2, 005; ED : 01-04-2006)

§2. Le nombre de médecins participant à la permanence médicale doit être adapté à l'intensité de l'activité de la fonction " soins urgents spécialisés ".

Entrent en ligne de compte pour cette permanence adaptée, les médecins visés au §1^{er} ainsi que les médecins-spécialistes et les candidats médecin-spécialiste ayant reçu une formation d'au moins deux ans, dans une des disciplines visées à l'article 2, §1^{er}, de l'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.

§3. Les personnes visées au §1^{er} et au §2 assurent la permanence médicale exclusivement dans la fonction " soins urgents spécialisés " (et ne peuvent, à l'exception de l'application de l'alinéa 2, assurer simultanément aucune autre permanence médicale, telle que visée à l'article 4 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréé et à l'article 18, §5, de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée). (AR 2002-11-25/34, art. 4, 003; ED : 06-04-2002)

(Si une fonction "soins urgents spécialisés", une fonction "service mobile d'urgence (SMUR) et une fonction de soins intensifs sont exploitées sur le site dont il est question, les médecins qui assurent la permanence de la fonction "soins urgents spécialisés" peuvent simultanément assurer la permanence de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) au sens de l'article 6 de l'arrêté royal du 10 août 1998 susvisé, pour autant qu'un médecin supplémentaire, répondant aux conditions visées au §1^{er}, soit présent dans les quinze minutes après que le premier médecin a quitté la fonction visée à la suite d'un appel de la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR). Tant que ce médecin n'est pas arrivé sur place, le médecin qui, en application des articles 14 et 15 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 susvisé, assure la permanence de la fonction de soins intensifs, doit assurer également la permanence de la fonction "soins urgents spécialisés.") (AR 2002-11-25/34, art. 4, 003; ED : 06-04-2002)

(Les médecins visés au §1^{er} peuvent assurer simultanément la permanence, telle que visée à l'article 2, §1^{er}, 4^o, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.) (AR 2002-11-25/34, art. 4, 002; ED : 01-12-1998)

§4. La permanence médicale à la fonction spécialisée des urgences doit être assurée 24 heures sur 24.

§5. (Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence médicale dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives.) (AR 2002-11-25/34, art. 5, 002; ED : 01-12-1998)

Art. 10. §1^{er}. Le médecin qui assure la permanence doit au moins pouvoir faire appel à tout moment, et selon des modalités préétablies à :

- 1° un médecin-spécialiste en médecine interne;
- 2° un médecin-spécialiste en chirurgie;
- 3° un médecin-spécialiste en anesthésiologie et réanimation;
- 4° un médecin-spécialiste en radiodiagnostic;
- 5° un médecin-spécialiste en pédiatrie;
- 6° un médecin-spécialiste en chirurgie orthopédique;
- 7° un médecin-spécialiste en gynécologie-obstétrique;
- 8° un médecin-spécialiste en oto-rhino-laryngologie;
- 9° un médecin-spécialiste en ophtalmologie;
- 10° un médecin-spécialiste en psychiatrie ou neuropsychiatrie;
- 11° un médecin-spécialiste en neurologie ou neuropsychiatrie.

§2. Les médecins visés au §1^{er} doivent pouvoir être sur place dans les plus brefs délais après avoir reçu l'appel.

Section 2

Le personnel infirmier.

Art. 11. §1^{er}. L'infirmier en chef est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence, sauf s'il/elle est infirmier gradué ou infirmière graduée et peut justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté (ou s'il/elle est infirmier ou infirmière breveté(e) et peut justifier d'une expérience minimum de 5 ans dans cette fonction d'infirmier en chef à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté). (AR 1999-04-28/46. art. 1. 002; ED : 01-12-1998)

Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, §2, 6°bis, de la loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'arrêté royal précité du 28 novembre 1986.

§2. La fonction " soins urgents spécialisés " dispose d'une équipe infirmière spécifique propre, qui permet d'assurer une permanence 24 h sur 24 d'au moins 2 infirmiers dont un au moins est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence (sauf s'il/elle peut justifier en tant qu'infirmier ou infirmière gradué(e) ou breveté(e) qu'il/elle a au moins) (NOTE de Justel : pour que la disposition modificative fût cohérente avec le texte de base, il faudrait "d'au moins" au lieu de "qu'il/elle a au moins") 5 ans d'expérience dans un des services visés au §1^{er}, alinéa 2, au moment de la publication du présent arrêté. (AR 2002-11-25/34, art. 6. 002; ED : 01-12-1998)

L'équipe infirmière doit être adaptée en fonction des activités du service; à cet égard, les mêmes exigences de qualification que celles visées à l'alinéa 1^{er} sont d'application.

Section 3

Formation permanente.

Art. 12. Le personnel médical et infirmier de la fonction " soins urgents spécialisés " assure, pour l'ensemble de l'hôpital, la formation permanente en ce qui concerne les principes de base de la réanimation.

Chapitre IV

(V dans la version publiée au Moniteur) Dispositions transitoires.

Art. 13. (AR 2002-11-25/34, art. 7. 002; ED : 01-12-1998) §1^{er}. Jusqu'au 31 décembre 2005, le chef de service visé à l'article 8 peut également être un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993 précité.

§2. ([¹ Jusqu'au 31 décembre 2016]¹ la permanence médicale peut également être assurée par un médecin-spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, 1°. de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005 [¹ ou par un médecin-spécialiste en gériatrie]¹.) (AR 2006-03-05/42, art. 3. 005; ED : 01-04-2006)

§3. ([¹ Jusqu'au 31 décembre 2016]¹ la permanence médicale peut également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées à l'article 2, 1^o, du même arrêté ministériel du 14 février 2005, [¹ par un médecin candidat spécialiste en formation en gériatrie]¹ pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction " soins urgents spécialisés " avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence.) (AR 2006-03-05/42, art. 3, 005; ED : 01-04-2006)

§4. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut prolonger la période transitoire visée aux §§1^{er}, 2. 3. s'il s'avère qu'à son expiration, un nombre encore insuffisant de médecins répond aux conditions visées aux articles 8 et 9 du présent arrêté.

(1)(AR 2013-02-11/36, art. 1, 008; En vigueur :01-01-2013 (voir AR 2013-09-12/11, art. 1))

Chapitre V

(VI dans la version publiée au Moniteur) Dispositions finales.

Art. 14. L'annexe 1 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique dans le sens de l'article 6bis, §2, 6^obis, de la loi sur les hôpitaux, modifié par l'arrêté royal du 12 août 1991, est abrogé.

Art. 15. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*, à l'exception des articles 1^{er}, 2 et 3, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 1^o, 3^o, 5^o, 6^o, 7^o, et 8^o, et 2, qui entrent en vigueur le premier jour du vingt-quatrième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 16. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 avril 1998.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,

M. COLLA

La Ministre des Affaires sociales,

Mme M. DE GALAN

27 AVRIL 1998. – Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « première prise en charge des urgences » pour être agréée (M.B. du 19/06/1998, p. 20065)

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux des 4 mars 1991, 12 octobre 1993, 23 décembre 1993, 28 mars 1995, 20 août 1996 et 21 janvier 1998;

Vu l'arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « première prise en charge des urgences »;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, émis le 9 juin 1994;

Vu les avis du Conseil d'Etat des 13 juin 1995 et 25 novembre 1997;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de Notre Ministre des Affaires sociales, Nous avons arrêté et arrêtons:

Article 1^{er}. *(A l'exception des services de gériatrie isolés (index G), et des hôpitaux qui disposent uniquement des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (indice Sp), combinés ou non à des services d'hospitalisation normale (indice H), chaque hôpital général ne disposant pas d'une fonction « soins urgents spécialisés », doit disposer d'une fonction « première prise en charge des urgences » – AR du 18 novembre 1998, art. 1^{er} - M.B. du 15/04/1999, p. 12329).*

Art. 2. §1^{er}. La fonction visée à l'article 1^{er} doit disposer d'un local distinct et clairement identifiable, accessible aux patients ambulatoires et alités.

§2. Le local visé au §1^{er} doit être situé à proximité de la zone d'accueil des ambulances et être placé sous la surveillance permanente d'un préposé qui dispose des moyens permettant de faire un appel urgent au médecin visé à l'article 5.

Le local contient une réserve de médicaments appropriés ainsi que des substituts plasmatiques. Il est équipé d'une source d'oxygène fixe, d'un dispositif d'aspiration et d'une ligne téléphonique directe. L'hôpital doit disposer d'une réserve de globules rouges concentrés de type O Rh-négatif.

Le local doit être équipé d'un chariot de réanimation comportant le matériel pour la surveillance et le traitement d'un patient en état critique (monitoring, défibrillateur, ECG, respirateur, dispositif d'aspiration, matériel de perfusion intraveineuse et d'intubation, oxygène portable).

Un appareil mobile de radiographie pour réaliser des radiographies du thorax, de l'abdomen et des radiographies osseuses de base est disponible 24 heures sur 24.

Art. 3. La fonction visée à l'article 1^{er} dispose au minimum de 3 lits de soins intensifs, adaptés à l'intensité de l'activité de la fonction et aux besoins des patients traités, sauf si la fonction fait partie d'un hôpital qui dispose d'une fonction agréée de soins intensifs.

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 fonction.

Art. 4. Un médecin spécialiste assure la direction de la fonction « première prise en charge des urgences » et est responsable de la formation du personnel concerné. Ce médecin doit être lié à temps plein à l'hôpital et, soit être porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit avoir suivi la formation visée à l'article 5, §2, 2^o, b) de l'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.

Art. 5. La permanence médicale est assurée 24 heures sur 24 par un médecin. Ce médecin peut simultanément assurer la présence permanente visée à l'article 2, §1^{er}, 4^o (lire « article 2, §1^{er}, 5^o ») de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Le médecin visé à l'alinéa premier est assisté d'un infirmier.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur 6 mois après sa publication au *Moniteur belge*, à l'exception de la condition visée à l'article 4, selon laquelle il faut être porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence ou avoir suivi la formation visée à l'article 5, §2, 2^o, b) de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, laquelle condition entre en vigueur deux ans après sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 7. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 avril 1998.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,

M. COLLA

La Ministre des Affaires sociales,

Mme M. DE GALAN

10 AOÛT 1998. – Arrêté royal fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée (M.B. du 02/09/1998, p. 28321)

Ce texte relève d'une matière transférée à la Région wallonne suite à la Sixième Réforme de l'État.
 Cette version est fournie par la base de données JUSTEL dépendant du SPF Justice.
 Pour plus d'informations, veuillez vous référer à la rubrique « Présentation » sur la page d'accueil du site Wallex.

L'arrêt n° 96.285 du Conseil d'Etat du 8 juin 2001 annule l'AR du 26 mars 1999 modifiant le présent arrêté.
 L'AR du 25 novembre 2002 modifiant le présent arrêté retire l'AR du 9 février 2001 modifiant le présent arrêté.
 L'AR du 11 juillet 2003 modifiant le présent arrêté retire l'AR du 15 juillet 2002 modifiant le présent arrêté.
 L'arrêt n° 123.691 du Conseil d'Etat du 30 septembre 2003 annule l'AR du 15 juillet 2002 modifiant le présent arrêté.

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68 et l'article 69, 3^o, modifié par la loi du 21 décembre 1994;

Vu l'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 ";

Vu l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, notamment l'article 6, modifié par l'arrêté royal du 23 juin 1998;

Vu l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, émis les 19 mai 1994, 10 juillet 1997 et 9 juillet 1998;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, émis le 13 juin 1995;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 2 mars 1998;

Vu la décision du Conseil des Ministres du 20 mars 1998 relative à la demande d'avis dans le mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, émis le 12 mai 1998, en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Chapitre I Définitions.

Article 1. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1^o Ministre : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2^o zone d'intervention : la zone attribuée conformément à l'arrêté royal 10 août 1998 instituant les Commissions d'aide médicale urgente et au sein de laquelle la fonction SMUR effectue ses missions;

3^o SMUR : service mobile d'urgence qui, uniquement à la demande du préposé du système d'appel unifié, travaille dans la zone d'intervention qui lui est attribuée;

4^o fonction " soins urgents spécialisés " : la fonction " soins urgents spécialisés " tel que visée dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée;

5^o association : une association d'hôpitaux agréée, visée dans l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter;

6^o protocole : la convention visée à l'article 7, alinéa 3. 2^o et 3^o, de l'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, réglant la prise en charge des patients par les hôpitaux, conclue entre tous les hôpitaux de la province ou de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale ayant une fonction " soins urgents spécialisés ". intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.

Chapitre II Dispositions générales.

Art. 2. (Pour être agréée et le rester, la fonction SMUR doit simultanément être intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente et elle doit répondre aux normes d'agrément du présent arrêté.) (AR 2003-07-11/94, art. 1, 005; ED : 10-10-2003)

(Une fonction SMUR ne peut être agréée que si elle est exploitée par un hôpital ou une association qui exploite, sur le même site, une fonction agréée " Soins urgents spécialisés " intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente.) (AR 2003-07-11/94, art. 1, 005; ED : 10-10-2003)

La (les) fonction(s) SMUR exploitée(s) par l'association (les associations) est (sont) considérée(s) comme une fonction de chacun des hôpitaux qui y participent.

Chapitre III Normes fonctionnelles.

Art. 3. §1^{er}. La gestion de chaque fonction SMUR, disponible dans la province ou au sein de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, est assurée par un hôpital ou une association hospitalière.

Lorsqu'au sein d'une même zone d'intervention, plusieurs hôpitaux disposant d'une fonction " soins urgents spécialisés " posent leur candidature à la création d'une fonction SMUR, toutes les fonctions SMUR de cette zone d'intervention doivent être exploitées par une seule association regroupant tous les hôpitaux ayant posé leur candidature.

Par dérogation à l'article 6, §1^{er}, de l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter, la fonction SMUR exploitée par une association peut se trouver sur plusieurs sites, pour autant que ceci n'implique qu'un fonctionnement en alternance et que, dès lors, il n'y ait pas de fonctionnement simultané sur plus d'un site.

§2. Outre les matières qui, en raison de l'application de l'arrêté royal précité du 25 avril 1997, doivent être réglées par la convention d'association, cette dernière organise au moins les questions suivantes :

1° l'indication du lieu de départ de l'équipe d'intervention que différents hôpitaux peuvent se partager pour autant qu'ils soient implantés à une distance raisonnable l'un de l'autre. On entend, par distance raisonnable, une distance d'un (maximum de 8 km). Lorsqu'il s'agit d'une région rurale, l'autorité compétente pour l'agrément des associations peut octroyer une dérogation en ce qui concerne cette distance maximale à condition que les hôpitaux qui font partie de l'association introduisent une demande motivée à cet effet. La motivation doit au moins inclure un document précisant tant les besoins de la région que le potentiel de lieux de départ éventuels; (AR 2003-07-11/94, art. 2, 005; ED : 10-10-2003)

2° le mode de structuration de l'activité médicale, en ce compris le mode de désignation du coordinateur médical;

3° le mode de structuration de l'activité infirmière, en ce compris le mode de désignation du coordinateur infirmier;

4° les modalités générales relatives au fonctionnement et à la collaboration, y compris les aspects financiers;

5° la répartition des tâches entre les hôpitaux concernés et l'organisation des trajets;

6° la répartition des services de garde entre les hôpitaux.

Au cas où une association exploite plusieurs fonctions SMUR, la convention doit préciser les matières qui doivent être réglées séparément pour chaque fonction SMUR. Celles-ci englobent au moins les matières visées aux 1°, 5° et 6°.

Art. 4. Un protocole doit être conclu entre tous les hôpitaux disposant d'une fonction " soins urgents spécialisés " intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente et qui sont situés dans la même province ou dans l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, avant que les fonctions SMUR dans la province concernée ou dans l'arrondissement administratif puissent être agréées.

Chapitre IV Normes d'organisation.

Section I Du personnel médical et infirmier.

Art. 5. (Le médecin qui assure la direction de la fonction doit être médecin-spécialiste en médecine d'urgence, tel que visé à l'article 2, 1° ou 2°, de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 fixant 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 les maîtres de stage et des service de stage dans ces disciplines. Il est attaché à temps plein à l'hôpital ou à un des hôpitaux de l'association et il consacra plus de la moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel attaché à sa fonction.) (AR 2006-03-05/43, art. 1. 006; ED : 01-04-2006)

(Le médecin qui assume la direction de la fonction, tel que visé dans le présent article, peut simultanément être le médecin chef de service de la fonction "soins urgents spécialisés", tel que visé à l'article 8 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée.) (AR 2002-11-25/35, art. 1. 002; ED : 01-05-1999)

Art. 6. §1^{er}. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel médical de la fonction "soins urgents spécialisés", la fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence médicale propre.

§2. (La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin-spécialiste en médecine d'urgence, telle que visée à l'article 2, 1° et 2°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

2° médecin-spécialiste en médecine aiguë, telle que visée à l'article 2, 3°, du même arrêté ministériel;

3° médecin titulaire du brevet de médecine aiguë visée à l'article 6, §3, 2°, du même arrêté ministériel;

4° le médecin-spécialiste candidat en médecine d'urgence, visé au 1°, ou en médecine aiguë, visé au 2°, en formation, pour autant que l'intéressé soit déjà médecin-spécialiste agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°, du même arrêté ministériel, ou qu'il ait déjà suivi la formation précitée pendant au moins un an.) (AR 2006-03-05/43, art. 2, 006; ED : 01-04-2006)

(Les médecins visés dans le présent paragraphe assurent la permanence médicale dans la fonction "service mobile d'urgence" (SMUR). Ils ne peuvent pas assurer simultanément la permanence médicale, telle que visée à l'article 14 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction de soins intensifs pour être agréé. Ils ne peuvent pas non plus assurer simultanément la permanence médicale visée à l'article 9, §3, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "soins urgents spécialisés" pour être agréé, sauf à remplir les conditions fixées à l'alinéa 2 de cette disposition.) (AR 2002-11-25/35, art. 2, 003; ED : 06-04-2001)

(Les médecins visés dans le présent paragraphe peuvent toutefois assurer simultanément la permanence, telle que visée à l'article 2, §1^{er}, 4°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Les médecins qui participent à la permanence médicale ne peuvent effectuer de permanence médicale dans un hôpital durant plus de 24 heures consécutives.) (AR 2002-11-25/35, art. 2, 002; ED : 01-05-1999)

(Au cas où la permanence est assurée par un médecin qui n'est pas un médecin spécialiste, comme visé à l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté ministériel précité du 12 novembre 1993, et qu'une fonction agréée de soins intensifs se trouve également sur le site où se trouve le lieu de départ, comme visé à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, un médecin spécialiste, tel que visé à l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté ministériel précité, doit être présent sur le site dont question.) (AR 2002-11-25/35, art. 2, 004; ED : 21-12-2002)

Art. 7. L'infirmier en chef qui assure la direction du personnel infirmier de la fonction doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence ou doit être un infirmier gradué ou une infirmière graduée justifiant, à la date de la publication du présent arrêté, une expérience minimum de 5 ans dans un des services visés à l'article 7, alinéa 2 (ou doit être infirmier ou infirmière breveté(e) justifiant, à la date de la publication du présent arrêté, d'une expérience de 5 ans dans cette fonction d'infirmier en chef). (AR 2001-04-19/53, art. 1. 002; ED : 01-05-1999)

Cette expérience doit avoir été acquise, soit dans un service agréé de soins intensifs, soit dans un service de traitement intensif répondant à la description contenue dans l'annexe 3 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médical technique au sens de l'article 6bis, §2, 6°bis, de la loi sur les hôpitaux, soit dans un service des urgences répondant à la description contenue dans l'annexe 1 de l'arrêté royal précité du 28 novembre 1986.

Art. 8. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du personnel infirmier de la fonction "soins urgents spécialisés", la fonction SMUR doit assurer 24 heures sur 24 une permanence infirmière propre constituée d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence (sauf s'il peut justifier en tant qu'infirmier ou infirmière gradué(e) ou

breveté(e) à la date de la publication du présent arrêté, qu'il a) (NOTE de Justel : il y a une certaine incohérence entre la disposition modificative et la disposition modifiée) une expérience minimum de 5 ans dans un des services visés à l'article 7, alinéa 2. (AR 2002-11-25/35, art. 3, 002; ED : 01-05-1999)

Art. 9. Sans préjudice des dispositions qui régissent la disponibilité du corps médical et du personnel infirmier d'une fonction " soins urgents spécialisés ", 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 " visées à l'article 3, §1^{er}.

Art. 10. Pour chaque intervention, l'équipe d'intervention médicale de la fonction SMUR comprend au moins un médecin et un infirmier répondant aux conditions visées respectivement aux articles 6 et 8, et utilise un véhicule équipé, comme visé aux articles 13 à 17.

Art. 11. La fonction SMUR doit apporter la preuve du recyclage permanent de son personnel médical et infirmier conformément aux modalités définies par le Ministre.

Art. 12. La fonction SMUR doit participer activement à la formation des secouristes-ambulanciers, visée à l'article 6bis de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

Section 2 De l'équipement.

Art. 13. La fonction SMUR doit disposer d'au moins un véhicule stationné à l'hôpital où se trouve l'équipe d'intervention médicale. Le véhicule doit être conforme aux caractéristiques définies par le Ministre.

Art. 14. Tous les membres de l'équipe d'intervention médicale doivent disposer d'un équipement personnel dont les caractéristiques sont fixées par le Ministre.

Art. 15. Le matériel portable suivant doit se trouver à bord du véhicule :

- 1° un cardioscope muni d'un défibrillateur avec possibilité d'enregistrement sur support papier du tracé ECG;
 - 2° un oxymètre de pouls;
 - 3° un tensiomètre non invasif;
 - 4° une réserve d'oxygène portative, suffisante pour administrer de l'oxygène à un patient pendant 90 minutes à raison de 10 litres/minute;
 - 5° une pompe pousse-seringue;
 - 6° un glucomètre;
 - 7° des colliers cervicaux et attelles pour les membres qui conservent leur forme pendant 6 heures au moins en cas d'utilisation;
 - 8° un appareil électrique d'aspiration;
 - 9° le matériel nécessaire à la réanimation avancée de l'adulte et de l'enfant;
 - 10° [1 des moyens de radiocommunication, tel que visé dans la loi du 8 juin 1998 relative aux radiocommunications des services de secours et de sécurité.
- Afin d'être relié au réseau de radiocommunications visé dans la loi susmentionnée, l'hôpital conclut une convention telle que visée à l'article 2, §1^{er}, alinéa 3, de l'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.]¹
- 11° un appareil de radiophonie portatif doté des fréquences visées au point 10°;
 - 12° tout autre matériel ou équipement défini par le Ministre.

Tous les appareils susmentionnés doivent avoir une autonomie d'au moins 90 minutes.

(1)(AR 2012-01-27/09, art. 1, 008; En vigueur : 09-03-2012)

Art. 16. Le Ministre peut établir une liste des médicaments devant se trouver à bord du véhicule. Ces médicaments doivent être conservés conformément aux dispositions de la pharmacopée belge.

Art. 17. Tous les appareils doivent être correctement entretenus, en bon état de fonctionnement et prêts à l'emploi.

Chapitre V Dispositions transitoires.

Art. 18. (AR 2002-11-25/35, art. 4, 002; ED : 01-05-1999) § 1^{er}. Jusqu'au 31 décembre 2005 le chef de service visé à l'article 5 peut également être un médecin spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté ministériel du 12 novembre 1993.

§2. ([¹ Jusqu'au 31 décembre 2016]¹ la permanence médicale peut également être assurée par un médecin-spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, 1^o, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005 [¹ ou par un médecin-spécialiste en gériatrie]¹). (AR 2006-03-05/43, art. 3, 006; ED : 01-04-2006) (AR 2008-12-15/33, art. 1, 007; ED : 02-01-2009)

§3. ([¹ Jusqu'au 31 décembre 2016]¹, la permanence médicale peut également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées l'article 2, 1^o, du même arrêté ministériel [¹ par un médecin candidat spécialiste en formation en gériatrie]¹ pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction " soins urgents spécialisés " avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence.) (AR 2006-03-05/43, art. 3, 006; ED : 01-04-2006) (AR 2008-12-15/33, art. 1, 007; ED : 02-01-2009)

§4. Le Ministre quia la Santé publique dans ses attributions peut prolonger la période transitoire visée aux §§ 1^{er}, 2, 3, s'il s'avère qu'à son expiration, un nombre encore insuffisant de médecins répond aux conditions visées aux articles 8 et 9 du présent arrêté.

(NOTE : Les délais visés à l'article 18, §§2 et 3 sont prorogés jusqu'au 31 mars 2006 par (AR 2005-12-12/31, art. 1; ED : 01-01-2006))

(1) (AR 2013-02-11/37, art. 1, 009; En vigueur : 01-01-2013 (voir AR 2013-09-12/10, art. 1))

Chapitre VI Dispositions finales.

Art. 19. Il est inséré, dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée, un article 8bis, rédigé comme suit :

« Art. 8bis. L'hôpital disposant d'une fonction " soins urgents spécialisés ", intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente doit, conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) doit répondre pour être agréée, conclure un protocole avec les autres hôpitaux de la même province ou de l'arrondissement administratif Bruxelles-Capitale, qui disposent d'une fonction " soins urgents spécialisés " intégrée dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente. »

Art. 20. Le présent arrêté entre en vigueur à la date fixée par la Ministre des Affaires sociales et le Ministre de la Santé publique et des Pensions et, en tous les cas, au plus tard, le 1^{er} mai 1999.

Art. 21. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 10 août 1998.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,

M. COLLA

La Ministre des Affaires sociales.

Mme M. DE GALAN

14 FÉVRIER 2005. – Arrêté ministériel fixant 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
(M.B. du 04/03/2005, p. 9194)

Le Ministre de la Santé publique,

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment l'article 35sexies inséré par la loi du 19 décembre 1990;

Vu l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, notamment l'article 3;

Vu l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, notamment les articles 1^{er} et 2;

Vu l'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;

Vu l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage;

Vu les avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, donnés le 18 décembre 2003 et le 19 février 2004;

Vu l'avis 37.427/3 du Conseil d'Etat, donné le 5 octobre 2004,

Arrête:

Chapitre premier Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par:

1° service d'urgence: une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, telle que définie à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « soins urgents spécialisés » pour être agréée;

2° service de soins intensif: la fonction de soins intensifs telle que décrite par l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée;

3° service mobile d'urgence: la fonction service mobile d'urgence telle que définie par l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » pour être agréée.

Chapitre II Critères d'agrément comme médecin spécialiste en médecine d'urgence et comme médecin spécialiste en médecine aiguë

Art. 2. Quiconque souhaite être agréé pour:

1° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, doit être un médecin spécialiste agréé dans une des disciplines suivantes:

- a) anesthésie-réanimation;
- b) médecine interne;
- c) cardiologie;
- d) gastro-entérologie;
- e) pneumologie;
- f) rhumatologie;
- g) chirurgie;
- h) neurochirurgie;
- i) urologie;

- j) chirurgie orthopédique;
- k) chirurgie plastique;
- l) pédiatrie;
- m) 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;

2° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, doit être un médecin qui a 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.

Moyennant l'accord de son maître de stage, il peut accomplir son stage à concurrence de deux ans au maximum dans des services de stage agréés pour la formation dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°.

La formation du candidat acquise dans le cadre de la formation visée au 3° peut être prise en considération pour trois années;

3° le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine aiguë, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, doit être un médecin qui a 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.

L'expérience professionnelle du candidat acquise durant la formation visée à l'article 6, §3, 2°, et après celle-ci peut être prise en considération au maximum pour douze mois.

Art. 3. §1^{er}. Au moins une fois au cours de sa formation en médecine d'urgence, le candidat à un des titres professionnels visés à l'article 2, 1°, 2° ou 3° doit présenter une communication à une réunion scientifique qui fait autorité ou publier un article sur un sujet de médecine d'urgence dans une revue scientifique de référence.

§2. Un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, peut être agréé pour porter le titre de médecin spécialiste en médecine d'urgence visé à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, après avoir accompli un stage en médecine d'urgence d'au moins un an.

Chapitre III

Critères de maintien de l'agrément

Art. 4. Afin de conserver l'agrément permettant de porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence ou en médecine aiguë, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, le titulaire de l'agrément doit:

- 1° exercer à titre principal une fonction médicale en étroit rapport avec la médecine d'urgence;
- 2° prouver qu'il évalue, entretient et développe ses connaissances, ses compétences et sa performance médicale de manière à pouvoir délivrer des soins conformes aux données actuelles de la science.

Afin de conserver l'agrément permettant de porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence, visé à l'article 2 de l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991, le titulaire de l'agrément doit rester agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°, et satisfaire aux conditions prévues à l'alinéa 1^{er}.

Chapitre IV

Critères d'agrément des maîtres de stage en médecine d'urgence et en médecine aiguë

Art. 5. §1^{er}. Le maître de stage doit répondre aux critères généraux d'agrément des maîtres de stage.

§2. Le maître de stage doit travailler à temps plein comme chef du service d'urgence et consacrer la plus grande partie de son temps à des activités cliniques et techniques relevant de sa compétence en médecine d'urgence.

§3. Le maître de stage peut assurer la formation de candidats spécialistes à raison, au maximum, de deux par médecin titulaire d'un des titres professionnels visés à l'article 2, 1°, 2° ou 3°, attaché à temps plein au service d'urgence.

§4. Le maître de stage, lui-même agréé depuis au moins huit ans, comme porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence doit avoir au moins un collaborateur attaché à temps plein au service d'urgence.

§5. Le maître de stage doit participer avec des responsabilités réelles à l'élaboration et au fonctionnement du plan de mise en alerte des services hospitaliers de l'établissement de soins auquel est attaché le service des urgences.

§6. Le maître de stage veille à ce que le candidat suive une formation à tous les aspects des urgences, y compris lors des stages en dehors du service d'urgence.

Chapitre V Critères d'agrément des services de stage

Art. 6. §1^{er}. Pour être agréé comme service de stage, le service doit:

- 1° répondre aux critères généraux d'agrément des services de stage;
- 2° exercer la médecine d'urgence, sous tous ses aspects sans sélection préalable des cas;
- 3° pouvoir faire appel à tout moment, selon une liste de garde préétablie, à des médecins spécialistes de chacune des disciplines suivantes: médecine interne, chirurgie, orthopédie, anesthésiologie, pédiatrie, médecine d'urgence et radiologie;
- 4° pouvoir hospitaliser ses patients dans une unité de soins intensifs où est organisée une permanence médicale sur place indépendante de celle assurée au service d'urgence;
- 5° disposer d'un nombre suffisant de praticiens de l'art infirmier qualifiés, attachés à temps plein au service d'urgence et ayant en outre suivi une formation adaptée dans un service des urgences où ils ont été familiarisés avec tous les aspects de la médecine d'urgence. L'équipe est composée de manière à ce que deux membres du personnel infirmier dont au moins un gradué soient présents de manière permanente dans le service des urgences;
- 6° former une unité architecturale distincte et appropriée, comportant une entrée séparée accessible aux ambulances, ainsi que des locaux administratifs, des locaux d'examen et de traitement;
- 7° assurer la formation permanente et des réunions de staff au moins mensuelles du personnel médical et infirmier qui lui est attaché;
- 8° évaluer l'activité du service, éventuellement selon les modalités qui lui sont communiquées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;
- 9° disposer de personnel administratif propre au service d'urgence et en nombre suffisant.

§2. Pour être agréé comme service de stage qualifié pour assurer une formation complète, le service doit en outre:

- 1° disposer d'au moins deux médecins spécialistes en médecine d'urgence, attachés à temps plein au service des urgences, dont le maître de stage qui doit être porteur de ce titre depuis huit ans, et les collaborateurs qui doivent l'être depuis au moins cinq ans;
- 2° assurer la permanence médicale sur place au sein du service d'urgence et du Service mobile d'Urgence par une équipe de deux médecins au moins dont un au moins est agréé selon l'article 2, 1° ou 2°, et l'autre suit la formation visée à l'article 2, 1° ou 2°;
- 3° disposer d'au moins huit lits fonctionnels d'hospitalisation provisoire dont au moins deux sont équipés d'un dispositif de surveillance et de traitement pour un patient en état critique;
- 4° avoir en charge ou participer à l'organisation et au fonctionnement d'un Service mobile d'Urgence;
- 5° être attaché à un hôpital où les services de médecine interne, chirurgie, orthopédie et anesthésiologie sont agréés comme service de stage ou répondent aux critères d'agrément comme service de stage;
- 6° pouvoir faire appel en outre, selon une liste préétablie, à des médecins spécialisés de chacune des disciplines suivantes: chirurgie orthopédique, neurochirurgie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie.

§3. Un service d'urgence qui ne répond pas à l'ensemble des critères pour être agréé pour la formation complète peut cependant assurer au maximum six mois de la formation dans le cadre d'un stage de rotation, sous réserve d'être agréé pour cette formation. Pour être agréé, le service doit répondre aux conditions suivantes:

- 1° disposer au moins d'un médecin spécialiste porteur du titre particulier en médecine d'urgence, attaché à plein temps au service des urgences;
- 2° assurer la permanence sur place au sein du service d'urgence et de Service mobile d'Urgence par au moins deux médecins agréés pour le titre professionnel particulier en médecine d'urgence, ou candidat en formation pour ce titre ou titulaires du brevet de médecine aiguë répondant aux conditions ci-dessous:
 - a) être titulaire du diplôme de « Docteur en médecine » ou « arts »;

- b) avoir effectué une formation théorique et pratique de 120 heures organisée par un hôpital universitaire;
- c) avoir effectué un stage de 240 heures dans un service agréé, échelonné sur 24 mois et comportant au moins 10 interventions préhospitalières à caractère vital.

Ces médecins envoient à la Direction générale des Soins de santé primaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, une copie des documents probants relatifs à la formation théorique et au stage pratique précité.

A partir du 1^{er} janvier 2008, le brevet de médecine aiguë n'est plus octroyé:

- qu'à des médecins généralistes agréés;
- et aux médecins qui ne sont pas agréés en tant que médecins généralistes, à condition qu'ils aient débuté leur formation avant cette date.

3° disposer d'au moins 4 lits d'hospitalisation provisoire dont 1 au moins équipé d'un dispositif de surveillance et de traitement pour un patient en état critique;

4° avoir en charge et participer à l'organisation et au fonctionnement d'un Service mobile d'Urgence;

5° être attaché à un hôpital où le service de médecine interne et le service de chirurgie sont agréés comme services de stage ou répondent aux critères d'agrément y afférents.

Chapitre VI Dispositions transitoires

Art. 7. §1^{er}. Une période d'exercice à temps plein de la médecine d'urgence ou de la médecine aiguë en tant que candidat spécialiste ou en tant que spécialiste, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté, pourra être valorisée au maximum pour une année de formation au sens de l'article 2, 1^o ou 2^o, du présent arrêté pour autant que la demande soit introduite dans un délai de six mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

§2. Pendant une durée de trois ans à compter à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, le médecin qui peut prouver, en produisant des documents relatifs à sa rémunération, qu'il compte après l'obtention du brevet visé à l'article 2, §3 (*lire « article 6, §3 »*) une expérience professionnelle au moins égale à 10 000 heures durant les sept années qui précèdent la demande, dans un ou des services d'urgence, peut être agréé comme médecin spécialiste en médecine aiguë; il perd alors son agrément en tant que médecin généraliste.

§3. Les médecins qui, au moment de l'entrée en vigueur du présent arrêté, suivent la formation en médecine d'urgence conformément à l'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, peuvent achever cette formation et être agréés conformément aux dispositions de ce dernier arrêté.

§4. Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, sont agréés en médecine d'urgence peuvent soit conserver leur titre professionnel particulier, soit demander le titre professionnel particulier en médecine d'urgence visé dans l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité. Ils introduisent leur demande dans les deux ans qui suivent la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

§5. Les médecins qui, à la date du 1^{er} janvier 2008, sont porteurs du brevet de médecine aiguë conservent ce brevet.

§6. Les agréments accordés aux maîtres de stage et aux services de stage sur base de cet arrêté ministériel du 12 novembre 1993 restent valables jusqu'à l'expiration de leur terme initialement fixé.

Art. 8. L'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 est abrogé.

Bruxelles, le 14 février 2005.

R. DEMOTTE

Liste des critères de gravité potentielle aux urgences selon Vranckx et al.

Airway

1. Traumatisme facial avec obstruction des voies respiratoires supérieures
2. Epiglottite aiguë
3. Oedème de Quincke (oedème labial, lingual ou laryngé)

Breathing - Système respiratoire

4. SpO₂ < 93% sans documentation de chronicité
5. Embolie pulmonaire (scintigraphie ou angioscanner) et TA systolique < 90 mmHg ou marbrures ou au moins 2 signes parmi les suivants : turgescence jugulaire, syncope, PaO₂ < 60 mmHg ou SpO₂ < 90%, tachycardie > 120/minutes en l'absence de fièvre, extrémités froides, cyanose ou score d'Aujesky > 85
6. Dyspnée avec PH initial < 7.32 ou PaO₂ initiale < 60 mmHg ou SpO₂ initiale < 90%
7. Dyspnée avec persistance après traitement initial de PH < 7.35 ou PaO₂ < 80 mmHg ou SpO₂ < 95%
8. Dégradation respiratoire avec augmentation PaCO₂ > 10 mmHg ou chute PH > 0.1
9. Hémoptysie avec TA systolique < 100 mmHg ou fréquence cardiaque (FC) > 140/min ou SpO₂ < 93%
10. Insuffisance respiratoire et altération de conscience (Glasgow Coma Scale GCS < 8)
11. Asthme et incapacité à parler ou fréquence respiratoire (FR) > 30/min ou SpO₂ < 90% ou PaO₂ < 60 mmHg ou PaCO₂ > 45 mmHg ou FC > 120/min ou tirage intense
12. Nécessité de ventilation non invasive
13. Nécessité d'aérosolthérapie = ou > 6 x/j

14. Nécessité de bronchoaspiration > 3 x/j
15. Pneumonie communautaire et Pneumonia Severity Index = ou > 5
16. Pneumonie nosocomiale

Circulation - Système cardiovasculaire

17. Infarctus myocardique aigu SCA STEMI < 72 h
18. Choc cardiogénique (TA systolique < 90 mmHg)
19. Fibrillation auriculaire > 140/min
20. Bloc auriculo-ventriculaire complet III ou bloc auriculo-ventriculaire II Mobitz 2
21. Bradycardie < 45/min ou mal tolérée (symptomatique ou TA systolique < 90 mmHg)
22. Tachycardie ventriculaire (> 3 complexes larges successifs)
23. Torsade de pointe
24. Oedème Pulmonaire Aigu (dyspnée brutale et SpO₂ < 93% ou Killip 3 ou 4)
25. Crise hypertensive (TA systolique > 200 mmHg ou diastolique > 100 mmHg ou moyenne > 130 mmHg) avec altération de conscience (GCS < 12) ou dyspnée (FR > 20/min ou SpO₂ < 93%) ou douleur thoracique ou convulsions ou creat > 2 mg/dl
26. Douleur thoracique nitrosensible ou suspecte d'angor et score TIMI = ou > 3
27. Suspicion de pathologie cardiaque et troponine > 0,09 ng/ml
28. Suspicion d'arythmie potentiellement grave (syncope à l'emporte-pièce). nécessité de monitoring cardiaque
29. Arrêt cardiaque récupéré
30. Tamponnade cardiaque (épanchement péricardique et turgescence jugulaire ou TA systolique < 100 mmHg)
31. Anévrisme aortique disséquant ou rompu
32. Myocardite aiguë (diagnostic par cardiologue)

33. Médiastinite

34. Choc distributif allergique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140 /min ou lactate > 3 mmol/litre)

35. Choc septique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140 /min ou lactate > 3 mmol/litre)

36. Choc hypovolémique ou hémorragique (TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140 /min ou lactate > 3 mmol/litre)

Disability – Neurologie

37. Accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique et GCS $< \text{ou} = 8$

38. AVC ischémique et thrombolyse

39. AVC hémorragique < 48 h avec effet de masse (effacement des sillons, compression ventriculaire ou engagement) et absence d'indication opératoire (après contact neurologue ou neurochirurgien)

40. Coma d'origine métabolique, toxique ou anoxique et GCS $< \text{ou} = 8$

41. Hémorragie sous-arachnoïdienne aiguë sans indication opératoire

42. Méningite ou encéphalite

43. Syndrome de Guillain-Barré

44. Etat de mal épileptique (convulsions continues ou 2 crises espacées < 5 minutes)

45. Épilepsie non contrôlée (2 crises ou plus en 24 h)

46. Sevrage éthylique avec risque de delirium tremens (score de sevrage $= \text{ou} > 14$)

47. Mort cérébrale avérée ou potentielle avec susceptibilité de don d'organe

Traumatologie

48. Hémopneumothorax

49. Contusion pulmonaire

- 50. Pneumothorax bilatéral
- 51. Traumatisme hépatique
- 52. Traumatisme splénique
- 53. Traumatisme pancréatique
- 54. Pneumopéritoine traumatique
- 55. Traumatisme rénal
- 56. Traumatisme du bassin dit « instable » (livre ouvert) ou avec TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140 /min
- 57. Fracture vertébrale instable
- 58. Fracture du crâne
- 59. Contusion du parenchyme cérébral
- 60. Traumatisme crânien et hématome/hémorragie intracrânien(ne) ou GCS $<$ ou $= 8$ ou diminution du GCS > 2 points par rapport à l'admission ou agitation nécessitant une sédation
- 61. Traumatisme médullaire
- 62. Crush syndrome, rhabdomyolyse sévère, syndrome des loges

Toxicologie

- 63. Intoxication et GCS $<$ ou $= 8$
- 64. Intoxication et FC > 140 /min ou FC < 60 /min ou TA systolique < 100 mmHg ou SpO₂ $< 93\%$ ou FR < 10 /min ou glycémie < 60 mg/dl
- 65. Intoxication ayant nécessité l'administration de Naloxone ou d'Anexate pour dépression respiratoire
- 66. Intoxication médicament du système cardiovasculaire et ingestion supposée > 10 x la dose unitaire
- 67. Intoxication par antidépresseur Tricyclique et ingestion supposée > 5 x la dose unitaire

68. Intoxication Paracétamol et ingestion supposée > 10 gr ou Paracétamolémie toxique
(normogramme de Rumack Matthew)
69. Intoxication par hypoglycémiant et dose ingérée ou injectée supposée > 5 x la dose unitaire
70. Intoxication par Organophosphoré
71. Intoxication par Cyanure
72. Intoxication par Fluorure ou ingestion de caustique
73. Intoxication par Lithium et dose ingérée supposée > 5 x la dose unitaire
74. Intoxication et épisode convulsif

Systeme digestif

75. Hémorragie digestive haute ou basse et TA systolique < 100 mmHg ou FC > 140/min
76. Hémorragie digestive haute et vaisseau visible ou saignement actif à l'endoscopie
77. Hémorragie digestive haute sur varices oesophagiennes
78. Hémorragie digestive haute ou basse et délai avant réalisation de l'endoscopie > 4h
79. Insuffisance hépatique et hyperammoniémie avec GCS < ou = 10
80. Pancréatite aiguë et score de Ranson > 3
81. Perforation oesophagienne

Endocrinologie

82. Acidocétose diabétique (PH < 7.32)
83. Coma hyperosmolaire (glycémie > 800 mg/dl)
84. Crise thyrotoxique aiguë ou coma myxoedémateux avec instabilité hémodynamique

Troubles ioniques – fonction rénale

- 85. Hypercalcémie > 15 mg/dl
- 86. Hyponatrémie < 120 meq/litre
- 87. Hypernatrémie > 160 meq/litre
- 88. Hypo ou hypermagnésémie avec arythmie
- 89. Hypokaliémie < 3 meq/litre
- 90. Hyperkaliémie > 6 meq/litre
- 91. Hypophosphatémie et faiblesse musculaire clinique
- 92. Insuffisance rénale aiguë et créatinine > ou = 2.5 mg/dl (non documentée au préalable)

Gynécologie – Obstétrique

- 93. Eclampsie ou prééclampsie
- 94. Hémorragie de la délivrance
- 95. HELPP syndrome

Divers

- 96. Noyade et infiltrat radiologique ou SpO₂ < 93%
- 97. Electrification avec trajet supposé intrathoracique ou intracrânien
- 98. Hypothermie < 32°C
- 99. Hyperthermie > 40.5°C
- 100. Postopératoire (demande par anesthésiste)

EP confirmé et risque de décès

• Score de gravité clinique d'Aujesky ou PESI

Pulmonary Embolism Severity Index

Facteur de risque de mortalité	Points
Age	+ 1 par année
Sexe masculin	+ 10
Comorbidités	
Cancer	+ 30
Insuffisance cardiaque	+ 10
Insuffisance respiratoire chronique	+ 10
Données de l'examen clinique	
FC > 110/mn	+ 20
PAS < 100 mmHg	+ 30
FR > 30/mn	+ 20
Température < 36°C	+ 20
Désorientation, Obnubilation ou Coma	+ 60
SaO ₂ < 90% avec ou sans O ₂	+ 20

Gravité	Score
Classe I	< 65
Classe II	66 - 85
Classe III	86 - 105
Classe IV	106 - 125
Classe V	> 125

Mortalité à J30	Classe
1	I
3,1	II
10,4	III
24,4	IV
	V

Aujesky, Am J Respir Crit Care Med 2005 ; 172:1041-6

PNEUMONIA SEVERITY INDEX FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Risk factor	Points
Demographics	
Men	Age (years) ____
Women	Age (years) - 10: ____
Nursing home resident	+10
Comorbidities	
Neoplasm	+30
Liver disease	+20
Heart failure	+10
Stroke	+10
Renal failure	+10
Physical examination findings	
Altered mental status	+20
Respiratory rate \geq 30 breaths per minute	+20
Systolic blood pressure < 90 mm Hg	+20
Temperature < 95 F (35 C) or \geq 104 F (40 C)	+15
Pulse rate \geq 125 beats per minute	+10
Laboratory and radiographic findings	
Arterial pH < 7.35	+30
Blood urea nitrogen > 30 mg per dL	+20
Sodium < 130 mmol per L	+20
Glucose \geq 250 mg per dL	+10
Hematocrit < 30 percent	+10
Partial pressure of arterial oxygen < 60 mm Hg	+10
Pleural effusion	+10
Total points:	

Point total	Risk class	Deaths/total (%)		Recommendation†
		Adults with CAP*	Nursing home patients with CAP‡	
< 51	I	3/1,472 (0.2)	None	Outpatient therapy should be considered, especially for patients in classes I and II
51 to 70	II	7/1,374 (0.5)	None	
71 to 90	III	41/1,603 (2.6)	1/21 (4.8)	Patient should be hospitalized
91 to 130	IV	149/1,605 (9.3)	6/50 (12.0)	
> 130	V	109/438 (24.9)	28/85 (32.9)	

*—Data for community-acquired pneumonia (CAP) are weighted averages from validation studies.^{1,2}

†—Recommendations are consistent with clinical guidelines.^{5,6} Clinical judgment may overrule the guideline recommendation.

1. Mylotte JM, Naughton B, Saludades C, Maszarovics Z. Validation and application of the pneumonia prognosis index to nursing home residents with pneumonia. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:1538-1544.

2. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 1997;336:243-250.

3. Aujesky D, Auble TE, Yealy DM, Stone RA, Obrosky DS, Meehan TP, et al. Prospective comparison of three validated prediction rules for prognosis in community-acquired pneumonia. *Am J Med.* 2005;118:324-392.

4. Flanders WD, Tucker G, Krishnadason A, Martin D, Hong E, McClellan

WM. Validation of the pneumonia severity index. Importance of study-specific recalibration. *J Gen Intern Med.* 1999;14:333-340.

5. Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, Bass JB, Broughton WA, Campbell GD, et al. American Thoracic Society. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:1730-1754.

6. Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr, Musher DM, Whitney C. Infectious Diseases Society of America. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis.* 2003;37:1405-1433.

Family Practice Management

Developed by Michael J. Fine, MD, Thomas E. Auble, PhD, Donald M. Yealy, MD, Barbara H. Hanusa PhD, Lisa A. Weissfeld, PhD, Daniel E. Singer, MD, et al. Copyright © 1997 Massachusetts Medical Society. Adapted with permission, 2005. Physicians may photocopy for use in their own practices; all other rights reserved. "Outpatient vs Inpatient Treatment of Community-Acquired Pneumonia." Ebell MH. *Family Practice Management.* April 2006;41-44. <http://www.aafp.org/fpm/20060400/41outp.html>

Score TIMI

(Stratification du risque de l'angor)

Age > 65 ans

> 3 FdR Coronariens

Coronaropathie connue (>50%)

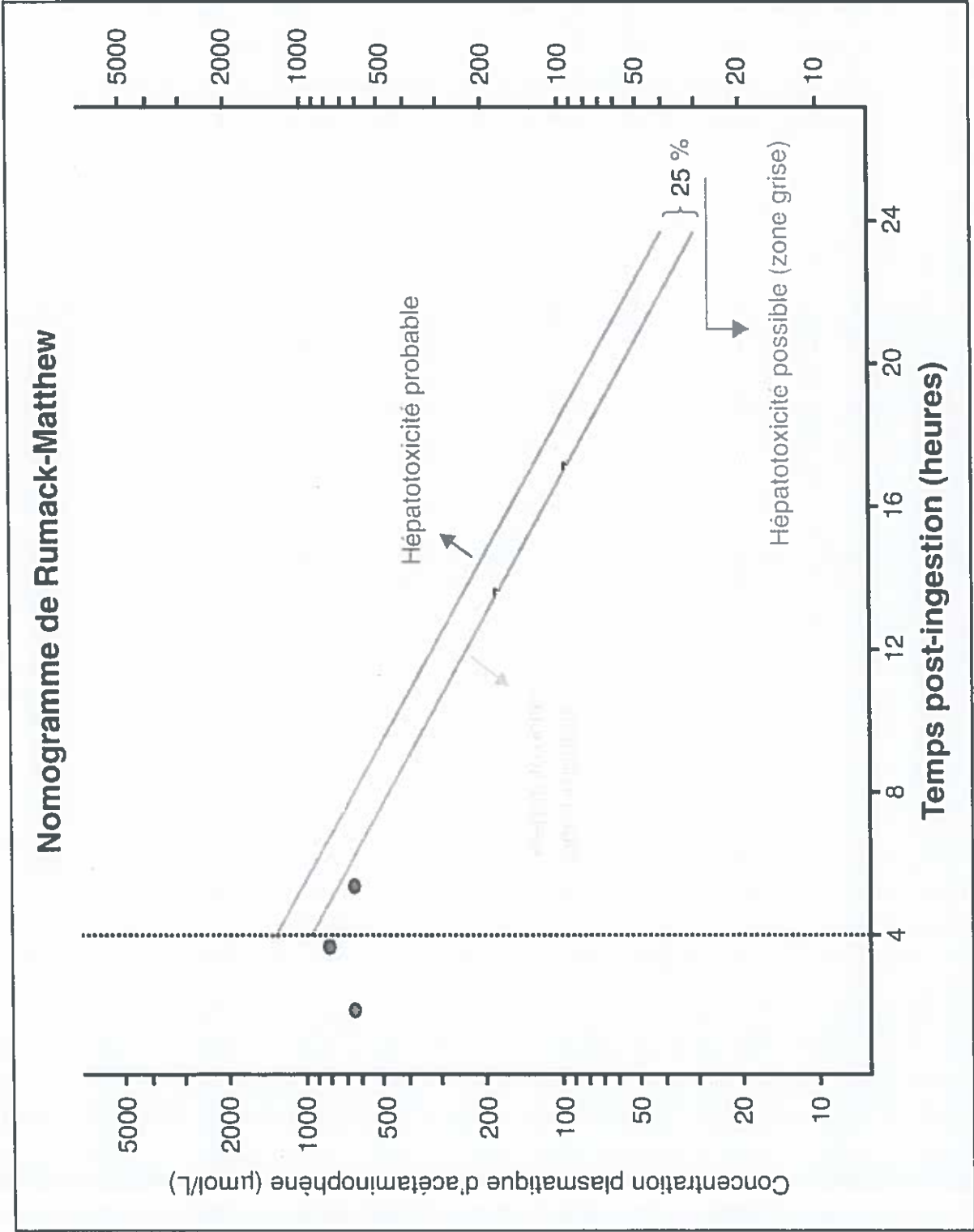
Utilisation d'aspirine dans les 7 jours

Angor sévère depuis 24 h

Sous Dec ST > 0.5 mm

Elévation de la Troponine

Antman EM et al JAMA 2000;284: 835-42.



Ranson Score

predicting the severity of acute pancreatitis

At admission

- age in years > 55 years
- white blood cell count > 16000 cells/mm³
- blood glucose > 11 mmol/L (> 200 mg/dL)
- serum AST > 250 IU/L
- serum LDH > 350 IU/L

At 48 hours

- Calcium (serum calcium < 2.0 mmol/L (< 8.0 mg/dL))
- Hematocrit fall > 10%
- Oxygen (hypoxemia PO₂ < 60 mmHg)
- BUN increased by 1.8 or more mmol/L (5 or more mg/dL) after IV fluid hydration
- Base deficit (negative base excess) > 4 mEq/L
- Sequestration of fluids > 6 L

FICHE AD1 DETECTION DES URGENCES ADULTES U1**I. LE PATIENT PEUT MARCHER ET PARLER**

↓
NON
↓

→ OUI

→ FICHE AD2

II. ALTERATION DE LA CONSCIENCE ?

Le patient n'a aucune réponse verbale compréhensible

→ DECHOC U1

Le patient ne réagit jamais à la douleur

↓
NON
↓

→ DECHOC U1

III. PRISE DES PARAMETRES VITAUX : POULS, PA, FC, FR, SAT, T°**1. POULS :**

Disparition du pouls radial

→ DECHOC U1

2. PAS :

PAS < 90mmHg prise au pouls et au tensiomètre manuel

→ DECHOC U1

3. FC :

FC > 140/min

→ DECHOC U1

FC < 40/min

→ DECHOC U1

4. FR :

FR > 30/min

→ DECHOC U1

FR < 8/min

→ DECHOC U1

5. SpO2 :

SpO2 < 90% à l'air

→ DECHOC U1

SpO2 > 95% sous oxygène

→ DECHOC U1

6. T° :

T° auriculaire > 40°C

→ DECHOC U1

T° auriculaire < 34°C

→ DECHOC U1

↓
NON
↓

IV. PEAU :

Cyanosée

→ DECHOC U1

Marbrée

→ DECHOC U1

Moite

→ DECHOC U1

Purpurique avec T° > 38.5°C

→ DECHOC U1

↓
NON
↓

→ FICHE AD2

**FICHE AD2 CHOIX DES FICHES ADULTES
DETECTION DES URGENCES ADULTES U2**

I. TRAUMATOLOGIE

↓
NON

→ OUI → TRAUMA

→ FICHE AD5

**II. OPHTALMO ? DERMATO ? ORL ? MAXILLO ?
STOMATO ? PLASTIQUE ?**

↓
NON

→ OUI → SPECIALITES

→ FICHE AD6

III. VALEURS DES PARAMETRES VITAUX :

- PAS > 200mmHg

→ URGB U2

- FC > 120/min

→ URGB U2

- FC de 40 à 50/min

→ URGB U2

- SpO2 à l'air de 90 à 95%

→ URGB U2

- T° de 39 à 40°C

→ URGB U2

↓
NON

Il suffit que la réponse à une seule des questions ci-dessous soit

→ OUI → URGB U2

DOULEUR ? : n'importe quelle douleur

. LA DOULEUR EST INSUPPORTABLE

→ URGB U2

. LA DOULEUR EST APPARUE RECEMENT

→ URGB U2

. LA DOULEUR S'EST AGGRAVEE RECEMENT

→ URGB U2

. LA DOULEUR EST THORACIQUE (Mal à la poitrine)

→ URGB U2

DYSPNEE ? : Le patient présente des difficultés respiratoires

. LE PATIENT EST COURT D'HALEINE (Même à l'effort)

→ URGB U2

HEMORRAGIE ? : Perte de sang par un orifice du corps

. QUANTITE ? SI VOLUME EQUIVALENT A CELUI D'UNE TASSE

→ URGB U2

. FREQUENCE ? SI PLUS DE DEUX FOIS EN 24 HEURES

→ URGB U2

. LA PERTE DE SANG EST CONTINUE

→ URGB U2

PERTE DE CONNAISSANCE ?

. TOUTE PERTE DE CONNAISSANCE

→ URGB U2

↓
NON

→ FICHE AD3

FICHE AD3 DETECTION DES URGENCES ADULTES U3
--

Il suffit que la réponse à une seule des questions ci-dessous soit

OUI → URGB U3

I. CEPHALEES (MAUX DE TETE) ?

→ URGB U3

DOULEUR ABDOMINO-PELVIENNE ?

MAL AU VENTRE Y COMPRIS LE BAS VENTRE

→ URGB U3

↓
NON

II. SIGNES :

. NAUSEES ET VOMISSEMENTS

→ URGB U3

. AEG *COUCHEE* (Patient ne peut rester assis)

→ URGB U3

. AGITATION – ANGOISSE

→ URGB U3

↓
NON

III. MALAISE

Y compris les lipothymies et les sensations vertigineuses ?

LE PATIENT SE SENT MAL

→ URGB U3

↓
NON

IV. NOTION D'INTOXICATION ?

PRISE VOLONTAIRE, INVOLONTAIRE OU ACCIDENTELLE
D'UN MEDICAMENT, D'UNE SUBSTANCE, D'UN PRODUIT, ...

→ URGB U3

↓
NON

V. PERTE SANGUINE MODEREE ?

PERTE MODEREE DE SANG PAR UN ORIFICE DU CORPS

→ URGB U3

↓
NON

VI. MEMBRE FROID OU PALE OU CYANOSE ?

→ URGB U3

MEMBRE ENDORMI ET/OU INSENSIBLE ?

→ URGB U3

PERTE DE FORCE DE UN OU PLUSIEURS MEMBRES ?

→ URGB U3

↓
NON

→ FICHE AD4

FICHE AD4 DETECTION DES URGENCES ADULTES U4 ET U5
--

.TOUTE ALTERATION DE L'ETAT GENERALChez un patient qui peut se tenir ASSISEt qui est apparue il y a moins de 48 heures

→ URGB U4

↓
NON
↓

URGENCES U5

. ALTERATION DE L'ETAT GENERAL SIMPLE

Altération de l'état général chez un patient

Qui peut rester assis

Et qui date de plus de deux jours

→ URGB U5

. ATTEINTES PERIPHERIQUES ?

MAL AU DOS, A LA NUQUE, AU COU, AUX MEMBRES,

DOULEURS DANS LA REGION DE L'OMOPLATE

ENTRE LES OMOPLATES

→ URGA U5

. TROUBLES DU COMPORTEMENT A L'AVANT-PLAN ?

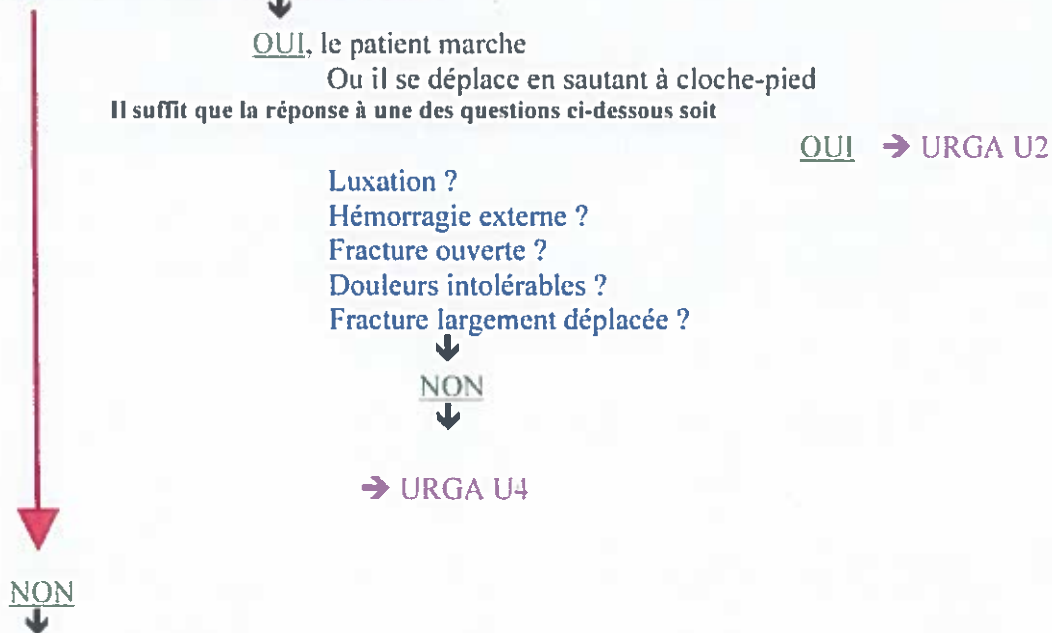
→ URGB U5

. CAS SOCIAUX ?

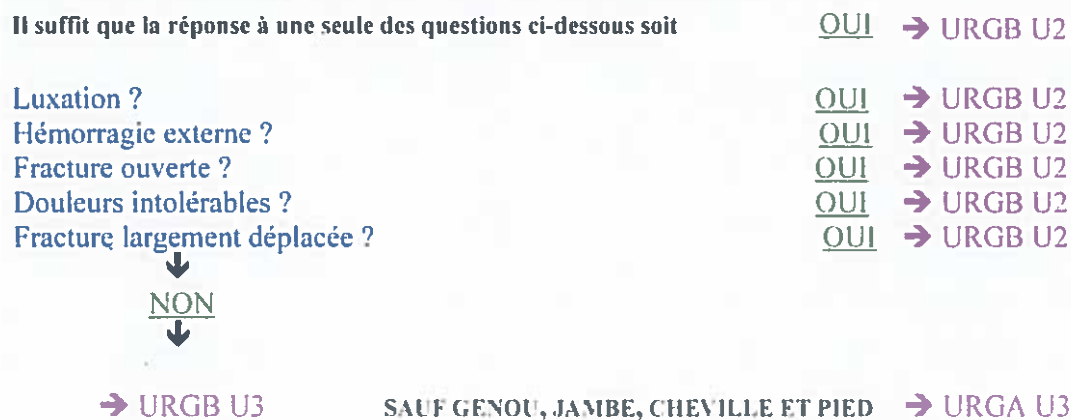
→ URGB U5

FICHE AD5 TRIAGE DES URGENCES TRAUMATIQUES ADULTES

I. LE PATIENT MARCHE-T-IL ?



II. LE BLESSE EST COUCHE SUR UN BRANCARD LE BLESSE EST ASSIS DANS UNE CHAISE ROULANTE



FICHE AD6 SPECIALITES ADULTES

I. QUE SE PASSE-T-IL EXACTEMENT ?

1. PROBLEME OPHTALMOLOGIQUE ?
2. PROBLEME ORL ?
3. PROBLEME DERMATOLOGIQUE ?
4. PROBLEME MAXILLO-FACIAL / STOMATO / DE CHIR. PLASTIQUE

II. DOULEUR INSUPPORTABLE

→ OUI → URGA U2

DOULEUR APPARUE RECEMMENT

→ OUI → URGA U2

DOULEUR EN AGGRAVATION RECENTE

→ OUI → URGA U2

↓
NON
↓

III. VALEURS DES PARAMETRES VITAUX :

- PAS > 200mmHg
- FC > 120/min
- FC de 40 à 50/min
- SpO₂ à l'air de 90 à 95%
- T° de 39 à 40°C

→ URGA U2
→ URGA U2
→ URGA U2
→ URGA U2
→ URGA U2

↓
NON
↓

IV. VERIFIER L'ABSENCE DE SIGNE D'ACCOMPAGNEMENT

SI SIGNE D'ACCOMPAGNEMENT +, ALLER A LA FICHE DE TRIAGE AD3

V. PRECISER EN QUELQUES MOTS LE PROBLEME DU PATIENT ET SIGNALER SI LE PATIENT EST SOUS Sintrom® ?

VI. CONTACTER LE MEDECIN DE LA SPECIALITE CONCERNEE

PRISE EN CHARGE EFFECTIVE DU PATIENT PAR CE SPECIALISTE

→ Cabinet de consultation
Ou Urgences A U5

ARRETE ROYAL DU 16 FEVRIER 2006 RELATIF AUX PLANS D'URGENCE ET D'INTERVENTION. (M.B. 15.03.2006)

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu les articles 37 et 108 de la Constitution ;
Vu la loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile, notamment l'article 2 et l'article 2ter, inséré par la loi du 28 mars 2003 ;
Vu la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, notamment l'article 1 ;
Vu la loi du 5 août 1992 sur la fonction de police, notamment l'article 17 ;
Vu la loi du 7 décembre 1998 portant organisation d'un service de police intégré, structuré à deux niveaux ;
Vu l'arrêté royal du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national ;
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 juin 2005 ;
Vu l'avis n° 39042/2 du Conseil d'État, donné le 26 septembre 2005 ;
Sur la proposition de Notre Ministre de l'Intérieur, de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Première partie
DISPOSITIONS RELATIVES A LA PLANIFICATION D'URGENCE**

CHAPITRE I. - DÉFINITIONS

Article 1. Au sens du présent arrêté, on entend par :

1. Autorité compétente :

- a. Au niveau communal : le bourgmestre ;
- b. Au niveau provincial, y compris l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale : le gouverneur ;
- c. Au niveau fédéral : le Ministre qui a l'Intérieur dans ses attributions et, en ce qui concerne les secours médicaux, sanitaires et psychosociaux, le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dénommé ci-après le Ministre.

2. Comité de coordination (CC)

La cellule multidisciplinaire chargée d'assister l'autorité compétente lors de la coordination stratégique.

3. Poste de commandement opérationnel (PC-Ops)

Le commandement comprenant les responsables opérationnels des disciplines qui assistent le directeur des opérations lors de la coordination opérationnelle.

4. Discipline

Un ensemble fonctionnel de missions effectuées par divers services intervenants.

5. Planification d'urgence

Les plans d'urgence et d'intervention, visés à l'article 2ter de la loi du 31 décembre 1963, et tous les autres plans établis à la demande des autorités pour maîtriser une situation d'urgence.

CHAPITRE II. - STRUCTURE ET CHAMP D'APPLICATION DE LA PLANIFICATION D'URGENCE

Art. 2. La planification d'urgence est constituée des plans suivants :

- le plan multidisciplinaire d'urgence et d'intervention ;

- le plan monodisciplinaire d'intervention ;
- le plan interne d'urgence.

Art. 3. Le plan d'urgence et d'intervention, dénommé ci-après le PUI, qui règle l'intervention multidisciplinaire, est établi au niveau fédéral, provincial et communal.

Le PUI comprend :

- le plan général d'urgence et d'intervention, dénommé ci-après le PGUI, qui contient les directives générales et les informations nécessaires pour assurer la gestion de la situation d'urgence ;
- le plan particulier d'urgence et d'intervention, dénommé ci-après le PPIU, qui complète le PGUI par des directives spécifiques supplémentaires concernant un risque particulier.

Art. 4. Le plan monodisciplinaire d'intervention règle les modalités d'intervention d'une discipline, conformément au PUI existant.

Art. 5. Le plan interne d'urgence est un document au niveau de l'entreprise et/ou de l'institution, visant à limiter les conséquences néfastes d'une situation d'urgence par la mise au point de mesures matérielles et organisationnelles d'urgence adaptées, rédigé par l'entreprise et/ou l'institution concernée.

Art. 6. § 1. Les plans d'urgence et d'intervention précités s'appliquent en cas de situation d'urgence ou de menace d'une telle situation.

§ 2. Par situation d'urgence, on entend :

- tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner des conséquences dommageables pour la vie sociale, comme un trouble grave de la sécurité publique, une menace grave contre la vie ou la santé de personnes et/ou contre des intérêts matériels importants, et qui nécessite la coordination des disciplines afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes ;

CHAPITRE III. - NIVEAUX ET PHASES

Art. 7. La coordination stratégique et la coordination opérationnelle des interventions s'effectuent à trois niveaux, appelés phases.

- 1° La phase communale, qui concerne l'intervention des services de secours lorsque l'ampleur de la situation d'urgence nécessite une gestion de celle-ci par le bourgmestre ;
- 2° La phase provinciale, qui concerne l'intervention de différents services de secours
 - a) soit lorsque l'ampleur de la situation d'urgence nécessite une gestion de celle-ci par le gouverneur ;
 - b) soit lorsque les conséquences directes de la situation d'urgence dépassent le territoire de la commune ;
- 3° La phase fédérale, qui concerne la prise en charge de la gestion d'une situation d'urgence lorsque celle-ci répond à un des critères visés à l'article 4.1 de l'arrêté royal du 31 janvier 2003 portant fixation du plan d'urgence pour les événements et situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national.

Art. 8. § 1. La décision de déclencher la phase communale appartient au bourgmestre territorialement compétent.

La décision de déclencher la phase provinciale appartient au gouverneur territorialement compétent.

La décision de déclencher la phase fédérale appartient au Ministre.

§ 2. Lorsqu'une phase communale est déclenchée, le bourgmestre en informe le gouverneur. Lorsqu'une phase provinciale est déclenchée, le gouverneur en informe le Ministre.

CHAPITRE IV. - LES DISCIPLINES

Art. 9. Chaque discipline établit un plan monodisciplinaire.



Art. 10. § 1. La discipline 1 concerne les opérations de secours.

§ 2. Les missions relatives aux opérations de secours comprennent notamment les tâches suivantes :

- 1° maîtriser la situation d'urgence et éliminer les risques liés à celle-ci ;
- 2° rechercher, libérer, secourir, sauver et mettre en sécurité les personnes et protéger leurs biens ;
- 3° réquisitionner les personnes et les biens ;

§ 3. Les tâches de la discipline 1 sont exercées par les services publics d'incendie et les unités opérationnelles de la protection civile, conformément à l'arrêté royal du 7 avril 2003 répartissant les missions en matière de protection civile entre les services publics d'incendie et les services de la protection civile.

§ 4. La direction des opérations de secours incombe au directeur des services d'incendie, dénommé ci-après Dir-Si.

Le Dir-Si est l'officier des services d'incendie présent sur les lieux de l'intervention, ayant le grade le plus élevé. En cas d'égalité de grade, le plus ancien en grade a priorité.

Les fonctions de Dir-Si, de responsable de la discipline 1 au sein du comité de coordination et de directeur du PC-Ops ne sont pas cumulables.

Art. 11. § 1. La discipline 2 concerne les secours médicaux, sanitaires et psychosociaux et comprend notamment les tâches suivantes :

- 1° créer la chaîne médicale ;
- 2° apporter les soins médicaux et psychosociaux aux victimes et aux personnes concernées par la situation d'urgence ;
- 3° transporter les victimes ;
- 4° prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de la population.

§ 2. Les tâches de la discipline 2 sont exercées par les services qui participent à l'exécution de l'aide médicale urgente ainsi que par les services repris dans le plan monodisciplinaire d'intervention.

§ 3. Dans une situation d'urgence, les moyens médicaux sont placés sous l'autorité administrative de l'inspecteur fédéral d'hygiène, et la direction opérationnelle incombe au directeur de l'aide médicale, dénommé ci-après Dir-Med.

Le Dir-Med est désigné conformément aux dispositions du plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2.

Art. 12. § 1. La discipline 3 concerne la police du lieu de la situation d'urgence.

§ 2. Les missions relatives à la police du lieu de la situation d'urgence comprennent notamment les tâches suivantes :

- 1° maintenir et rétablir l'ordre public ;
- 2° dégager les voies d'accès et d'évacuation et, le cas échéant, escorter les services de secours et les moyens, jusqu'au lieu de l'événement ;
- 3° installer, délimiter physiquement, signaler et surveiller les périmètres ainsi que contrôler l'accès aux zones visées à l'article 25 du présent arrêté ;
- 4° exécuter l'évacuation de la population et veiller au confinement ;
- 5° identifier les corps ;
- 6° prêter assistance à l'enquête judiciaire.

§ 3. Ces tâches sont exercées par les membres de la police fédérale et/ou locale, conformément à la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux.

§ 4. La direction opérationnelle des missions de police administrative incombe au directeur de la Police, dénommé ci-après Dir-Pol. Le Dir-Pol est le représentant du niveau policier désigné en application des articles 7/1 à 7/3 de la loi du 5 août 1992 sur la fonction de police.



Art. 13. § 1. La discipline 4 concerne l'appui logistique.

§ 2. Les missions relatives à l'appui logistique comprennent notamment les tâches suivantes :

- 1° assurer un renfort en personnel et en matériel et fournir du matériel spécifique de sauvetage et de secours ;
- 2° organiser les moyens techniques pour la communication entre les disciplines, le poste de commandement des opérations et le(s) comité(s) de coordination ;
- 3° organiser le ravitaillement en vivres et en eau potable pour les services de secours et les personnes sinistrées ;
- 4° effectuer divers travaux ;

§ 3. Les tâches de la discipline 4 sont exercées par les unités opérationnelles de la protection civile, les services publics d'incendie et les services publics et privés spécialisés.

§ 4. Les services de la protection civile interviennent d'office en cas de situations d'urgence pour lesquelles la phase provinciale ou fédérale est déclenchée.

§ 5. La direction de la discipline 4 incombe au directeur de la logistique, dénommé ci-après Dir-Log.

Le Dir-Log est le membre des unités opérationnelles de la protection civile ayant le grade le plus élevé, sauf si le PC-Ops en décide autrement en fonction de l'intervention opérationnelle.

Art. 14. § 1. La discipline 5 concerne l'information.

§ 2. Les missions relatives à l'information comprennent notamment les tâches suivantes :

- 1° pendant la situation d'urgence :
 - donner des informations et des directives à la population ;
 - donner des informations aux médias ;
- 2° après la levée de la situation d'urgence :
 - donner des informations sur les mesures à prendre en vue de revenir à la situation normale.

§ 3. L'organisation de l'information incombe au directeur de l'information, dénommé ci-après Dir-Info.

Le Dir-Info est désigné par l'autorité compétente.

§ 4. Les missions de la discipline 5 sont exercées par l'autorité compétente ou son représentant.

§ 5. En cas de phase fédérale :

- le Ministre compétent est chargé de la coordination de l'information générale de la population. Il est assisté dans cette tâche par les gouverneurs et les bourgmestres concernés ;
- les bourgmestres et les gouverneurs concernés sont chargés de la transmission d'information concernant les mesures de protection à prendre par les personnes impliquées.

CHAPITRE V. – COORDINATION

Section 1^{re}. - La coordination opérationnelle

Art. 15. § 1. La coordination opérationnelle sur les lieux de la situation d'urgence incombe au directeur du PC-Ops, dénommé ci-après Dir-PC-Ops.

§ 2. [A.R. du 10 juin 2014, art. 10 (vig. 1^{er} janvier 2015) (M.B. 17.07.2014) - La fonction de Dir-PC-Ops est exercée par l'officier le plus haut gradé de la zone de secours sur le territoire de laquelle a lieu l'intervention présent sur les lieux de l'intervention détenteur du brevet d'OFF 3 déterminé par Nous et qui dispose du certificat d'aptitude Dir-PC-Ops délivré dans les conditions et selon les modalités fixées par le Ministre de l'Intérieur, quel que soit le grade du personnel présent des autres zones de secours et des unités opérationnelles de la protection civile.



L'autorité compétente peut désigner un autre officier de la zone de secours ou un officier d'une autre zone de secours ou d'une unité opérationnelle de la Protection civile plus expérimenté dans la gestion du type d'incident et qui dispose du certificat d'aptitude Dir-PC-Ops, ou le dirigeant d'une autre discipline, davantage concernée par la situation d'urgence pour remplir la fonction de Dir-PC-Ops.]

§ 3. Les principales missions du Dir-PC-Ops sont les suivantes :

- mettre en place et diriger le poste de commandement opérationnel (PC-Ops) ;
- coordonner les secours multidisciplinaires.

§ 4. Le Dir-PC-Ops assume l'entière responsabilité de la coordination stratégique en attendant l'installation d'un comité de coordination.

Art. 16. § 1. Le Dir-PC-Ops est assisté par un poste de commandement opérationnel (PC-Ops) qui est composé au moins des directeurs de chaque discipline concernée.

§ 2. Les missions du PC-Ops sont notamment les suivantes :

- 1° rédiger un premier rapport opérationnel de la situation ;
- 2° veiller à fournir régulièrement des informations sur l'évolution de l'événement aux autorités concernées et au centre du système d'appel unifié compétent ;
- 3° conseiller les autorités compétentes et exécuter ou faire exécuter leurs décisions ;
- 4° organiser les lieux de l'intervention et, si nécessaire, mettre en place et lever le dispositif de zonage, conformément au chapitre VII du présent arrêté ;

Art. 17. Le Dir-PC-Ops désigne un conseiller chargé d'évaluer les risques liés à l'engagement du personnel dans les opérations de secours et de proposer les mesures appropriées.

Section II. - La coordination stratégique

Art. 18. Le bourgmestre assure la coordination stratégique lorsque la phase communale est déclenchée.

Art. 19. Le gouverneur assure la coordination stratégique lorsque la phase provinciale est déclenchée. Les bourgmestres assurent la coordination stratégique dans leur commune, conformément aux instructions qui leur sont données par le gouverneur.

Art. 20. Le Ministre assure la coordination stratégique lorsque la phase fédérale est déclenchée. Les gouverneurs assurent la coordination stratégique dans leur province, conformément aux instructions qui leur sont données par le Ministre.

Art. 21. § 1. Le bourgmestre, respectivement le gouverneur, est assisté par un comité de coordination qu'il préside.

§ 2. Le comité communal de coordination comprend au moins :

- le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence ;
- le responsable de chaque discipline, désigné par chacune d'entre elles.

§ 3. Le comité provincial de coordination comprend au moins :

- le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence ;
- le responsable de chaque discipline, désigné par chacune d'entre elles ;
- le(s) bourgmestre(s) des commune(s) concernée(s).

Art. 22. Le président peut convoquer aux réunions du comité de coordination les représentants de tous les services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence.

CHAPITRE VI. - LE CENTRE DU SYSTÈME D'APPEL UNIFIÉ



Art. 23. § 1. Outre les missions qui relèvent de l'aide médicale urgente, les centres du système d'appel unifié sont chargés des missions suivantes :

- 1° l'alerte et l'appel en intervention des services de secours ainsi que de tous les services, moyens et personnes nécessaires ;
- 2° l'alerte et l'appel des autorités compétentes ;
- 3° l'alerte des services hospitaliers concernés ;

§ 2. Ils exercent ces missions conformément aux plans d'urgence et d'intervention qui leur ont été communiqués.

CHAPITRE VII. - ORGANISATION DES LIEUX D'INTERVENTION

Art. 24. § 1. Des zones sont aménagées pour l'organisation de la zone sinistrée et de ses alentours.

§ 2. La zone de planification d'urgence est une zone pour laquelle, en fonction d'un risque particulier, les mesures nécessaires sont fixées à l'avance dans le PPUI.

§ 3. La zone d'intervention est une zone qui est délimitée en fonction d'une situation concrète d'urgence et dans laquelle les mesures nécessaires sont prises pour gérer la situation d'urgence

Art. 25. § 1. La zone d'intervention est subdivisée comme suit, conformément aux instructions du Dir-PC-Ops :

- 1° La zone rouge, délimitée par le périmètre d'exclusion, dans laquelle l'intervention a lieu, est accessible moyennant l'accord du Dir-PC-Ops et conformément aux instructions données par celui-ci :
 - aux services de secours intervenants ;
 - aux experts et techniciens.
- 2° La zone orange, délimitée par le périmètre d'isolation, dans laquelle l'appui logistique des services de secours est organisé, est également accessible aux personnes qui y résident ou y travaillent, moyennant l'accord du Dir-PC-Ops et le respect des instructions données par celui-ci.
- 3° La zone jaune, délimitée par le périmètre de dissuasion, est une zone dont l'accès est déconseillé aux personnes qui n'y résident ou n'y travaillent pas et dans laquelle les mesures nécessaires sont prises pour garantir l'accès des services de secours et le bon déroulement des actions de secours.

Deuxième partie LES PLANS D'URGENCE ET D'INTERVENTION

CHAPITRE I^{er}. - L'ÉTABLISSEMENT DES PLANS D'URGENCE ET D'INTERVENTION

Section I^{re}. - Contenu minimal

Art. 26. Les PUI comprennent au moins :

- 1° les informations générales relatives à la province ou à la commune concernée comme :
 - a) l'annuaire des fonctions concernées ;
 - b) l'inventaire des risques ;
 - c) la liste des services fédéraux, provinciaux et communaux et des moyens qu'ils peuvent engager ;
 - d) la liste des centres d'information, des services spécialisés et de leurs moyens ;
- 2° Les procédures d'alerte de l'autorité compétente, des responsables des différentes disciplines ainsi que des autorités et services potentiellement concernés ;
- 3° les moyens de communication et le schéma de communication à mettre en œuvre ;
- 4° les modalités de déclenchement, de subdivision et de renforcement des phases ;
- 5° l'organisation de la coordination opérationnelle et stratégique ;
- 6° l'organisation de la fourniture d'informations à la population et aux personnes sinistrées ;
- 7° les modalités d'organisation des exercices ainsi que leur fréquence ;



- 8° la méthodologie de la mise à jour des PUI ;
- 9° les modalités et moyens de transport, d'accueil et d'hébergement des personnes sinistrées en cas d'évacuation ;
- 10° les rapports et formulaires types qui donnent des informations sur une situation d'urgence, la confirment et en annoncent la fin ainsi que le formulaire type pour le livre de bord.

Art. 27. § 1. Les PPUI comprennent au minimum :

- 1° une description du risque en cause et la fixation de la zone de planification d'urgence ;
- 2° les moyens particuliers d'intervention ;
- 3° les coordonnées des personnes spécifiquement concernées par le risque ;
- 4° les scénarios d'accidents et les procédures d'intervention pour chaque scénario ;
- 5° l'organisation de la coordination des opérations ;
- 6° les mesures de protection des personnes et des biens ;
- 7° les localisations éventuelles du PC-Ops ;
- 8° le mode et les procédures d'information des services de secours et de la population ;
- 9° désignation de la discipline qui exerce la fonction de Dir-PC-Ops.

§ 2. Les PPUI relatifs à un risque localisé comprennent en outre :

- 1° la situation géographique de l'établissement ou du site ;
- 2° les données générales relatives à l'établissement ou au risque concerné :
 - a) les informations générales sur les activités de l'établissement et notamment sur les risques liés à son activité ainsi que l'inventaire des produits dangereux ou des activités dangereuses ;
 - b) la liste des personnes responsables et leurs coordonnées ;
 - c) les moyens de secours propres à l'établissement ;
- 3° la zone de planification d'urgence, y compris :
 - a) l'aménagement de périmètres ;
 - b) les facteurs géographiques, démographiques et économiques pertinents ;
 - c) les autres établissements et activités à risque.

Art. 28. § 1. Les PPUI relatifs aux risques visés par l'Accord de coopération du 21 juin 1999 entre l'État fédéral, la Région wallonne, la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses, sont régis par le présent arrêté, sous réserve des dispositions particulières de l'Accord de coopération précité.

§ 2. Les PPUI relatifs aux risques visés par l'arrêté royal du 17 octobre 2003 portant fixation du plan d'urgence nucléaire et radiologique pour le territoire belge, sont régis par le présent arrêté, sous réserve des dispositions particulières de l'arrêté royal précité.

§ 3. L'exploitant de l'établissement ou du site visé fournit toutes les informations nécessaires pour l'élaboration du PPUI.

Section II. - La cellule de sécurité

Art. 29. § 1. Il est créé une cellule de sécurité par commune et par province

§ 2. Ces cellules de sécurité sont chargées d'effectuer les tâches suivantes :

- 1° actualiser les plans d'urgence et d'intervention et en informer les destinataires ;
- 2° organiser des exercices ;
- 3° évaluer des situations d'urgence et des exercices ;
- 4° établir l'inventaire et l'analyse des risques ;
- 5° organiser l'information préalable sur la planification d'urgence.



Art. 30. § 1. La cellule communale de sécurité comprend au moins :

- le bourgmestre ;
- le représentant de chaque discipline ;
- le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence, qui assure également le secrétariat.

§ 2. La cellule provinciale de sécurité comprend au moins :

- le gouverneur ;
- le représentant de chaque discipline ;
- le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence, qui assure également le secrétariat.

Section III. - Les destinataires

Art. 31. § 1. Le bourgmestre et le gouverneur transmettent, chacun en ce qui le concerne, le PUI aux autorités et services qui y sont énumérés.

§ 2. Ces destinataires sont tenus de communiquer immédiatement au bourgmestre ou au gouverneur toute modification aux données qui les concernent.

Troisième partie DISPOSITIONS TRANSITOIRE ET FINALES

Art. 32. Les PUI, établis conformément aux dispositions du présent arrêté, sont approuvés, selon le cas, par le gouverneur ou le Ministre.

Dans l'attente de cette approbation, les plans d'urgence existants restent d'application.

[**Art. 32/1.** *A.R. du 10 juin 2014, art. 11.* (vig. 1^{er} janvier 2015) (M.B. 17.07.2014) - Les exigences d'être détenteur du brevet d'OFF 3 déterminé par Nous et de disposer d'un certificat d'aptitude Dir-PC-Ops prévues à l'article 15, §2, entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2017.]

Art. 33. Les dispositions suivantes sont abrogées :

- a) les articles 14, alinéa 3, et 15 de l'arrêté royal du 8 novembre 1967 portant, en temps de paix, organisation des services communaux et régionaux d'incendie et coordination des secours en cas d'incendie, modifié par l'arrêté royal du 2 octobre 1978 ;
- b) les articles 2, 3, 4 et 5 de l'arrêté royal du 23 juin 1971 organisant les missions de la protection civile et la coordination des opérations lors d'événements calamiteux, de catastrophes et de sinistres ;
- c) l'arrêté royal du 19 juin 1990 fixant le mode d'établissement de plans d'urgence et d'intervention.

Art. 34. Le Ministre fixe les modalités pratiques d'application des dispositions du présent arrêté.

Art. 35. Notre Ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.



SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE

[2017/203666]

Pouvoir judiciaire

Tribunal du travail d'Anvers arrondissement Limbourg

Par ordonnance du 27 juin 2017, Monsieur Joseph CLAES, juge social au titre de travailleur employé au Tribunal du travail d'Anvers arrondissement Limbourg, a été désigné par Madame le président de ce tribunal pour exercer, à partir du 27 juillet 2017, les fonctions de magistrat suppléant jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 70 ans, jusqu'à le 26 juillet 2020.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG

[2017/203666]

Rechterlijke Macht

Arbeidsrechtbank van Antwerpen arrondissement Limburg

Bij beschikking van 27 juni 2017 werd de heer Joseph CLAES, rechter in sociale zaken, als werknemer-bediende, bij de Arbeidsrechtbank van Antwerpen arrondissement Limburg, door Mevrouw de voorzitter van deze rechtbank aangewezen om, vanaf 27 juli 2017, het ambt van plaatsvervangend magistraat uit te oefenen tot hij de leeftijd van 70 jaar heeft bereikt, met name op 26 juli 2020.

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

[C - 2017/12875]

Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention psychosocial

L'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention stipule qu'un plan monodisciplinaire d'intervention doit régler les modalités d'intervention des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux.

Le plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2 est subdivisé en plusieurs parties, parmi lesquelles le plan d'intervention psychosocial.

Le plan d'intervention psychosocial ci-annexé reprend l'encadrement de base pour une mise en œuvre efficace de l'assistance psychosociale. En se basant sur la situation actuelle, incluant les besoins en soins des personnes sinistrées ainsi que les moyens disponibles du moment (personnel, matériel), il est possible d'y apporter certaines adaptations pragmatiques. Nous devons néanmoins insister sur la nécessité de rester le plus proche possible du contenu de l'annexe afin de garantir l'efficacité de l'assistance psychosociale dans la phase aiguë, car chaque secouriste en connaît le contenu et peut donc collaborer de manière optimale.

Raison d'être de la circulaire

- Diffuser le plan monodisciplinaire d'intervention, discipline 2.
- Attirer l'attention des acteurs de la discipline 2 sur la nécessité d'organiser des formations et des exercices de façon à permettre une application aisée du plan monodisciplinaire d'intervention sur le terrain et à garantir des assistances efficaces avec une répartition claire des rôles/tâches pour chaque secouriste.
- Encourager les centres provinciaux de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers à intégrer le contenu de cette circulaire dans leur programme de formation concernant les catastrophes.
- Établir le lien entre le plan d'intervention médical et le plan d'intervention psychosocial.

Actions à mener

Les responsables des services qui interviennent dans le cadre des secours de la discipline 2, sont responsables de la formation de ses collaborateurs en ce qui concerne cette circulaire.

- Les centres de formation provinciaux doivent intégrer le contenu de cette circulaire dans la formation de base et la formation permanente du secouriste-ambulancier.
- Les autres centres de formation ayant intégré les informations relatives au plan monodisciplinaire d'intervention dans leur(s) formation(s) doivent actualiser celle(s)-ci.

Entrée en vigueur

Le plan d'intervention psychosocial annexé à cette circulaire ministérielle remplace intégralement le plan d'intervention psychosocial figurant dans la circulaire ministérielle du 27 juin 2016.

Le plan d'intervention psychosocial annexé à la présente circulaire ministérielle entrera en vigueur dès le 1^{er} juillet 2017.

M. DE BLOCK,
Ministre de la Santé publique

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

[C - 2017/12875]

Omzendbrief DGH/2017/D2/psychosociaal interventieplan

Het koninklijk besluit van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen geeft aan dat er een monodisciplinair interventieplan moet zijn dat de interventiemodaliteiten regelt voor de medische, psychosociale en sanitaire hulpverlening.

Voor de discipline 2 wordt dit monodisciplinair interventieplan opgedeeld in verschillende delen, waarvan het psychosociaal interventieplan een deel is.

Het in bijlage opgenomen psychosociaal interventieplan is een document waarin het kader opgenomen is voor de uitwerking van een efficiënte psychosociale hulpverlening. Op basis van de actuele situatie, de zorgbehoeften van de getroffen en de op dat ogenblik voorhanden zijnde middelen (personeel, materiaal) kan men pragmatische aanpassingen doorvoeren. Toch moet er op gewezen worden dat een zo dicht mogelijk bij de inhoud van de bijlage blijven een garantie zal zijn tot een goede psychosociale hulpverlening in de acute fase, omdat elke hulpverlener de inhoud ervan kent en dus optimaal kan meewerken.

Doel van de omzendbrief

- Het verspreiden van het monodisciplinair interventieplan, discipline 2.
- De actoren uit discipline 2 wijzen op de noodzaak van opleiding en oefening zodat een vlotte toepassing van het monodisciplinair interventieplan op het terrein mogelijk is en garant kan staan voor een efficiënte en effectieve hulpverlening met een duidelijke rol-/taakverdeling voor elke hulpverlener.
- De provinciale centra voor opleiding en vervolmaking van de hulpverleners-ambulanciers aan te sporen de inhoud van deze omzendbrief te integreren in hun opleidingspakket rond rampenwerking.
- De link leggen tussen het medisch interventieplan en het psychosociaal interventieplan.

Uit te voeren acties

- De verantwoordelijke van de diensten betrokken als actor in de hulpverlening van de discipline 2, is verantwoordelijk voor het opleiden van zijn medewerkers met betrekking tot deze omzendbrief.
- De provinciale opleidingscentra dienen de inhoud van deze omzendbrief te integreren in de basisopleiding en de permanente vorming van de hulpverlener-ambulancier.
- Andere opleidingscentra die in hun opleiding(en) de informatie tot betrekking van het monodisciplinair interventieplan opgenomen hebben, dienen deze te actualiseren.

Inwerkingtreding

Het psychosociaal interventieplan, zoals opgenomen in de bijlage van deze ministeriële omzendbrief, vervangt integraal het psychosociaal interventieplan zoals opgenomen in de ministeriële omzendbrief van 27 juni 2016.

Het psychosociaal interventieplan, zoals opgenomen in de bijlage van deze ministeriële omzendbrief, is van toepassing vanaf 1 juli 2017.

M. DE BLOCK,
Minister van Volksgezondheid

Plan d'intervention psychosocial (PIPS)

CONTENU

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

Abréviations

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

Principes généraux

1 Préambule

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

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

Les modifications les plus importantes concernent :

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

2 Définition

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

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

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

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

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

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

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

3 Contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Plan d'intervention psychosocial – PIPS

1 Objectif

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

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

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

2 Missions dans la phase aiguë

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

2.1 Missions de l'AR du 16.02.2006 et NPU 1

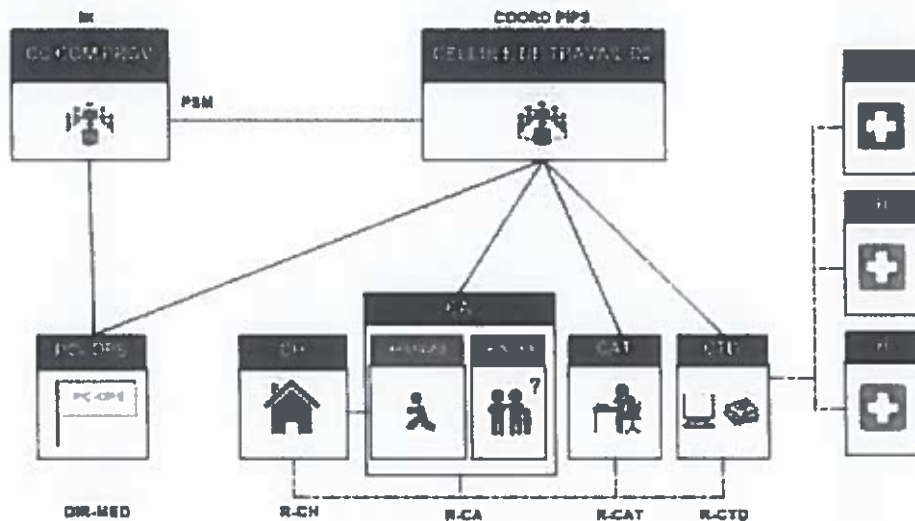
Selon la législation, les missions de base au cours de la phase aiguë d'une situation d'urgence sont les suivantes:

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

2.2 Schéma de déploiement en phase aiguë

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

Le schéma ci-dessous présente un déploiement PIPS complet.



2.3 Structures du PIPS

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

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

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

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

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

3 Coordination

3.1 Coordination stratégique

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

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

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

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

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

3.2 Coordination opérationnelle

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

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

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

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

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

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

4 Acteurs Psychosociaux

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

4.1 Acteurs locaux

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

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

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

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

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

Mise en place d'un réseau PIPS

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

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

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

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

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

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

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

Préparation locale

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

Celui-ci comprend:

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

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

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

Accords de coopération

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

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

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

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

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

4.2 Acteurs supra locaux

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

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

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

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

5 Fonctionnement et structure

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

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

5.1 Déclenchement du PIPS

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

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

Qui est habilité à déclencher le PIPS?

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

Les personnes suivantes sont habilitées à déclencher un PIPS :

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

Critères de déclenchement

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

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

Lorsque ces services sont suffisamment déployés pour organiser la prise en charge psychosociale lors d'une urgence collective, il ne faut pas nécessairement déclencher un PIPS (par exemple, le service d'assistance policière aux victimes qui prend normalement les victimes en charge après un incident⁶).

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

⁶ Loi du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 46. Circulaire GPI 58 concernant l'assistance policière aux victimes dans la police intégrée, structurée à deux niveaux

5.2 Définition de l'alerte

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

Préalerte

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

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

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

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

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

Alerte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Répartition des tâches

Démarrage

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

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

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

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

Prise en charge sur le terrain et transport

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

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

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

Ouverture d'un centre d'accueil

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

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

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

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

Montée en puissance

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

Il peut s'agir par exemple:

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

La montée en puissance intervient:

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

Acteurs supra locaux

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

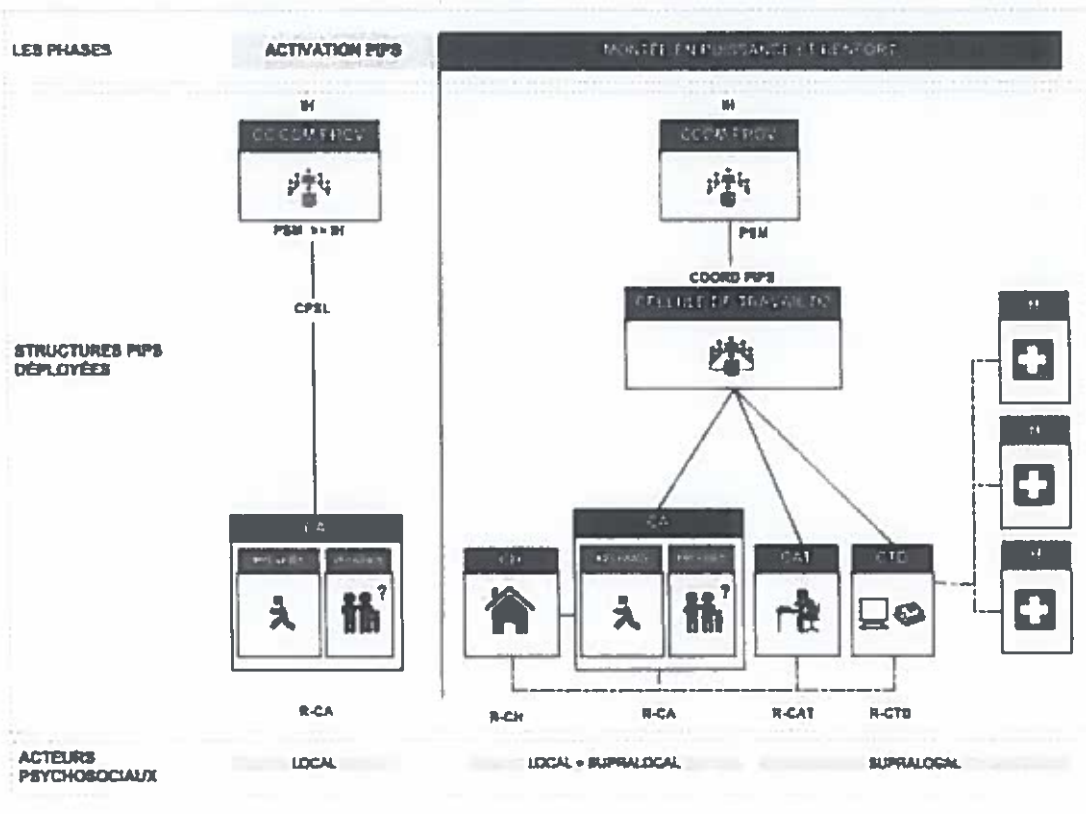
- une première prise en charge psychosociale plus poussée;
- un traitement complexe des données (relatives aux victimes) dans un CTD. Lorsque les personnes impliquées se trouvent sur plusieurs sites (centres d'accueil, plusieurs hôpitaux, ...), il faut impérativement disposer d'une expertise supplémentaire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

Acteurs locaux

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

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

5.4 Schéma récapitulatif



6 MAXI PIPS

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

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

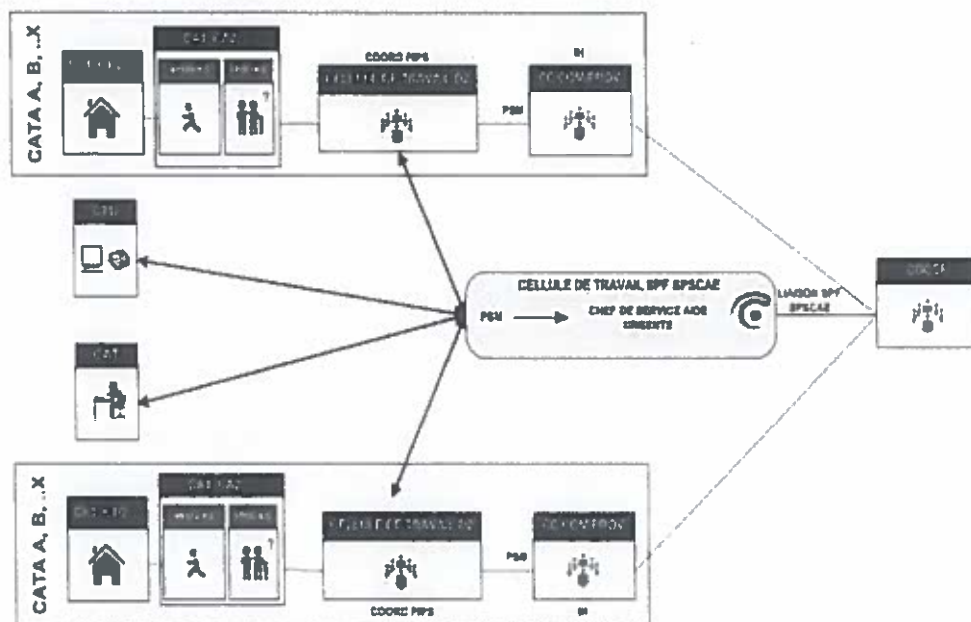
Dans de tels cas, le schéma de déploiement est mis œuvre de façon à remplir les besoins de la situation spécifique, mais il y a une montée en puissance de la coordination.

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

Cela signifie :

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

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



7 Clôture du PIPS

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

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

Cette information est transmise soit:

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

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

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

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

8 Phase post-aiguë

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9 Débriefing technique et évaluation

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

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

10 Exercices

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

10.1 Exercices monodisciplinaires

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

10.2 Exercices multidisciplinaires

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

CIRCULAIRE MINISTERIELLE RELATIVE AU PLAN D'INTERVENTION MEDICAL
(M.B. 14.12.2009)

A Mesdames et Messieurs les acteurs de la discipline 2 concernant les secours médicaux, sanitaires et psychosociaux, au sens de l'article 11 de l'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention.

Par la présente circulaire, je souhaite vous communiquer le Plan d'Intervention médical ci-joint ou plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2, visée à l'article 11 de l'arrêté royal du 16 février 2006, relatif aux plans d'urgence et d'intervention.

Ce plan, complété par le plan d'intervention psychosocial, constitue le plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2, visé aux articles 2 et 4 de l'arrêté royal du 16 février 2006 précité.

Je vous invite à veiller à la mise en œuvre de ce Plan d'Intervention médical et à sa bonne application dans la pratique.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.



PLAN D'INTERVENTION MEDICAL**I. PRINCIPES GÉNÉRAUX**

1. Définition
2. Contexte
3. Lexique dans le plan d'urgence

II. PLAN D'INTERVENTION MÉDICAL : PIM

1. Objectifs
2. Fonctionnement & structure
 - 2.1 Définition de l'alerte
 - 2.1.1. Personnes autorisées
 - 2.1.2. Niveaux d'alerte
 - 2.2. Activation DU PIM
 - 2.2.1. Préalerte
 - 2.2.2. Alerte
 - 2.2.3. Montée en puissance
 - 2.3. Coordination opérationnelle
 - 2.4. Coordination stratégique
 - 2.5. Organisation sur le site d'intervention
 - 2.5.1. Définition des zones :
 - 2.5.2. Tâches de la discipline 2 :
 - 2.5.3. La chaîne médicale :
 - 2.5.3.1. Point relais:
 - 2.5.3.2. Pré tri ou Tri Chantier (tri qui chasse)
 - 2.5.3.3. Principe de tri chantier: START :
 - 2.5.3.4. Petite noria
 - 2.5.3.5. Poste Médical Avancé (PMA)
 - 2.5.3.6. Flux des victimes sur le site de la catastrophe
 - 2.5.3.7. La grande noria
 - 2.5.3.8. Parc ambulancier
 - 2.5.3.9. Point de première destination (PPD)
 - 2.6. Services d'accueil des victimes
3. Personnel et moyens
 - 3.1 Personnel de Coordination
 - 3.1.1. Personnel appelable dans le cadre d'une permanence de garde
 - 3.1.2. Fonctions devant être remplies par le personnel appelé en renfort
 - 3.2 Personnel et moyens d'intervention
 - 3.3 Schéma hiérarchique
 - 3.4 3.4. Schéma des Communications
 - 3.5 3.5. Identification des intervenants
 - 3.6 3.6. Moyens médicaux - logistiques
 - 3.6.1. Moyens habituels D2
 - 3.6.2. Moyens spécifiques D2
 - 3.6.3 Moyens additionnels
4. Fin du PIM
5. Lien avec le PIPS
6. fiches de consignes

III FORMATION & EXERCICES

1. Information
2. Formation et politique d'exercice

IV LÉGISLATION & HISTORIQUE

- Liste avec abréviations pour la discipline 2
Liste alphabétique d'acronymes pour la discipline 2



I. PRINCIPES GENERAUX

1. DÉFINITION

« Le plan mono disciplinaire d'intervention règle les modalités d'intervention d'une discipline, conformément aux plans d'urgence et d'intervention existants. » (Arrêté Royal du 16 février 2006, art 4).

Pour la discipline 2, il contient les mesures prises en exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et déterminant l'organisation de l'aide en cas d'événements désastreux, de catastrophes ou de sinistres dans un cadre multidisciplinaire.

Le texte qui suit est destiné à :

- Faciliter la rédaction de PUI communaux, provinciaux et fédéraux adaptés aux risques identifiés (cf. NPU2 et NPU4)
- Eviter la répétition des erreurs classiquement décrites lorsque l'action des secours n'a pas été préalablement coordonnée par un plan d'intervention médical.

C'est dans cet état d'esprit que le législateur a publié les arrêtés royaux du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention et du 2 février 2007 définissant la fonction de Directeur de l'Aide médicale ainsi que toute disposition prise en exécution de la loi du 8 juillet 1964 .

2. CONTEXTE

Une situation d'urgence collective peut causer de très graves dommages à un grand nombre de personnes, de biens ou à l'environnement.

Ceci entraîne que les besoins initiaux en secours médicaux, au sens large, dépassent la capacité de réponse habituelle de l'aide médicale urgente quotidienne.

L'organisation particulière des secours médicaux et psychosociaux engendrés par cette situation d'urgence collective, et appelant une montée en puissance des moyens et ressources, implique une mobilisation plus ou moins importante des services intervenants habituellement dans l'urgence individuelle voire la mise en place de moyens exceptionnels.

Il est donc nécessaire de préciser les modalités de mise en œuvre d'une structure de coordination et l'organisation des moyens de la chaîne des secours médicaux et psychosociaux pour faire face :

- à un (important) afflux de victimes,
- à une situation sanitaire exceptionnelle et/ou un danger pour la santé publique,

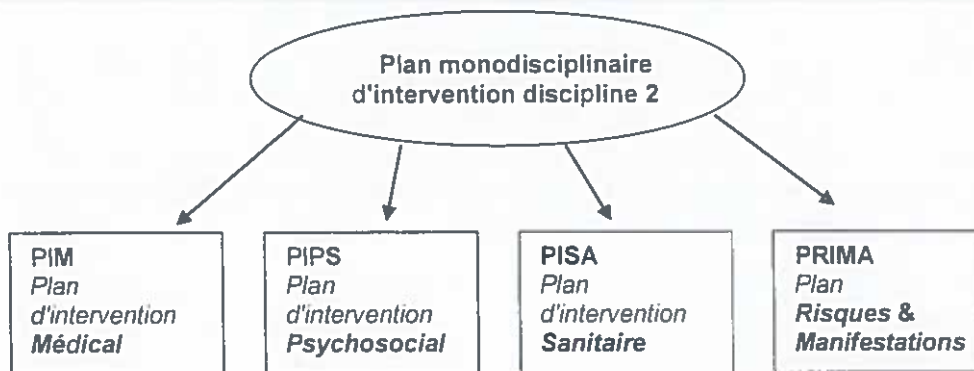
et d'éviter le plus possible de déstabiliser l'organisation et la structure de l'aide médicale urgente quotidienne.

Il en sera de même lors des manifestations à (grand) risque et/ou lors des (grands) rassemblements de personnes

Il est également indispensable de recenser l'ensemble des moyens disponibles (personnes, biens et services) susceptibles d'être mobilisés.

Cette démarche s'inscrit dans la politique générale de prévention des risques du gouvernement fédéral et conduit à la mise en place d'un **PLAN MONODISCIPLINAIRE DE LA DISCIPLINE 2**, dont le PIM constitue l'ossature. Le PIPS a été publié en 2007 et est disponible auprès du SPF Santé, le PISA et le PRIMA suivront ultérieurement.



Composantes du plan monodisciplinaire pour la discipline 2

Cohérence des différents volets

3. LEXIQUE DANS LE PLAN D'URGENCE

La liste alphabétique avec les abréviations et les acronymes spécifiques pour discipline 2 sont repris dans les annexes de ce plan monodisciplinaire et en font partie intégralement.



II. PLAN D'INTERVENTION MEDICAL : PIM

1. OBJECTIFS

Définir des procédures adaptées de gestion médicale lors d'incident collectif de grande ampleur afin de garantir à l'ensemble des victimes une prise en charge adaptée.

Le plan monodisciplinaire D2 a pour objectifs :

- De mettre au point un modèle d'aide visant à optimiser l'emploi des personnes et des moyens disponibles ;
- De permettre que les principes appliqués dans le cadre de l'aide médicale individuelle puissent également être appliqués lors d'une situation d'urgence collective ; elle ne sera pas la somme d'aides individuelles, mais elle consistera en une approche coordonnée avec une mise en œuvre optimisée d'un certain nombre de moyens ;
- D'éviter au maximum d'encombrer les infrastructures et services réguliers médico-sanitaires par un afflux incontrôlé de victimes ;
- De permettre la poursuite des activités de l'aide médicale urgente quotidienne et, éventuellement, de les réorganiser temporairement ;
- D'adapter et corrélérer les plans et actions de la discipline 2 aux plans et actions des autres disciplines s'inscrivant dans le cadre de l'aide aux victimes en situation d'urgence collective ;
- D'organiser la chaîne médicale des secours afin d'aider au mieux les victimes tout en respectant le secret médical.

2. FONCTIONNEMENT & STRUCTURE

Le présent plan décrit l'organisation, la mise en œuvre opérationnelle et la coordination multidisciplinaire.

Selon les moyens disponibles, tant en ressources humaines, en ce y compris au niveau local, qu'en ressources logistiques, le plan devra être adapté aux circonstances.

Dès lors, certaines structures pourront être déployées soit partiellement, soit dans leur intégralité.

2.1 DÉFINITION DE L'ALERTE

L'alerte décrit les actions que doit prendre le préposé du CS100 (système d'appel unifié ou dispatching médical territorialement compétent) pour mobiliser les moyens du PIM en les avertissant selon des procédures et principes préalablement définis.

2.1.1. Personnes autorisées

Le système d'appel unifié (CS 100) ou le dispatching médical active formellement le PIM.

Les premiers secours sur place (membres de la D1-D2-D3) sont habilités à demander l'activation d'un PIM.

Les personnes suivantes sont habilitées à activer le PIM :

- le Dir-Med ou son adjoint,
- ou le premier SMUR sur les lieux qui assume alors temporairement la fonction de Dir-Med,
- l'IHF ou son délégué,
- le médecin de garde du service de « Incident and Crisis Management » de la Direction Générale DG2 du SPF Santé publique (ICM DG2).

Le PIM peut également être activé en application d'accords internationaux.

2.1.2. Niveaux d'alerte

- Préalerte :

La préalerte a pour objectif:

1. d'informer les responsables de la coordination et à leur demander de procéder à une



évaluation et au suivi de la situation.

Ils peuvent, au besoin, se rendre sur les lieux.

2. d'informer les services qui nécessitent un préavis avant mobilisation.

Le véritable lancement du PIM n'est toutefois d'application qu'à partir du niveau ALERTE.

- Alerte

L'alerte est une réponse Standard à une situation requérant une mise en œuvre optimale des moyens médicaux. Elle consiste en la mobilisation immédiate des services opérationnels.

Attention : il n'y a pas d'activation automatique et/ou systématique du PIM lors du déclenchement d'une phase communale ou provinciale du Plan d'urgence et d'intervention.

2.2. ACTIVATION DU PIM

- L'activation (ALERTE) se fait par un appel au centre d'appel unifié 100 (CS100)
- Le PIM peut être activé selon des critères quantitatifs compte tenu du nombre réel ou supposé de victimes :
 - activation *automatique* du PIM par le système d'appel unifié ou le dispatching médical si les indications recueillies par celui-ci lors de l'appel concernent :
 - >= 5 blessés graves ;
 - >= 10 blessés dont les blessures ou la gravité des lésions sont inconnues ;
 - >= 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer (sauf survenant dans des opérations de maintien de l'ordre).
- Le PIM peut être activé selon des critères qualitatifs compte tenu de la ou des pathologie(s) en cause ou de situations particulières et spécifiques.

2.2.1. Préalerte

En cas d'évènement susceptible de conduire à une décision d'alerte, les personnes suivantes sont mises en préalerte par le CS100 :

- L'Inspecteur d'hygiène fédéral (IHF), ainsi que sont adjoint ;
- le Directeur de l'Aide Médicale (Dir-Med) de garde.

Ces personnes décident, après concertation, de l'extension éventuelle de la préalerte aux :

- Moyens d'intervention rapide (MIR) ;
- Psychosocial manager (PSM) ;
- Directeur de l'aide médicale Adjoint (AdjDir-MED).

2.2.2. Alerte

Si la situation de déclenchement de l'alerte est rencontrée, le CS100 exécute les actions suivantes :

- Mise en alerte de l'IHF (+ AdjIHF) ;
- Mise en alerte du DIR-MED (+ AdjDIR-MED) ;
- Envoi sur place de 3 SMUR ; Envoi sur place de 5 ambulances.

Envoi du MIR sur avis du DIR-MED ou si le nombre de victimes avérées est d'au moins 5 blessés graves ou 10 blessés de toute gravité.

2.2.3. Montée en puissance

La montée en puissance comprend l'accroissement des moyens mis en œuvre et le renforcement des ressources en personnel et logistique pour l'accomplissement des missions de la D2.

La montée en puissance se fait:



- à la demande du premier médecin SMUR sur place faisant office de Dir-Med
- sur ordre du Dir-Med
- sur ordre de l'inspecteur d'Hygiène fédéral
- à la demande du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (CGCCR) via l'inspecteur d'Hygiène ou son délégué.

2.3. COORDINATION OPÉRATIONNELLE

La coordination opérationnelle est assurée à partir du Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops) mis en place à proximité des lieux de l'intervention, dans un endroit sécurisé.

Le PC-Ops assure également la coordination stratégique dans l'attente de la mise en place d'un comité de coordination stratégique.

Le DIR-MED dirige la discipline médicale (D2) et participe activement aux activités du PC OPS. Il peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par un AdjDir-MED et par le COORD Psychosocial local.

Le CS100 assure la mise en alerte des intervenants ainsi que les Communications entre les différents intervenants. Le CS100 active notamment les plans de mise en alerte des services hospitaliers (plans MASH) des hôpitaux.

Afin de pouvoir remplir pleinement son rôle de coordinateur de mise en œuvre des moyens et pour garantir un flux clair de l'information, le CS 100 peut mettre un de ses préposés à la disposition du PC-Ops ; il sera sous la direction du Dir-Med et sera responsable de la bonne communication et de l'échange d'informations entre le PC-Ops, le Dir-Med et le CS 100.

De plus, outre la gestion des moyens engagés dans un PIM, le CS 100 doit continuer à assurer l'exécution de l'organisation journalière de l'AMU.

Il doit tout particulièrement veiller à que l'aide médicale quotidienne soit garantie à tout citoyen.

2.4. COORDINATION STRATÉGIQUE

L'autorité compétente (niveau fédéral: le ministre, niveau provincial: le gouverneur, niveau communal: le bourgmestre) assure la coordination stratégique des mesures destinées à soutenir les actions opérationnelles.

L'IHF participe activement aux activités du comité de coordination et peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par un adjoint et par le PSM.

2.5. ORGANISATION SUR LE SITE D'INTERVENTION

2.5.1. Définition des zones :

L'organisation du site d'intervention se fonde sur la notion de zonage :

- zone rouge
- zone orange
- zone jaune

Les moyens de la discipline 2 se déploient dans la zone orange.



2.5.1.1. Représentation schématique du site de la catastrophe :

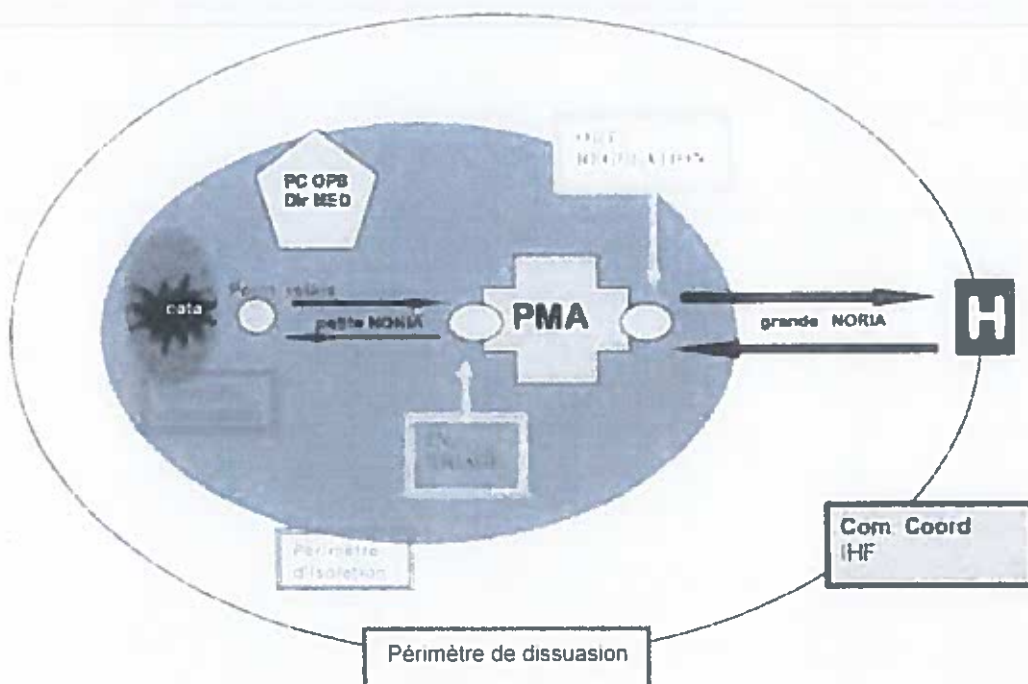


Schéma à titre illustratif

2.5.1.2. Zone Rouge:

La zone rouge est délimitée par un périmètre d'exclusion.

Les opérations de sauvetage sont effectuées par les membres de la discipline 1.

Les victimes sont sorties de la zone rouge, hors du périmètre d'exclusion, en vue d'être regroupées hors de la zone de danger et d'être confiées, au point relais, à la discipline 2.

La présence de la discipline 2 dans la zone rouge n'est possible que moyennant accord explicite du Dir-PC-Ops et après concertation avec le Dir-Med et le Dir-Si.

Cette présence, exceptionnelle, peut avoir pour but de stabiliser 1 ou plusieurs blessés se trouvant potentiellement dans une situation d'extrême urgence et/ou de procéder à un pré-tri si celui-ci ne peut être effectué au niveau du point relais.

2.5.1.3. Zone Orange:

La zone orange est délimitée par un périmètre d'isolation.

Elle comprend l'espace nécessaire à l'action des services d'intervention : le PC-Ops, le PMA, les parcours de ramassage et d'évacuation des victimes.

La communication avec la zone rouge se fait à travers le point relais.

2.5.1.4. Zone Jaune:

La zone jaune est délimitée par un périmètre de dissuasion.

La zone doit restée dégagée pour faciliter l'accès des services d'intervention à la zone sinistrée.

2.5.2. Tâches de la discipline 2:

L'article 11, §1^{er}, de l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention définit les tâches minimales de la discipline 2, à savoir:

- Créer la chaîne médicale ;
- Apporter les soins médicaux et psychosociaux aux victimes et aux personnes concernées par la

situation d'urgence ;

- Transporter les victimes ;
- Prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de la population.

Par ailleurs, la discipline 2 doit également veiller à :

- évaluer la situation sanitaire médicale globale,
- évaluer les mesures prises et les adapter si nécessaire,
- informer constamment le CS100.

Chaque victime, en ce compris les impliqués, doit passer par la chaîne médicale des secours pour être catégorisée, identifiée, stabilisée de la façon la plus efficace qui soit et évacuée de manière régulée vers la structure de prise en charge la plus adaptée à son état.

Les tâches spécifiques et détaillées de tous les acteurs de la discipline 2 doivent être reprises dans des fiches de consignes qui font partie intégrante du plan monodisciplinaire d'urgence et d'intervention de la discipline 2.

2.5.3. La chaîne médicale :

2.5.3.1 Point relais :

Ce point, théoriquement situé à la limite entre la zone rouge et la zone orange, correspond au transfert des victimes vivantes de la D1 vers la D2 tant en termes de soins qu'en termes de responsabilités. Ce point ne sera pas toujours fixe ou fixé, notamment lorsque la zone rouge n'existe pas.

2.5.3.2 Pré-tri ou Tri Chantier (tri qui chasse)

Le pré-tri consiste en une première évaluation médicale rapide visant à indiquer la priorité au relevage : il est basé sur le système START, réalisé au point relais.

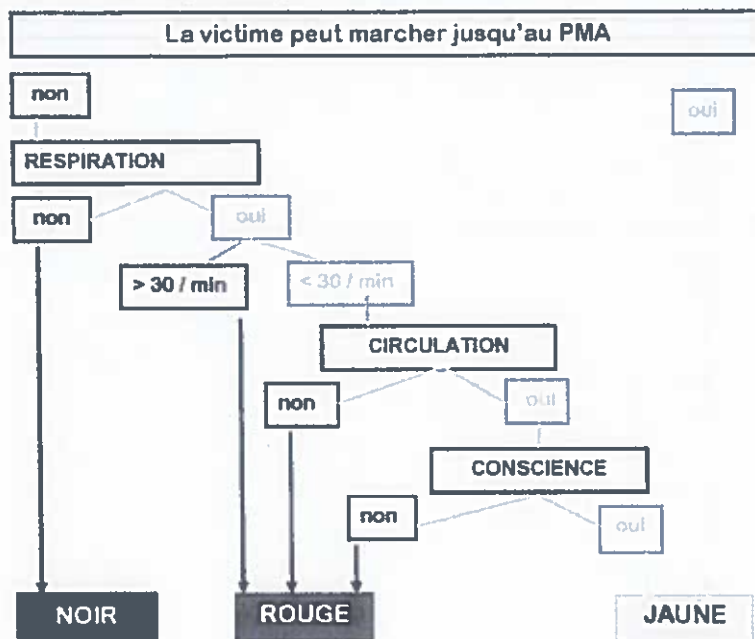
Les victimes reçoivent un macaron de couleur rouge ou jaune indiquant la priorité à l'évacuation primaire vers le PMA, le rouge étant prioritaire.

Les victimes décédées restent (en principe) sur place ; un médecin doit constater le décès. Elles sont placées sous la responsabilité de la D3.

Aucun geste médical n'est posé en dehors de manœuvres vitales et salvatrices simples.



2.5.3.3. Principe de tri chantier: START:



2.5.3.4. Petite noria

La petite noria, ou noria de relevage, englobe le transport des victimes depuis le point relais (ou directement du chantier s'il n'y a pas de zone rouge), jusqu'au point de triage du poste médical avance.

Selon la distance à parcourir et l'état du terrain, le transport peut s'effectuer à l'aide de différents moyens (brancardage, ambulance, ...)

La médicalisation des victimes pendant le transport du PRÉ-TRI vers le TRI s'effectue exclusivement avec l'accord du Dir-Med, selon les ressources disponibles et uniquement en l'absence de risques résiduels.

2.5.3.5. Poste Médical Avance (PMA)

Fonction du PMA

Le PMA réalise les tâches suivantes :

- identification et enregistrement des victimes ;
- tri ;
- mise en condition ;
- orientation suivant les disponibilités d'accueil et de traitement (hôpitaux ou centres d'accueil).

Le tri catégorise les victimes en catégorie T1 T2 T3

- T1 : traitement médical immédiat nécessaire : danger pour la vie, pour un membre (ex : main écrasée) ou un organe (ex : œil). Admission hospitalière urgente indiquée.
Correspond au lièvre de la fiche « METTAG ».
- T2 : pas de danger vital mais nécessité de soins médicaux, admission hospitalière différée de quelques heures indiquée.
Correspond à la tortue de la fiche « METTAG ».



- T3 : traitement médical qui peut-être postposé ou non indispensable (contusions, plaies mineures, choc émotionnel,...): ambulance non nécessaire mais nécessité de reconnaissance et d'identification.

Les catégories T sont équivalentes aux catégories U françaises (T1 = U1, T2 = U2, T3 = U3).

Chaque victime, quel que soit son degré d'urgence, en ce compris les victimes non blessées (impliqués), reçoit une fiche d'identification qui assurera la transmission des informations médicales minimales et permettra d'établir une traçabilité univoque. Actuellement, la fiche « Mettag » est utilisée par l'ensemble des secours médico-sanitaires belges.

Une liste des victimes (blessées et indemnes) est établie au PMA.

Organisation du PMA

L'organisation et la mise en place d'un PMA comprend :

- Une **zone de tri** dotée d'un secrétariat "IN" (tri qui classe).
Au niveau IN de cette structure, les patients sont triés en fonction du degré de gravité et de l'urgence de traitement puis dirigés vers la zone de stabilisation adéquate.
Ce tri est effectué par le MÉDECIN-TRI, éventuellement assisté par l'ADJOINT-TRI.
Le tri permet un enregistrement uniforme des victimes.
- Une **zone de soins** qui vise à :
 - Stabiliser médicalement les victimes ;
 - Les mettre en condition en vue de leur transport vers les structures d'accueil appropriées ;
 - Assurer la surveillance médicale des patients en attendant leur transport ;
- Une **zone de régulation** dotée d'un secrétariat "OUT" ayant pour tâches de :
 - Réguler l'évacuation ;
 - Orienter vers les victimes vers les services adéquats ;
 - Choisir le moyen de transport adapté et décider d'une éventuelle médicalisation ;
 - Assurer le secrétariat des patients quittant le PMA.

Positionnement du PMA

Le PMA est installé en zone orange, en lieu sûr (direction du vent, évaluation du risque évolutif, en concertation mutuelle au PC-Ops), à proximité d'une voie d'accès permettant le transit et le parking des ambulances.

Le PMA peut être installé :

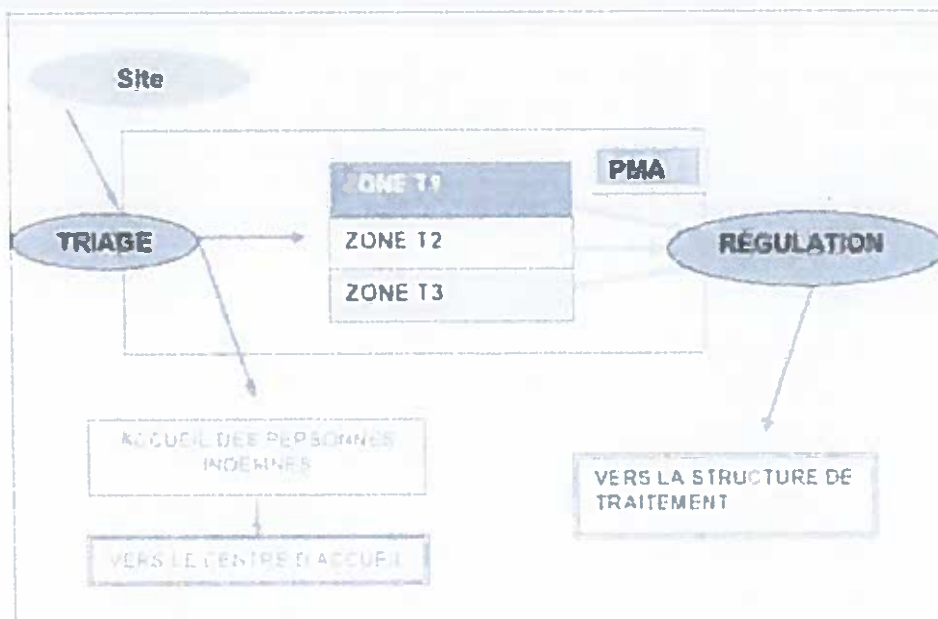
- Dans un bâtiment existant subdivisé en zones (T1, T2, T3) ;
- Dans une ou plusieurs tentes subdivisées en zones ;
- Dans un espace ouvert délimité par un cordon de couleur qui signale la zone.

Le COORD-PMA dirige le fonctionnement du PMA, à l'exception des évaluations médicales et des actes médicaux.

Il est assisté par le Coordinateur Logistique pour les aspects technico-logistiques et l'approvisionnement du PMA.



2.5.3.6. Flux des victimes sur le site de la catastrophe



2.5.3.7. La grande noria

La **grande noria**, ou noria d'évacuation, concerne le transport des victimes depuis le PMA vers et jusqu'aux structures désignées par le régulateur.

- Transfert vers :
- Les services appropriés
- Les structures du Plan d'intervention psychosocial (PIPS).

2.5.3.8. Parc ambulancier

Afin de s'assurer que les ambulances ou autres véhicules n'entravent pas le déroulement efficace de l'évacuation, tous les véhicules sont appelés au départ d'un point de RV et garés méthodiquement dans un parc ambulancier.

Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops), dans la zone jaune à proximité du PMA.

Une surface dégagée (prairie, terrain de football) pourra servir d'héliport.

La gestion de ce parc ambulancier est confiée à un COORDINATEUR PARC AMBULANCIER, en concertation avec le RÉGULATEUR.

Les moyens ne peuvent se rendre sur le site que moyennant l'accord du PC-Ops.

2.5.3.9. Point de première destination (PPD)

Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops), dans la zone jaune, à distance raisonnable de la catastrophe et dos au vent.

De préférence géré par la police ou les pompiers.

Assez grand pour pouvoir accueillir les moyens de toutes les disciplines (y compris les camions de la D1 et de la D4), la plupart du temps un grand parking existant ou une rue large.

2.6. SERVICES D'ACCUEIL DES VICTIMES

En principe, les services d'accueil des victimes restent en dehors des zones d'intervention.

Ces services sont, entre autres :

- Les services hospitaliers chargés de l'accueil et de l'éventuelle hospitalisation des victimes.
L'activation du plan MASH des hôpitaux permet l'adressage, dans ces hôpitaux, du nombre de patients correspondant à leur capacité d'accueil définie dans le plans MASH et validée par la COAMU.
Deuxièmement, l'institution informe le CS100 de l'activation de son plan interne et communiqué la capacité des lits disponibles.
La régulation dispatche les patients dans les différents hôpitaux, en fonction des places disponibles, afin d'éviter qu'un hôpital ne soit surchargé.
- Les structures du PIPS pour l'accueil tel que défini dans la partie 2 du plan monodisciplinaire.

3. PERSONNEL ET MOYENS

3.1 PERSONNEL DE COORDINATION

3.1.1. Personnel appelable dans le cadre d'une permanence de garde

Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)

Médecin, fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, membre du comité communal ou provincial de coordination en tant qu'autorité administrative de la discipline 2, habilité à prendre des mesures administratives au nom du Ministre de la Santé publique et officier de liaison pour la cellule de crise départementale fédérale du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Est assisté par son adjoint pour ce qui concerne l'appui opérationnel.

Il est assisté par le Psychosocial Manager ou son délégué pour ce qui a trait aux aspects psychosociaux.

Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)

Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés à la chaîne médicale des secours sur le site de la catastrophe, quels que soient leurs services d'origine.

Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ou de son délégué.

Le rôle de DIR-MED est assuré par le médecin du 1^{er} SMUR jusqu'à l'arrivée du DIR-MED de garde. Il garde ce rôle par défaut.

Psychosocial Manager (PSM)

Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui, sous l'autorité de celui-ci et du Dir-Med, contribue à la coordination de l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et qui veille au fonctionnement du plan psychosocial (conformément au PIPS).

Les actions du PSM et sa relation avec le PIM sont détaillées dans le PIPS.

Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (adj IHF)

Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.

Sur directives de NHF, soit l'adjoint IHF siègera au sein du CC, soit il apportera son soutien au Dir-Med sur le site de la catastrophe ou fera partie du personnel opérationnel.

3.1.2. Fonctions devant être remplies par le personnel appelé en renfort

Les fonctions sont attribuées selon l'ampleur de la catastrophe et suivant la disponibilité du personnel.

Dir-Med adjoint (adj DIR-MED)

Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med. Le Dir-Med ou son adjoint siège en tant que représentant de la discipline 2 au PC-Ops.



Médecin-TRI (et son adjoint)

Médecin, de préférence urgentiste du premier SMUR, qui considère la totalité des patients et effectue le triage. Fait rapport au Dir-Med et au COORD PMA, informe le médecin-PMA si nécessaire.

Adjoint TRI

Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.

Coordinateur Poste médical avance (COORD-PMA)

Médecin ou infirmier SMUR qui organise et coordonne la totalité du fonctionnement du PMA. Il assure une répartition adéquate des tâches et l'organisation des différentes zones de catégorisation.

Il assure le suivi de l'exécution par les autres collaborateurs (médecins et infirmiers) des missions du médecin PMA et veille au bon déroulement des activités.

Fait rapport au Dir-Med et s'accorde avec le COORD REG.

COORD Régulation (et son adjoint)

Médecin ou infirmier SMUR responsable de la régulation.

Sur la base de l'état de la victime, de la pathologie en cause et de la capacité hospitalière disponible, il détermine l'hôpital receveur adéquat.

Il fait rapport au Dir-Med, dirige le coordinateur du parc ambulancier et s'accorde avec le CS 100 - dispatching médical ou par le biais du préposé délégué sur les lieux.

Le choix du coordinateur Régulation (soit médecin, soit infirmier) dépend de l'ampleur de la catastrophe, de la spécificité des pathologies, des possibilités de stabilisation médicale et du personnel disponible.

Coordinateur Secrétariat

Organise les tâches administratives sur le site de la catastrophe en général, et plus particulièrement au niveau du PMA, en ce compris l'enregistrement administratif des victimes, des personnes impliquées, la destination d'évacuation,... Ces données ne sont mises à la disposition de tiers que sur ordre de l'IHF.

Coordinateur Logistique.

Travaille pour le compte du Coordinateur PMA d'une part, et sous la direction du Dir-Med d'autre part. Il assure le transport, l'organisation et l'utilisation optimale des moyens logistiques nécessaires à l'ensemble de la chaîne médicale des secours.

Il s'occupe tant des moyens médicaux (pansements, médicaments, oxygène) que des moyens technico-logistiques (brancards, tentes, éclairage, chauffage, catering), mais pas des ambulances.

Si nécessaire, il se consulte avec le responsable des moyens technico-logistiques de la discipline 4 et coordonne ses actions avec celles de ce responsable.

Coordinateur Parc ambulancier

Sous l'autorité du Dir-Med, mais directement dirigé par le COORD REG, il gère le parc ambulancier et tout autre parc de véhicules mis à la disposition de la chaîne médicale des secours.

Il veille à la bonne exécution opérationnelle et technique de l'évacuation des patients selon les instructions (destination et mode de mise en condition pour le transport) du COORD REG.

Coordinateur liaison CS 100 - DISP MED

Lorsque la présence d'un préposé du CS 100 - dispatching médical est nécessaire sur le terrain, ce préposé s'ajoute au personnel opérationnel du PC-Ops moyennant accord du DIR PC-Ops. Il veille à la bonne communication et au bon échange d'informations entre le PC-Ops, le Dir-Med et le CS 100 — dispatching médical (mise en concordance des groupes de communication « ASTRID » - attribution active d'un groupe - logbook).

Staf opérationnel

Étant donné la diversité des fonctions, y compris au niveau du PC-Ops, l'encadrement technico-administratif du Dir-Med et la nécessité de fournir en permanence à l'IHF les informations nécessaires



et correctes, des collaborateurs opérationnels peuvent être prévus pour la D2. (Liste des victimes, liste des évacuations, liste des effectifs, ...).

3.2 PERSONNEL ET MOYENS D'INTERVENTION

Le personnel engagé en première intention est:

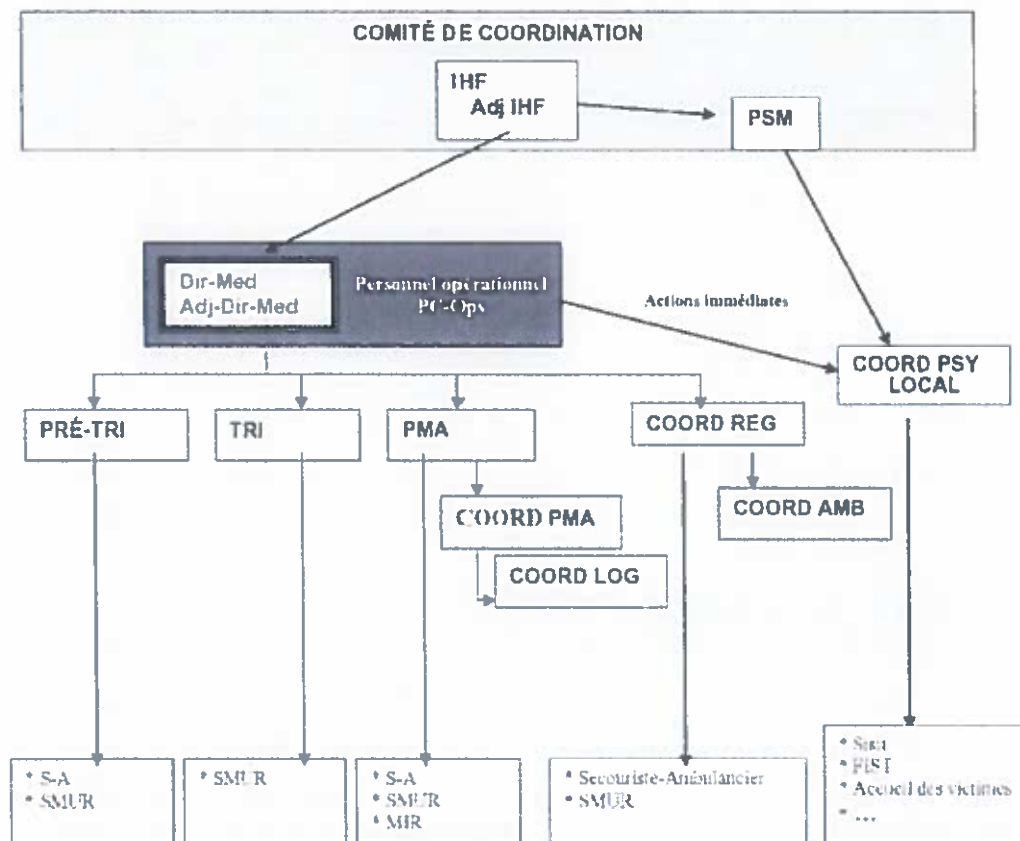
- Les équipes SMUR
- Les secouristes ambulanciers
- L'équipe PIT (éventuelle)
- Le(les) MIR
- La Croix-Rouge.

L'ensemble de ce personnel intervient conformément à sa fiche de consigne.

Toutes les personnes (médecins, infirmiers, ambulanciers et autres) se présentant sur demande ou spontanément sur le site peuvent également être mobilisées.

Toutes ces personnes doivent agir en fonction de la fiche de consignes qu'ils reçoivent du Dir-Med.

3.3 SCHEMA HIÉRARCHIQUE



3.4. SCHEMA DES COMMUNICATIONS

Principe général régissant les Communications : limiter au maximum les groupes de fréquence radio auxquelles les intervenants doivent de connecter.



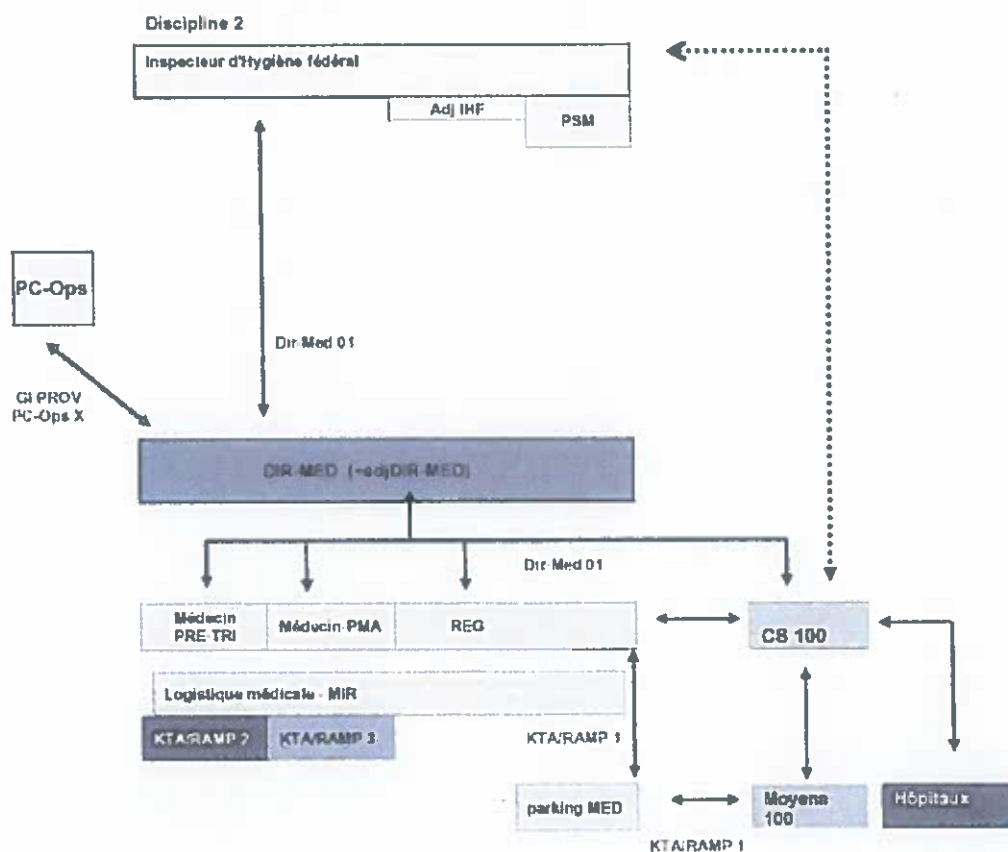
- les « décideurs » sont, au maximum, sur deux groupes

IHF et Adj IHF :	groupe DirMed01 et groupe CC (selon niveau : CCP ou CCC)
Dir-Med et Adj Dir-Med :	groupe DirMed01 et groupe PC-Ops
Régulateur :	groupe DirMed01 et groupe KTA/RAMP1
Med Pré-TRI :	groupe Dir Med01 et groupe KTA/RAMP2
Med PMA	groupe DirMed01 et groupe KTA/RAMP3

- les « exécutants » se connectent sur un seul groupe :

Groupe Dir-Med01 :	Dir-Med, Adj Dir-Med, IHF, Adj IHF, Med Tri, Med PMA, Reg, PSM
Groupe KTA/RAMP1	correspond au groupe opérationnel D2 = tous les moyens envoyés par le CS100, Régulation, Evacuation.
Groupe KTA/RAMP2	correspond au chantier = pré-tri, activé uniquement si nécessaire.
Groupe KTA/RAMP3	correspond au PMA activé uniquement si nécessaire.

Le CS100 est à l'écoute de tous les groupes.



3.5. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS

L'ensemble des intervenants sera identifié par des chasubles de couleur (signallement vert pour la D2) reprenant la fonction et l'identification.

L'orientation des bandes réfléchissantes ainsi que le marquage en damier déterminera l'appartenance à une fonction dirigeante ou d'exécution.

Exemple de fonction stratégique et dirigeante



Fonction exécutive



3.6. MOYENS MÉDICAUX- LOGISTIQUES

Il s'agit de tous les moyens médicaux, techniques et logistiques qui peuvent être utilisés dans le cadre d'une activation du PIM.

Des procédures préalables d'activation, de mise en œuvre et d'utilisation doivent avoir été convenues avec les différents services.

3.6.1. MOYENS HABITUELS D2

Les moyens engagés en première intention sont:

- Les ambulances de l'AMU
- Les équipes SMUR
- Les éventuelles équipes PIT.

Ils doivent se rendre immédiatement au point de RV.

Ces moyens ne sont pas nécessairement limités à la province dans laquelle survient l'événement.

3.6.2. MOYENS SPÉCIFIQUES D2

MIR ou Moyens d'Intervention Rapide.

Correspondent aux « lots catastrophe » gérés précédemment par les hôpitaux et la protection civile : il s'agit de moyens spécifiquement prévus dans le but d'être mis en œuvre pour la D2 en cas de catastrophe et dès lors constamment tenus à la disposition de la D2 par la Croix-Rouge. Ils sont transportés par un ou plusieurs véhicules spécifiquement équipés à ces fins.

Les moyens spécifiques destinés au fonctionnement du PMA se trouvent dans les FIT Med (oxygène, valises de médicaments et de pansements, ...).

Les moyens spécifiques techniques et logistiques destinés à l'organisation du PMA se trouvent dans les FIT Log (brancards, porte-brancards, couvertures, tente, ...).

La composition et le contenu des FIT Med et FIT Log sont repris dans l'annexe et font partie intégrale du PIM.

3.6.3 MOYENS ADDITIONNELS

- Les médecins généralistes
- Les personnes et matériel dans le cadre d'un accord international (uniquement moyennant l'accord de l'IHF et/ou du Dir-Med)
- Les moyens de l'armée ou d'une autre discipline (uniquement moyennant l'accord du CC)

- Les moyens en réserve d'organisations d'aide et d'organisations de type Croix-Rouge de Belgique (uniquement moyennant l'accord de l'IHF ou du Dir-Med)
- Les ambulances ne collaborant pas au fonctionnement de l' AMU
- Les moyens de transport collectifs publics ou privés.

4. FIN DU PIM

La clôture d'un PIM est donnée à l'ensemble des intervenants de la D2 par le système d'appel unifié territorialement compétent à l'initiative :

- Du Dir-Med
- De l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.

Après chaque PIM, les représentants des services activés rédigent un rapport d'activité qu'ils transmettront dans les meilleurs délais à l'Inspecteur d'hygiène territorialement compétent.

Ce rapport contiendra au minimum :

- o Les services engagés,
- o Les actions prises (+ timing),
- o La liste des victimes (+ traçabilité).

De même, les services engagés veilleront à se remettre disponibles le plus rapidement possible après reconditionnement de leur matériel.

5. LIEN AVEC LE PIPS

Représentant du PIPS sur le site de la catastrophe

Dans le cadre du fonctionnement du PIPS, le coordinateur PSY local est chargé, après passage au tri PMA des victimes, du regroupement et de l'accueil des personnes indemnes à proximité du PMA. Cet intervenant local se présentera tout d'abord auprès du PC-Ops et sera sous la direction du Dir-Med aussi longtemps qu'il restera sur le terrain.

Par le biais du PC-Ops, il demandera le transport des victimes et des personnes indemnes, dont l'évacuation vers une structure hospitalière n'est pas nécessaire, vers le centre d'accueil.

Cela signifie que le transport est organisé soit par le PC-Ops, soit par le CC à l'initiative du PC-Ops.

Actions du PIPS en phase aiguë

Les actions sont décrites en totalité dans le PIPS.

Outre le regroupement et le transport des personnes indemnes hors du site de la catastrophe, ces actions sont essentiellement les suivantes en phase aiguë :

- L'accueil des personnes indemnes dans les centres d'accueil et d'encadrement ;
- L'enregistrement (définitif) de toutes les personnes ayant directement vécu la catastrophe ;
- La mise à disposition de personnel pour le Centre d'Information téléphonique.

Si une assistance médicale est nécessaire dans le centre d'accueil, le Dir-Med en assure l'organisation. La présence d'un médecin généraliste sera privilégiée dans le centre d'accueil via la permanence des cercles de médecins généralistes.

En général, le PIPS reste plus longtemps actif que le PIM afin de finaliser l'ensemble des actions qui sont décrites en détail dans le PIPS.

L'autorité responsable en est l'Inspecteur d'hygiène avec la collaboration du PSM.

6. FICHES DE CONSIGNES

Les fiches de consignes doivent faire partie intégrante du PIM.



Elles précisent les actions à prendre et les compétences des différents intervenants de la discipline 2, tant pour le fonctionnement général dans le cadre du PIM que pour ce qui concerne des consignes et accords plus spécifiques au niveau des particularités provinciales mais toujours en adéquation avec les consignes générales qui font l'objet de la présente circulaire.

Elles s'adressent aux parties ou fonctions intervenantes énumérées ci-après :

- le centre du système d'appel unifié ;	- le Psychosocial Manager ;
- le dispatching médical ;	- le Coordinateur Secrétariat ;
- les secouristes-ambulanciers ;	- le Coordinateur PMA ;
- le premier SMUR sur les lieux ;	- le Coordinateur Logistique ;
- le triage ;	- le Coordinateur Ambulances ;
- le PMA ;	- les médecins généralistes de permanence ;
- la régulation ;	- MIRFITMED ;
- le Dir-Med ;	- MIRFITLOG ;
- le Dir-Med adjoint ;	- les médecins généralistes apportant volontairement leur aide.
- l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ;	
- l'IHF adjoint ;	

Tous les intervenants énumérés ci avant doivent posséder le PIM générique complète des fiches de consignes.

Ces fiches auront reçu l'aval de la CoAMU territorialement compétente.



III FORMATION & EXERCICES

1. INFORMATION

Le plan indique les modalités de diffusion et de communication vers les intervenants ainsi que les procédures de mise à jour.

2. FORMATION ET POLITIQUE D'EXERCICE

Le plan prévoit les modalités de formation théorique des intervenants ainsi que la fréquence des exercices. Cette connaissance devra ensuite être affinée dans le cadre d'une politique d'exercice bien organisée.

L'objectif est de former les différents intervenants à collaborer au sein d'une organisation et avec des collaborateurs d'autres disciplines.

Cette formation portera également sur la vision et sur la coordination intra- et pluridisciplinaire.

La formation commune doit être considérée comme une première étape vers le succès dans l'approche multidisciplinaire de la lutte contre les catastrophes.



IV LÉGISLATION & HISTORIQUE

Aperçu de la législation en vigueur

Législation	Article	
Loi 8/7/1964	Art. 1	Définition de la mise en œuvre générale de l'AMU
AR 2/4/65	Art. 7, 3 ^e alinéa, 1 ^o	Mise en œuvre du SMUR dans les incidents collectifs
AR 10/08/98	Art. 4, 3 ^o	Rédaction et approbation du PIM
AR 02/02/07	Totalité du texte	Définition du Dir-Med
AR 16/02/06	Art. 11	Définition et taches de la discipline 2
NPU-1		Spécification des taches de la discipline 2 (circulaire apportant des explications sur l'AR du 16/02/06)
NPU-2		Circulaire ministérielle NPU-2 relative au plan général d'urgence et d'intervention du gouverneur de province
NPU-4		Circulaire ministérielle NPU-4 relative aux disciplines

LISTE AVEC ABRÉVIATIONS POUR LA DISCIPLINE 2

Plan d'Intervention médicale (PIM)	<i>Subdivision du plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2. Conlient toutes les mesures prises pour organiser et fournir des secours et des soins adaptés aux victimes lors de situations d'urgence médicale collective.</i>
Mise en alerte du PIM	<i>Lancement de la chaîne médicale des secours lorsque les critères de lancement du Plan d'intervention médicale sont remplis.</i>
Mise en préalerte du PIM	<i>Mise en préalerte des intervenants principaux du Plan d'intervention médical.</i>
Chaîne médicale des secours	<i>Les moyens et le personnel pouvant faire l'objet d'une réquisition en vertu de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente (conformément de l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
Poste médical avance (PMA)	<i>Structure transitoire pré-hospitalière qui permet d'assurer le triage et la stabilisation des victimes, leur mise en condition, l'enregistrement et l'identification des victimes ainsi que leur évacuation régulée vers les hôpitaux (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)	<i>Médecin, fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, membre du comité communal ou provincial de coordination en tant que représentant de la discipline 2, habilité à prendre des mesures administratives au nom du Ministre et officier de liaison pour la cellule de crise départementale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.</i>
Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (Adj-IHF)	<i>Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.</i>



Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)	Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés de la chaîne médicale des secours, quels que soient leurs services d'origine. Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui siège au sein du comité de coordination (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).
Directeur de l'aide médicale adjoint (Adj-Dir-Med)	Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med.
Psychosocial Manager (PSM)	Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui contribue à la coordination de l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et qui veille au fonctionnement du Plan d'intervention psychosociale (conformément au PIPS).
Coordinateur PMA	Responsable du PMA pour ce qui concerne tous les aspects non médicaux. Personne qui veille à ce que le PMA soit correctement mis en place et à ce que l'approvisionnement des moyens logistiques destinés au PMA soit assuré.
Médecin-TRI	Médecin SMUR qui effectue le tri.
Adjoint-TRI	Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.
Médecin-PMA	Médecin qui assure la coordination médicale du PMA.
Adjoint-PMA	Infirmier qui assiste le médecin-PMA.
Coordinateur Régulation	Personne qui, en cas de situation d'urgence collective, est chargée de la régulation sur le terrain, conformément aux règles du Plan d'intervention médicale.
Coordinateur Logistique	Responsable du soutien logistique des actions médicales sur le site de la catastrophe.
Coordinateur du parc ambulancier	Responsable du parc ambulancier qui veille à ce que les ambulances soient correctement garées afin qu'elles soient rapidement à disposition sur le lieu d'intervention. Il est désigné sur la base de son expérience ou de sa connaissance du PIM.
Moyens logistiques médicaux	Moyens mis en œuvre pour l'installation et l'équipement du poste médical avancé. Ces moyens sont transportés avec le personnel dans des véhicules prévus à cet effet.
Triage préalable (pré-tri)	Première évaluation clinique rapide réalisée à la limite entre la zone rouge et la zone orange. Les victimes sont réparties en groupes en vue de leur évacuation d'urgence de la zone rouge vers le poste médical avancé.
Tri	Évaluation médicale clinique réalisée à l'entrée du poste médical avancé, au cours de laquelle les victimes sont réparties selon le degré d'urgence en fonction de la gravité de leurs blessures.
Fiche de tri	Méthode d'enregistrement standard des données personnelles et médicales qui restent auprès de la victime tout au long de la chaîne médicale des secours, depuis le site de l'urgence jusqu'à l'hôpital.
Mise en condition	Préparer la victime à être transportée en vue d'une évacuation régulée.
Stabilisation	Ensemble d'actes médicaux visant à optimiser l'état du patient de façon à accroître ses chances de bénéficier d'un traitement adéquat.
Petite noria	Évacuation des victimes à partir du point de transfert vers le poste médical avancé (PMA).
Grande noria	Évacuation régulée des victimes à partir du poste médical avancé (PMA) vers les structures adéquates de prise en charge et/ou de traitement.
Medical Emergency field	Concept international pour une fiche avec code universel qui indique



Triage Tag (METTAG)	<i>l'évolution de la gravité des blessures et facilite l'enregistrement de la victime.</i>
MIR	<i>Moyens d'intervention rapide. Ensemble des moyens (personnel et véhicules) du D2 en cas de catastrophe, qui sont apportés sur place par un partenaire, composé d'une partie FIT MED et FIT LOG.</i>
FIT MED	<i>First Intervention Team Medical Véhicule avec le matériel d'origine médical pour installer et faire fonctionner un poste médical avance, l'oxygène, des coffres pour soigner les victimes, les médicaments en surplus, des coffres avec des pansements, couvertures, ...</i>
FIT LOG	<i>First Intervention Team Logistique Véhicule avec le matériel d'origine logislique, pour le fonctionnement et l'organisation d'un poste PMA et la chaîne de secours D2. Civières, tente, groupe électrogène, lumière.</i>
Aide médicale urgente (AMU)	<i>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. L'aide, le transport et la prise en charge dans un service hospitalier adéquat sont assurés (conformément à la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente).</i>
Centre de secours 100/ système d'appel unifié/ centrale 100 (CS 100)	<i>Organisation de l'Aide médicale urgente consistant en un numéro d'appel unifié et du personnel répondant aux appels urgents selon les régions imposées par le SPF Santé publique.</i>
Commission d'Aide médicale urgente (CoAMU)	<i>La Commission d'Aide médicale urgente est un organe consultatif pour les autorités provinciales et communales. Les Commissions regroupent tous les acteurs actifs dans le secteur de l'Aide médicale urgente au niveau des provinces et de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, et ce sous la présidence de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i>
Service mobile d'urgence (SMUR)	<i>Fonction 'service mobile d'urgence' agréée et intégrée par le Ministre de la Santé publique dans le fonctionnement de l'Aide médicale urgente. L'équipe SMUR, composée d'un médecin et d'un infirmier urgentistes se rend à un endroit donné à la demande du préposé du système d'appel unifié (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i>
Service d'ambulance	<i>Service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1^{er}, de la loi du 8 juillet 1964. Service ambulancier organisé par des personnes privées qui, en application de l'article 5, alinéa 3 de la même loi, ont accepté, en accord avec l'État, de collaborer à l'aide médicale urgente (conformément à l'AR du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente, art 1^{er}, 6°).</i>
Team d'Intervention paramédicalisé (PIT)	<i>Ambulance 100 dont l'équipage est complété d'un infirmier porteur de la compétence en soins d'urgence.</i>
Victime (directe) / personne directement impliquée	<i>Toute personne directement confrontée à une situation d'urgence, présente au moment des faits (personne décédée, blessée, indemne, témoin sur les lieux).</i>
Impliqué Personne indemne	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui ne semble pas avoir de blessures physiques.</i>



Service d'Intervention sociale urgente (STSU)	Service de la Croix-Rouge de Belgique qui assiste la discipline 2 dans le cadre de la prise en charge psychosociale des victimes dans des situations d'urgence collective. Ce service constitue une unité opérationnelle dans le cadre de la mise en œuvre du PIPS.
Plan Belgian association for burns injuries (Plan BABI)	Plan national organisant le nombre de lits pour grands brûlés et la coordination des différents centres de traitement des grands brûlés
Dispositif médical préventif	Ensemble des mesures médico-sanitaires établies préalablement aux événements planifiés comportant d'éventuels risques pour les participants et / ou le public, en concertation avec les organisateurs et les autorités compétentes (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).
Plan d'Intervention psychosociale (PIPS)	Subdivision du plan d'intervention monodisciplinaire pour la discipline 2. Le plan active et coordonne l'aide psychosociale pour toutes les personnes impliquées dans des situations d'urgence collective, tant en phase aiguë que dans le soutien à plus long terme.
Responsable de l'Aide psychosociale (R-APS)	Le R-APS veille à la mise en place du soutien communal (Centre d'Accueil, Centre d'Information téléphonique, Centre d'Encadrement des Proches, Centre de Traitement de l'Information) du PIPS et garantit la présence de personnel et de moyens matériels en suffisance. Le R-APS travaille sous l'autorité administrative du bourgmestre et de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément au PIPS).
Centre d'accueil (CA)	Centre proposant une première prise en charge psychosociale aux personnes indemnes et aux éventuels témoins oculaires directement impliqués dans la situation d'urgence. Si nécessaire, des mesures sont prises pour un séjour de longue durée. La localisation et l'organisation du CA sont déterminées par le Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).
Endroit de regroupement	Lieu où sont regroupées les personnes indemnes avant d'être éloignées du site de la catastrophe.
Hôpital doté de la fonction 'Soins urgents spécialisés'	Hôpital doté d'une fonction 'Soins urgents spécialisés' agréée (conformément à l'AR du 27 avril 1998).
Plan MASH	Plan de 'mise en alerte des services hospitaliers'. Chaque hôpital doit élaborer un plan d'action comprenant un 'volet interne' qui permet de faire face à un problème au sein de l'hôpital et un 'volet externe' qui permet de faire face à un afflux de victimes en cas de situation d'urgence collective (conformément à l'AR du 23 octobre 1964). Ce plan peut être considéré comme un PPU, il est toutefois approuvé par le gouverneur de la province.



LISTE ALPHABÉTIQUE D'ACRONYMES POUR LA DISCIPLINE 2

Adj-Dir-Med	<i>Dir-Med adjoint, assiste le Dir-Med</i>
Adj-IHF	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint</i>
Adj-TRI	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI</i>
Adj-PMA	<i>Infirmier qui assiste le médecin-PMA</i>
AMU	<i>Aide médicale urgente</i>
BABI	<i>Belgian association for burn injuries</i>
CA	<i>Centre d'Accueil</i>
CCC	<i>Comité de coordination communal</i>
CCP	<i>Comité de coordination provincial</i>
CCPS	<i>Comité de coordination psychosociale</i>
CIT	<i>Centre d'Information téléphonique</i>
CoAMU	<i>Commission d'Aide médicale urgente</i>
Coord. PMA	<i>Officier Poste médical avance</i>
CS 100	<i>Centre de secours 100, dispatching médical du système d'appel unifié</i>
CTI	<i>Centre de Traitement de l'Information</i>
Dir-Med	<i>Directeur de l'Aide médicale</i>
IHF	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral</i>
Médecin-TRI	<i>Médecin SMUR qui effectue le triage</i>
Médecin-PMA	<i>Médecin assurant la coordination médicale du Poste médical avance</i>
PC-Ops	<i>Poste de commandement opérationnel</i>
PIM	<i>Plan d'Intervention médical</i>
PIT	<i>Team d'Intervention paramédicalisé</i>
PIPS	<i>Plan d'Intervention psychosociale</i>
PMA	<i>Poste médical avance</i>
Pré-tri	<i>Triage préalable</i>
PSM	<i>Psychosocial Manager</i>
R-APS	<i>Responsable de l'Aide psychosociale</i>
R-CA	<i>Responsable du Centre d'Accueil</i>
R-CEP	<i>Responsable du Centre d'Encadrement des Proches</i>
R-CIT	<i>Responsable du Centre d'Information téléphonique</i>
R-CTI	<i>Responsable du Centre de Traitement de l'Information</i>
SISU	<i>Service d'Intervention sociale urgente</i>
SMUR	<i>Service mobile d'urgence</i>
TIR	<i>Team d'Intervention rapide</i>
TRI	<i>Triage</i>



SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

ARRETE ROYAL DU 2 FEVRIER 2007 DEFINISSANT LA FONCTION DE DIRECTEUR DE L'AIDE MEDICALE ET SON CHAMP D'APPLICATION. (M.B. 02.03.2007 + errat. M.B. 30.04.2007)

Vu la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, notamment l'article 1^{er}, alinéa 3, remplacé par la loi du 22 février 1998 ;

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 37bis, inséré par la loi du 10 août 2001 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 21 mars 2006 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 29 août 2006 ;

Vu l'avis n° 41.438/3 du Conseil d'Etat, donné le 17 octobre 2006 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

- 1° Le Ministre : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ;
- 2° Le Plan d'Intervention Médical (PIM) :
toute disposition prise en exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, pour, lors de situations d'urgence médicale collective,
 - organiser et apporter des secours et des soins appropriés aux victimes ;
 - organiser et assurer la prise en charge psycho-sociale des impliqués ;
 - organiser les mesures nécessaires à la sauvegarde ou à la préservation de l'état de la santé de la population exposée ou potentiellement exposée ;
- 3° Directeur de l'Aide médicale, ci-après dénommé « Dir-Med » : le médecin, visé à l'article 11, § 3, de l'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, qui répond au profil de compétence prévu à l'article 6 et qui effectue les missions reprises à l'article 2 ;
- 4° Impliqué : personne, ni décédée, ni blessée, affectée par l'événement au niveau matériel et/ou affectif ;
- 5° Situation d'urgence médicale collective : situation dans laquelle un grand nombre de personnes se trouvent, résultant d'un événement dommageable soudain et/ou inhabituel lors duquel les capacités de routine de l'aide médicale urgente sont temporairement dépassées ;
- 6° Poste Médical Avancé, ci-après dénommé « PMA » : structure transitoire pré-hospitalière qui permet d'assurer le tri, la stabilisation des victimes, leur mise en condition, l'enregistrement et l'identification des victimes, ainsi que l'évacuation régulée vers les hôpitaux ;
- 7° Dispositif médical préventif : ensemble des mesures médico-sanitaires établies préalablement aux manifestations planifiées, génératrices de risques potentiels pour les participants et/ou le public, en concertation avec les organisateurs et les autorités compétentes ;
- 8° Rôle de garde : service de permanence assuré en alternance par les médecins participants ;
- 9° Inspecteur d'Hygiène : la personne visée à l'article 10bis de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente ;
- 10° Cellule de Vigilance Sanitaire : la cellule visée à l'article 37bis de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ;
- 11° Chaîne médicale des secours : les moyens et le personnel pouvant faire l'objet d'une réquisition en vertu de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

Art. 2. § 1. Le Dir-Med :

- 1° en cas de déclenchement du Plan d'Intervention Médical ou sur injonction d'un Inspecteur d'Hygiène ou d'un médecin de la Cellule de Vigilance Sanitaire, est l'autorité opérationnelle sur l'ensemble des secours médicaux et sanitaires affectés à la chaîne médicale des secours quels que soient leurs services d'origine.



A ce titre, et sans que l'énumération soit limitative, le Dir-Med :

- a) valide l'emplacement du poste médical avancé ou d'un autre dispositif équivalent, évitant l'afflux massif de blessés dans un seul hôpital ou dans un hôpital moins adapté aux pathologies spécifiques des victimes ;
- b) organise et coordonne la médicalisation des opérations : relevage, triage, soins, mise en condition de transport et d'évacuation des victimes ; accueille et affecte les médecins et le personnel de santé ;
- c) fait tenir à jour et garantit la confidentialité de la liste des victimes ;
- d) fait mettre en place une structure d'accueil pour les impliqués et une morgue pour les personnes décédées, en accord avec les autorités judiciaires ;
- e) s'assure de l'approvisionnement adéquat en produits pharmaceutiques, en oxygène et en appareillages médicaux ;
- f) régule l'évacuation des victimes du ou des lieux de l'événement vers le PMA ou toute autre structure temporaire déployée et vers les hôpitaux ;
- g) organise en cas d'intervention prolongée, la relève des médecins affectés et du personnel de santé ;
- h) par délégation de l'Inspecteur d'Hygiène, assiste les autorités comme interlocuteur médical, lorsque la situation médicale le permet ;
- i) décide de la levée du P.M.A. ou de toute autre structure temporaire déployée en accord avec l'Inspecteur d'Hygiène ;
- j) fait rapport régulier à l'Inspecteur d'Hygiène de ses actions et le sollicite pour des demandes particulières ;
- k) participe aux réunions de compte-rendu et de retour d'expérience ;

2° sur demande de l'Inspecteur d'Hygiène et au titre d'expertise apportée aux Commissions d'Aide médicale urgente, participe aux réunions de coordination et d'établissement des plans d'intervention médicaux, en ce compris les propositions de dispositifs préventifs et l'organisation des exercices de planification d'urgence.

§ 2. Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène.

Art. 3. § 1. Le Ministre veille à ce qu'un rôle de garde Dir-Med soit organisé 24 heures sur 24 pour tout le territoire belge. Ce rôle de garde est incompatible avec la participation simultanée à un autre rôle de garde.

§ 2. Un Dir-Med doit pouvoir être immédiatement disponible en cas d'appel par :

- 1° l'Inspecteur d'Hygiène ;
- 2° un médecin de la Cellule de Vigilance Sanitaire. L'Inspecteur d'Hygiène fait partie pour une part de ses missions de la Cellule de Vigilance Sanitaire.

§ 3. Le déclenchement du Plan d'Intervention Médical implique l'appel au Dir-Med. L'Inspecteur d'Hygiène ou la Cellule de Vigilance Sanitaire déclenche le Plan d'Intervention Médical.

§ 4. Les missions visées au § 2 et au § 3 peuvent être déléguées à un centre du système d'appel unifié par l'Inspecteur d'Hygiène ou par la Cellule de Vigilance Sanitaire.

Art. 4. Le Ministre veille à ce que la permanence s'exerce de telle façon que le Dir-Med sollicité puisse habituellement remplir les missions visées à l'article 2, dans les 30 minutes à compter de l'appel. En attendant l'arrivée du Dir-Med, les missions de celui-ci sont assurées par le médecin de la première fonction « service mobile d'urgence » arrivée sur place, ou, après concertation avec ce dernier, par un médecin d'une des fonctions « service mobile d'urgence » envoyées en renfort qui en accepte la mission, par notification à l'Inspecteur d'Hygiène ou au centre du système d'appel unifié.

Art. 5. Le Ministre désigne les médecins inscrits au rôle de garde Dir-Med.

Les modalités de candidature et de désignation en tant que Dir-Med seront précisées par le Ministre.



Art. 6. § 1. Le Dir-Med répond au minimum au profil de compétence suivant :

- 1° médecin titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'urgence ou médecin spécialiste en médecine aiguë, tels que visés à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, ou titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en soins d'urgence, tel que visé à l'article 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité ;
- 2° qui a suivi, pour la prise en charge des situations d'urgence médicale collective, un enseignement spécifique validé par Nous ;
- 3° qui exerce, ou qui a exercé au cours des 10 années précédant la date de désignation, au moins partiellement sa profession dans une fonction « service mobile d'urgence » d'un hôpital.

§ 2. Dans l'activité opérationnelle, le Dir-Med peut se faire assister par un ou plusieurs adjoints qui répond(ent) au minimum au profil de compétence suivant :

- 1° soit une personne également désignée comme Dir-Med par le Ministre, conformément à l'article 5,
- 2° [A.R. du 30 décembre 2008, art. 1. (vig. 12 février 2009) (M.B. 02.02.2009) - un(e) infirmier(ère) titulaire du diplôme ou du titre d'infirmier(ère) gradué(e) et du titre professionnel particulier d'infirmier(ère) gradué(e) en soins intensifs et d'urgence, qui exerce ou qui a exercé au cours des dix années précédant la date de désignation, au moins partiellement, sa profession dans une fonction "service mobile d'urgence" d'un hôpital et ayant suivi l'enseignement spécifique tel que défini au § 1^{er}, 2°.]

et au(x)quel(s) il confie des tâches spécifiques.

Art. 7. La désignation en tant que Dir-Med peut être retirée par le Ministre :

- 1° si avis négatif de la Commission d'aide médicale urgente compétente ;
- 2° sur un Dir-Med n'a pas participé effectivement au moins à 14 jours de rôle de garde Dir-Med sur l'année écoulée ;
- 3° à la demande du Dir-Med, moyennant un préavis de 3 mois nécessaire à l'organisation de son remplacement.

Art. 8. Le Ministre fixe les allocations de garde de la fonction Dir-Med, ainsi que les modalités de prise en charge des frais d'organisation et d'intervention de la fonction Dir-Med par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Art. 9. Le Dir-Med dispose des moyens d'identification personnelle fixés par le Ministre.

Le Dir-Med dispose d'une police d'assurance couvrant sa responsabilité civile professionnelle et d'une police d'assurance couvrant les accidents du travail, à charge du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Art. 10. Le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement dresse, au plus tard dans le mois de la publication du présent arrêté, une liste des Dir-Med ayant tenu au moins 14 jours une garde Dir-Med effective au cours de l'année écoulée. Ces médecins sont désignés en tant que Dir-Med à titre transitoire et par dérogation à l'article 6, § 1^{er}. [jusqu'au 31 décembre 2009 au plus tard].

ainsi modifié par A.R. du 30 décembre 2008 art. 2. (vig. 12 février 2009) (M.B. 02.02.2009)

Art. 11. L'article 6, § 1^{er}, 2°, et l'exigence concernant l'enseignement spécifique visée à l'article 6, § [2], 2°, entrent en vigueur à une date à préciser par Nous.

sic errat. M.B. 30.04.2007

Art. 12. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.



Déclaration conjointe du 27 juin 2016 concernant le plan Mise en Alerte des Services Hospitaliers (MASH) **Gemeenschappelijke Verklaring van 27 juni 2016 over de ziekenhuisnoodplanning**

Vu les compétences respectives dont disposent l'État fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés et Régions, sur le plan de la politique de santé,

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden, hierna de Gemeenschappen/ Gewesten genoemd, op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken,

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe A, III, 14°,

Gelet op het Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, meer bepaald bijlage A, III, 14°,

Vu l'arrêté royal du 17 octobre 1991 et la circulaire du 4 novembre 1993,

Gelet op het Koninklijk besluit van 17 oktober 1991 en omzendbrief van 4 november 1993,

Vu l'arrêté royal du 16 février 2006 et la circulaire ministérielle NPU-1 du 26 octobre 2006,

Gelet op het Koninklijk besluit van 16 februari 2006 en de Ministeriële omzendbrief NPU-1 van 26 oktober 2006,

Vu la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État,

Gelet op de Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming,

Considérant que les plans d'urgence des hôpitaux font partie intégrante des conditions d'exploitation de l'hôpital et qu'ils doivent être approuvés par le gouverneur de la province¹ après contrôle par les Communautés et après avis par l'inspecteur d'hygiène du service public fédéral Santé Publique,

Overwegende dat de ziekenhuisnoodplannen integraal tot de uitbatingvoorwaarden van het ziekenhuis behoren en dat ze goedgekeurd worden door de gouverneur van de provincie² na controle door de gemeenschappen en na advies van de gezondheidsinspecteur van de federale overheidsdienst volksgezondheid,

Considérant que la sixième réforme de l'État a transféré de nouvelles compétences en matière de santé publique vers les entités fédérées,

Overwegende dat in het kader van de zesde Staatshervorming nieuwe bevoegdheden inzake Volksgezondheid naar de deelstaten werden overgedragen,

Considérant que certaines matières relatives à la politique de la santé continuent à relever de la compétence de l'État fédéral,

Overwegende dat bepaalde materies betreffende het gezondheidsbeleid onder de bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven ressorteren,

Considérant que la gestion des catastrophes requiert une prise en charge multidisciplinaire par

Overwegende dat rampenmanagement een multidisciplinaire aanpak vergt van de verschillende

¹ A Bruxelles, les compétences de l'ex-Gouverneur ont été reprises par l'Agglomération bruxelloise

² In Brussel, zijn de bevoegdheden van de ex-Gouverneur overgenomen door de Brusselse Agglomeratie

les différentes disciplines sous la supervision du bourgmestre, du gouverneur ou du ministre de l'Intérieur en fonction, respectivement, de la phase communale, provinciale ou fédérale, il est convenu ce qui suit:

disciplines onder leiding van de burgemeester, gouverneur of de minister van Binnenlandse Zaken afhankelijk van respectievelijk de gemeentelijke, provinciale fase en de federale fase, wordt overeengekomen wat volgt:

Art. 1er, §1er La présente Déclaration conjointe constitue la base de la collaboration entre les Communautés, les Régions et l'État fédéral dans le cadre de la rédaction, de la mise à jour, de la validation et de la mise en œuvre optimale du plan d'urgence des hôpitaux.

Art 1. §1 Deze Gemeenschappelijke Verklaring vormt de basis voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van een optimale opmaak, actualisatie, validatie, en implementatie van het ziekenhuisnoodplan.

§2 Des directives et une coordination entre les différents niveaux de pouvoir sont nécessaires, notamment et plus spécifiquement en ce qui concerne la communication aux hôpitaux sur les plans d'urgence des hôpitaux car les plans d'urgence des hôpitaux sont indispensables.

§2 Er zijn richtlijnen en afstemming nodig tussen de verschillende beleidsniveaus, onder meer en in het bijzonder wat betreft de communicatie naar de ziekenhuizen over de ziekenhuisnoodplanning, omdat de ziekenhuisnoodplannen vereist zijn.

Art. 2. §1er La gestion des catastrophes requiert une coordination entre les différentes disciplines visées aux articles 10 à 14 de l'arrêté royal du 16 février 2006 .

Art 2. §1 Rampenmanagement vergt een coördinatie tussen de verschillende disciplines waarnaar in de artikels 10 tot 14 van het Koninklijk besluit van 16 februari 2016 wordt verwezen.

§2 Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs survenant au sein de l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci: "plan MASH" (Mise en Alerte des Services Hospitaliers).

§2 Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis én ongevallen buiten het ziekenhuis: "ziekenhuisnoodplan".

§3 1er L'objectif du plan MASH est la mise en place d'une infrastructure médicale et paramédicale permettant de faire face à un afflux de victimes. Celles-ci doivent pouvoir être prises en charge de manière efficace, sans que cela ne mette en péril les soins administrés aux patients déjà hospitalisés.

§3 1. Het doel van het ziekenhuisnoodplan is het oprichten van een medische en paramedische infrastructuur om het hoofd te bieden aan een toestroom van getroffen en. Deze moeten op een efficiënte manier kunnen worden opgevangen zonder dat de zorg voor de reeds opgenomen patiënten in het gedrang komt.

Le plan MASH sert donc à augmenter rapidement la capacité d'accueil de l'hôpital et à faire passer le plus rapidement possible l'organisation hospitalière des secours quotidiens aux secours d'urgence si le nombre de victimes hospitalisées dépasse les moyens permettant une aide individuelle.

Het ziekenhuisnoodplan dient dus om de opvangcapaciteit van het ziekenhuis snel te kunnen opdrijven en de ziekenhuisorganisatie zo snel als mogelijk te transformeren van de dagdagelijkse hulpverlening naar een dringende noodhulpverlening indien het aantal toegekomen getroffen en de middelen voor een één-op-één-hulpverlening, overschrijdt.

Le plan MASH est donc élaboré pour appuyer le plan monodisciplinaire de la Discipline 2 - l'aide médicale, sanitaire et psychosociale - sans en faire partie.

Het ziekenhuisnoodplan wordt bijgevolg uitgewerkt om het monodisciplinaire plan van Discipline 2 – de medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening – te ondersteunen zonder dat het er deel van uitmaakt.

2. Le plan MASH prévoit des procédures et des scénarios pour l'isolement, la relocalisation, l'accueil et l'évacuation et englobe l'ensemble des personnes, des attitudes, des procédures, des équipements et des moyens:

- qui s'efforcent constamment de limiter les risques,
- qui mettent en place une structure organisationnelle temporaire, sur la base de fonctions permanentes, dans le but de maîtriser le plus vite possible la situation d'urgence.

Le plan MASH prévoit les mesures d'urgence matérielles et organisationnelles:

- qui permettent d'intervenir soi-même sur le site et de faire face à une situation d'urgence en limitant autant que possible les répercussions néfastes. Cette situation d'urgence peut se produire à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.
- qui permettent l'intervention d'autorités externes et de services externes si l'événement ou la situation d'urgence a des répercussions en dehors du site.

§4 Les accidents au sein de l'hôpital peuvent être: un incendie, une panne d'électricité, un accident chimique, une bactérie nosocomiale, etc.

Les accidents en dehors de l'hôpital peuvent être: un accident chimique dans une entreprise Seveso voisine (entreprise présentant un risque particulier), une collision en chaîne, des inondations, des attentats terroristes, une pandémie, etc.

§5 Le médecin en chef est responsable du plan MASH. Le comité permanent est chargé de la rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan MASH. La cellule de coordination et de commandement (CCC) est activée quand le plan MASH est déclenché. La cellule coordonne les opérations (logistique et personnel) et communique avec le comité de coordination, communal, provincial et/ ou fédéral, s'occupe des contacts avec les médias et prend en charge les familles des victimes hospitalisées.

§6 Le plan MASH doit être connu du personnel hospitalier et faire l'objet d'exercices internes, monodisciplinaires et multidisciplinaires. Il doit être régulièrement adapté à l'environnement en

2. Het ziekenhuisnoodplan voorziet in procedures en scenario's voor isolatie, relocatie, receptie en evacuatie en omvat het geheel van mensen, houdingen, procedures, voorzieningen en middelen dat:

- op een continue basis de risico's probeert te beperken
- een tijdelijke organisatiestructuur opstart, gebaseerd op permanente functies, met als doel de noodsituatie zo vlug mogelijk te beheersen.

Het ziekenhuisnoodplan voorziet in de materiële en organisatorische noodmaatregelen om:

- zelf op de campus tussen te komen en het hoofd te bieden aan een noodsituatie door zoveel mogelijk de nefaste gevolgen te beperken. Deze noodsituatie kan zich binnen én buiten het ziekenhuis voordoen.
- de interventie van externe overheden en diensten toe te staan indien de gebeurtenis of noodsituatie effecten buiten de site heeft

§4 Ongevallen binnen het ziekenhuis kunnen zijn: brand, stroompanne, chemisch ongeval, ziekenhuisbacterie, etc.

Ongevallen buiten het ziekenhuis kunnen zijn: chemisch ongeval in een nabijgelegen Seveso-bedrijf (bedrijf met een bijzonder risico), kettingbotsing, overstromingen, terroristische aanslagen, pandemie, etc.

§5 De hoofdarts is verantwoordelijk voor het ziekenhuisnoodplan. Het permanent comité is belast met het opstellen, actualiseren en valideren van het ziekenhuisnoodplan; De coördinatie- en commandocel (CCC) wordt geactiveerd wanneer het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd. De cel coördineert de operaties (logistiek en personeel) en communiceert met het gemeentelijk, provinciaal en/ of federaal coördinatiecomité, staat in voor de contacten met de media en zorgt voor de opvang van de familie van de opgenomen getroffen.

§6 Het ziekenhuisnoodplan dient bekend zijn bij het ziekenhuispersoneel en intern, monodisciplinair en multidisciplinair te worden geoefend. Het dient op regelmatige basis worden aangepast aan de

évolution constante et être intégré dans les plans d'urgence communaux et provinciaux.

veranderende omgeving en te worden ingebed in de gemeentelijke en provinciale noodplanning.

Art 3. Une enquête menée par le SPF Santé publique auprès des hôpitaux en 2013 a entre autres, montré que les hôpitaux ont besoin d'*outils de soutien*:

1. un *site web* d'échanges et d'informations;
2. une *réunion* où ils peuvent échanger leurs expériences et formuler des avis à l'attention des pouvoirs publics;
3. un *modèle* de plan MASH et une *procédure d'approbation uniformes*;
4. une *feuille de route* pour *pratiquer* et
5. des exemples de plans permettant de faire face à des *risques spécifiques* (panne d'électricité, crash informatique, etc.)

Art 3. Een bevraging aan de ziekenhuizen die door FOD Volksgezondheid in 2013 uitgevoerd werd, heeft onder andere, aangetoond dat de ziekenhuizen nood hebben aan *ondersteunende tools* :

1. een *website* voor uitwisseling en informatie;
2. een *bijeenkomst* voor uitwisseling van ervaringen en formulering van adviezen aan de overheid;
3. een *uniform model* van ziekenhuisnoodplan en *goedkeuringsprocedure*;
4. een *draaiboek* om te *oefenen* en
5. voorbeelden van plannen voor *specifieke risico's* (stroompanne, IT-crash, etc).

Art. 4. §1er Pour répondre à ces besoins, plusieurs *groupes de travail* ont été créés en juillet 2014 sous le pilotage du SPF Santé publique :

1. 'législation', chargé de mettre par écrit des propositions de révision de la législation;
2. 'modèle de plan MASH et procédure d'approbation et risques spécifiques', chargé de mettre au point un canevas de plan catastrophe à envoyer aux hôpitaux afin qu'ils puissent le compléter rubrique par rubrique pour leur hôpital;
3. 'feuille de route pour pratiquer', chargé de développer un outil permettant d'acquérir des connaissances sur le plan MASH et un outil permettant d'organiser des exercices catastrophes pour tester et perfectionner leur plan MASH et
4. 'échange d'informations et d'expériences et réunion', chargé de proposer un site web et un forum pour les hôpitaux et un logo pour le plan MASH.

Art 4. §1 Om aan deze noden te beantwoorden, werden een aantal *werkgroepen* opgericht in juli 2014:

1. 'wetgeving' voor een beschrijving van de conclusies van de revisie van de wetgeving;
2. 'model van ziekenhuisnoodplan en goedkeuringsprocedure én specifieke risico's' voor een template van ziekenhuisrampenplan dat aan de ziekenhuizen kan gestuurd worden opdat ze het per rubriek kunnen invullen voor hun ziekenhuis.
3. 'draaiboek om te oefenen' voor een tool om te leren over het ziekenhuisnoodplan en een tool om rampoefeningen te organiseren voor het testen en perfectioneren van hun ziekenhuisnoodplan en
4. 'uitwisseling van informatie en ervaringen en bijeenkomst' voor een voorstel van een website en een forum voor de ziekenhuizen en een logo voor het ziekenhuisnoodplan.

§2 L'objectif final de ces groupes de travail est d'harmoniser la terminologie et le contenu des plans d'urgence des hôpitaux et de la procédure d'approbation en soutenant les autorités locales. On tient compte d'une façon maximale,

§2 Het finale doel van deze werkgroepen, is om de terminologie en de inhoud van de ziekenhuisnoodplannen te harmoniseren en om de goedkeuringsprocedure door lokale overheden te faciliteren.

des autres projets en développement dans le cadre de la planification d'urgence, et qui ont un impact sur les résultats de ces groupes de travail. Ainsi, le développement de l' « Incident Crisis Management System (ICMS) » et d'un système d'enregistrement uniforme des victimes, sont inclus dans les travaux afin que les résultats des groupes de travail soient congruents et cohérents avec d'autres projets pertinents. L'ICMS est une plate-forme informatique pour la gestion des urgences collectives. Cette plate-forme de sécurité comprend une base de données centrale où toutes les données - critiques pour la gestion des catastrophes - sont mises à jour en ligne. Cette base de données centrale permet la génération automatique des plans d'urgence et d'intervention généraux provinciaux et municipaux et les plans d'urgence spéciaux. Idéalement, cette plateforme inclut un modèle pour l'enregistrement des exercices de catastrophe que les hôpitaux doivent remplir chaque année en ligne.

§3 Les groupes de travail ont été constitués d'experts du terrain, une représentation des communautés et régions et des services fédéraux de planification d'urgence des gouverneurs. Les groupes de travail sont dirigés par un comité de pilotage qui coordonne le projet et prend les décisions nécessaires pour harmoniser les travaux des groupes de travail et résoudre les problèmes éventuels.

Art 5. §1er. Nous voulons poursuivre et continuer la coopération entre les autorités fédérales, les Communautés et les Régions, à l'égard des plans MASH et le travail des différents groupes de travail malgré le transfert des compétences à la suite de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Nous visons aussi une coopération entre les différentes autorités pour offrir, mettre en œuvre, évaluer et optimiser les outils et moyens d'aide aux hôpitaux, lesquels les différents groupes de travail ont générés.

§2. Les autorités fédérales, les Communautés et les Régions s'engagent à entamer une concertation au sujet des plans MASH et à rédiger un protocole d'accord qui sera soumis lors d'une

Er wordt maximaal rekening gehouden met de andere projecten in ontwikkeling binnen de noodplanning, én die een impact hebben op de resultaten van deze werkgroepen: Zo worden de ontwikkelingen van het "Incident Crisis Management Systeem (ICMS)" en van een uniform registratiesysteem van de slachtoffers, meegenomen in de werkzaamheden opdat de resultaten van de werkgroepen congruent en coherent zijn met andere relevante, lopende projecten. Het ICMS is een informaticaplatform voor het beheer van collectieve noodsituaties. Dit veiligheidsplatform omvat een centrale databank waar alle gegevens - cruciaal voor de rampenbeheersing - online bijgehouden worden. Deze centrale databank zorgt voor de automatische generatie van de provinciale en gemeentelijke algemene nood- en interventieplannen en de bijzondere nood- en interventieplannen.

Idealiter omvat dit veiligheidsplatform, een template voor registratie rampoefening dat elk jaar online dient ingevuld te worden door de ziekenhuizen.

§3 De werkgroepen werden samengesteld uit experten van het werkveld, een vertegenwoordiging van de gemeenschappen en gewesten en van de federale diensten noodplanning van de gouverneurs. De werkgroepen worden aangestuurd door een stuurgroep die het project coördineert en de beslissingen neemt die vereist zijn om de werkzaamheden van de werkgroepen op elkaar af te stemmen en eventuele knelpunten op te lossen.

Art 5. §1. We willen de samenwerking met betrekking tot de ziekenhuisnoodplanning en de werkzaamheden van de verschillende werkgroepen, bestendigen en verder te kunnen zetten ondanks de bevoegdheidsoverdracht ten gevolge van de 6^{de} Staatshervorming. We beogen ook een samenwerking tussen de verschillende overheden voor het aanbieden, ter beschikking stellen, evalueren en optimaliseren van de tools en hulpmiddelen voor de ziekenhuizen, die de verschillende werkgroepen gegenereerd hebben.

§2. De Federale Overheden, de Gemeenschappen en Gewesten, verbinden er zich toe om overleg over de ziekenhuisnoodplanning op te starten en een protocolakkoord op te stellen dat zal voorgelegd

prochaine réunion de la Conférence worden op een volgende vergadering van de interministeriële. Interministeriële Conferentie.

§3. Le Risk Management Group définira les domaines dans lesquels une harmonisation est indispensable et fera des propositions pouvant déboucher sur une éventuelle adaptation de la législation. §3. De Risk Management Group zal domeinen definiëren waarin afstemming noodzakelijk is en voorstellen doen die tot een eventuele aanpassing van de wetgeving kunnen leiden.

27 JUIN 2016

27 JUNI 2016

Voor de Federale Staat,
Pour l'État fédéral,



Maggie De Block,

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,



Jo Vandeurzen,

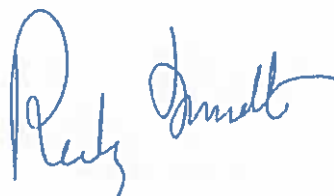
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,

Pour la Région wallonne,



Maxime Prévot,
Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine,

Pour la Communauté française,



Rudy Demotte,
Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles,



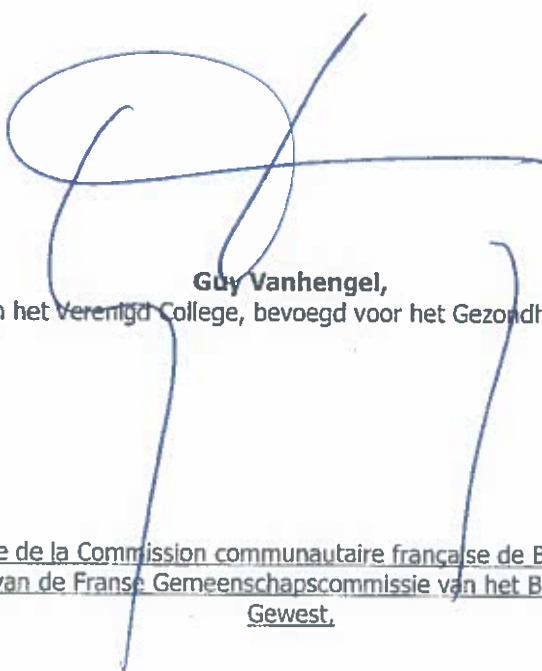
Alda Greoli,
Vice-Présidente, Ministre de la Culture et de l'Enfance

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale,
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad.



Didier Gosuin

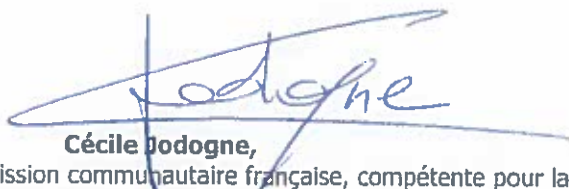
Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, du Patrimoine et des Relations extérieures



Guy Vanhengel,

Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid

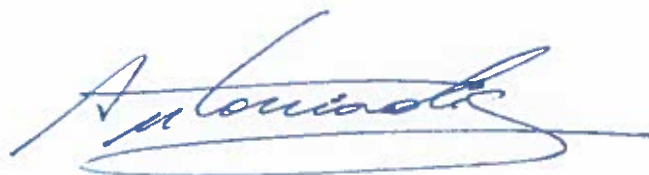
Pour le collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale,
Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk
Gewest,



Cécile Jodogne,

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de Santé,

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,
Pour la Communauté germanophone,



Antonios Antoniadis,
Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales,

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2016/24291]

24 OCTOBRE 2016. — Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'article 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier

I. INTRODUCTION

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de santé;

Vu la Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Santé publique concernant le plan d'urgence des hôpitaux, du 27 juin 2016;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe A, III, 14°;

Vu l'arrêté royal du 17 octobre 1991 et la circulaire du 4 novembre 1993;

Vu l'arrêté royal du 16 février 2006 et la circulaire ministérielle NPU-1 du 26 octobre 2006;

Vu la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat;

Vu le rapport intermédiaire et provisoire sur le volet « assistance et secours » de la commission d'enquête parlementaire du 3 août 2016 (doc 54/1752/006);

Considérant que les plans d'urgence des hôpitaux font partie intégrante des conditions d'exploitation de l'hôpital et qu'ils doivent être approuvés par le gouverneur de la province. A Bruxelles, les compétences de l'ex-Gouverneur ont été reprises par l'Agglomération bruxelloise après contrôle par les Communautés/Régions et après avis de l'inspecteur d'hygiène du service public fédéral Santé Publique;

Considérant que la sixième réforme de l'Etat a transféré de nouvelles compétences en matière de santé publique vers les entités fédérées;

Considérant que certaines matières relatives à la politique de la santé continuent à relever de la compétence de l'Etat fédéral;

Considérant que la gestion des catastrophes requiert une prise en charge multidisciplinaire par toutes les disciplines sous la supervision du bourgmestre, du gouverneur ou du ministre de l'Intérieur en fonction, respectivement, de la phase communale, provinciale ou fédérale, il est convenu ce qui suit:

II. BUTS

La gestion des catastrophes requiert une coordination entre les différentes disciplines visées aux articles 10 à 14 de l'arrêté royal du 16 février 2006.

Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs survenant au sein de l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci. Dans le texte qui suit nous parlerons du plan d'urgence hospitalier dans lequel on intègre le plan d'urgence interne et le plan d'urgence externe.

L'objectif du plan d'urgence hospitalier est de prendre avec toutes les disciplines de l'hôpital toutes les actions nécessaires pour faire face à un afflux interne et externe de victimes.

Celles-ci doivent pouvoir être prises en charge de manière efficace, sans que cela ne mette en péril les soins administrés aux patients déjà hospitalisés.

Le plan d'urgence hospitalier sert donc à accroître rapidement la capacité d'accueil de l'hôpital et à faire passer le plus rapidement possible l'organisation hospitalière des soins habituels vers une situation d'aide d'urgence commune urgente si le nombre de victimes hospitalisées dépasse les moyens permettant les soins individuels.

Le plan d'urgence hospitalier est donc élaboré pour appuyer le plan monodisciplinaire de la Discipline 2 - l'aide médicale, sanitaire et psychosociale - sans en faire partie.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C - 2016/24291]

24 OKTOBER 2016. — Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning

I. INLEIDING

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op de Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de ziekenhuisnoodplanning van 27 juni 2016;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, meer bepaald bijlage A, III, 14°;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 oktober 1991 en omzendbrief van 4 november 1993;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 februari 2006 en de Ministeriële omzendbrief NPU-1 van 26 oktober 2006;

Gelet op de Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming;

Gelet op het tussentijds en voorlopig verslag over het onderdeel "hulpverlening" van de parlementaire onderzoekscommissie van 3 augustus 2016 (doc 54/1752/006);

Overwegende dat de ziekenhuisnoodplannen integraal tot de uitbatingvoorwaarden van het ziekenhuis behoren en dat ze goedgekeurd worden door de gouverneur van de provincie na controle door de Gemeenschappen/Gewesten en na advies van de gezondheidsinspecteur van de federale overheidsdienst volksgezondheid;

Overwegende dat in het kader van de zesde Staatshervorming nieuwe bevoegdheden inzake Volksgezondheid naar de deelstaten werden overgedragen;

Overwegende dat bepaalde materies betreffende het gezondheidsbeleid onder de bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven ressorteren;

Overwegende dat rampenmanagement een multidisciplinaire aanpak vergt van de verschillende disciplines onder leiding van de burgemeester, gouverneur of de minister van Binnenlandse Zaken afhankelijk van respectievelijk de gemeentelijke, provinciale fase en de federale fase, wordt overeengekomen wat volgt:

II. DOELSTELLINGEN

Rampenmanagement vergt een coördinatie tussen de verschillende disciplines waarnaar in de artikels 10 tot 14 van het Koninklijk besluit van 16 februari 2016 wordt verwezen.

Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis én ongevallen buiten het ziekenhuis. In deze tekst hierna spreken we voortaan over het ziekenhuisnoodplan waarmee zowel het intern als extern noodplan bedoeld wordt.

Het ziekenhuisnoodplan heeft als doel met alle disciplines binnen het ziekenhuis de nodige acties te ondernemen om het hoofd te bieden aan een externe en interne toestroom van slachtoffers.

Deze moeten op een efficiënte manier kunnen worden opgevangen zonder dat de zorg voor de reeds opgenomen patiënten in het gedrang komt.

Het ziekenhuisnoodplan dient dus om de opvangcapaciteit van het ziekenhuis snel te kunnen opdrijven en de ziekenhuisorganisatie zo snel als mogelijk te transformeren van de dagdagelijkse hulpverlening naar een dringende gezamenlijke noodhulpverlening indien het aantal toegekomen getroffen en de middelen voor een één-op-één-hulpverlening, overschrijdt.

Het ziekenhuisnoodplan wordt bijgevolg uitgewerkt om het monodisciplinaire plan van Discipline 2 - de medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening - te ondersteunen zonder dat het er deel van uitmaakt.

III. DEFINITIONS ET ROLES

Le plan d'urgence hospitalier qui est sous la responsabilité du directeur général comprend à la fois le plan d'urgence 'technique' (sous la responsabilité des chefs de la sécurité/directeur technique) et le plan d'urgence médical (sous la direction du médecin chef/directeur médical). Dans ce dernier cas, le médecin chef/directeur médical informe le directeur général du déclenchement du plan d'urgence médical et le gère en concertation étroite avec lui.

Le plan d'urgence hospitalier prévoit des procédures d'urgence (telles que, par exemple, l'évacuation, la réallocation, l'accueil et l'isolement) et comprend l'ensemble des personnes, attitudes, procédures, équipements et moyens qui :

- s'efforcent continuellement de limiter les risques
- mettent en place une structure opérationnelle temporaire avec des compétences et une division des tâches claires dans le but de maîtriser le plus vite possible la situation d'urgence/ catastrophe.

Le plan d'urgence hospitalier prévoit les mesures d'urgence matérielles et organisationnelles qui permettent :

- les interventions internes sur le site et les réactions face à une situation d'urgence, en limitant autant que possible ses conséquences néfastes. La situation d'urgence peut se produire à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

- les interventions des autorités et services externes si l'événement ou la situation d'urgence a des répercussions en dehors du site.

Le médecin-chef est responsable du plan d'urgence médical hospitalier. Le comité permanent est chargé de la rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan d'urgence hospitalier. Nous proposons de prévoir un bureau du Comité Permanent - cf. VI accords et procédures. La cellule de coordination hospitalière (CCH) est activée quand le plan d'urgence hospitalier est déclenché. La cellule coordonne les opérations (logistique et personnel) et communique avec le comité de coordination, communal, provincial et/ ou fédéral, est responsable des contacts avec les médias et de la prise en charge des familles de victimes admises.

Cela dans la mesure où les niveaux communal, provincial ou fédéral n'ont pas pris en charge la communication avec les médias et avec la famille et les proches des victimes.

Le plan d'urgence hospitalier doit être connu du personnel hospitalier et faire l'objet d'exercices internes, mono- et multidisciplinaires. Il doit être régulièrement adapté à l'environnement en évolution et être intégré dans les plans d'urgence communaux et provinciaux.

IV. INSTALLATION GROUPES DE TRAVAIL

Une enquête menée en 2013 par le SPF Santé Publique auprès des hôpitaux a montré, entre autres, que les hôpitaux ont besoin d'outils de soutien parmi lesquels nous proposons :

1. un site web d'échanges et d'informations;
2. des réunions où ils peuvent échanger leurs expériences et formuler des avis à l'attention des pouvoirs publics;
3. un modèle de plan d'urgence hospitalier et une procédure d'approbation uniformes;
4. des scénarios pour des exercices et;
5. des exemples de plans permettant de faire face à des risques spécifiques (panne d'électricité, crash informatique, terrorisme, etc.)

Pour répondre à ces besoins, quatre groupes de travail ont été créés en juillet 2014 :

1. un groupe de travail 'législation', chargé de mettre par écrit des propositions de révision de la législation;
2. un groupe de travail 'modèle de plan d'urgence hospitalier et procédure d'approbation et risques spécifiques', chargé de mettre au point un canevas de plan catastrophe à envoyer aux hôpitaux afin qu'ils puissent le compléter rubrique par rubrique pour leur hôpital;
3. un groupe de travail 'des scénarios pour des exercices', chargé de développer un outil permettant d'acquérir des connaissances sur le plan d'urgence hospitalier et un outil permettant d'organiser des exercices catastrophes pour tester et perfectionner leur plan d'urgence hospitalier et
4. un groupe de travail 'échange d'informations et d'expériences et réunions', chargé de proposer un site web et un forum pour les hôpitaux et un logo pour le plan d'urgence hospitalier.

L'objectif final de ces groupes de travail est d'harmoniser la terminologie et le contenu des plans d'urgence des hôpitaux et de soutenir la procédure d'approbation par les autorités locales.

III. DEFINITIES EN ROLLEN

Als we over het ziekenhuisnoodplan spreken gaat het zowel over het technisch ziekenhuisnoodplan (onder leiding van de preventieadviseur/technisch directeur) die verantwoording moet afleggen aan de algemeen directeur als over het medisch ziekenhuisnoodplan (onder leiding van de hoofdgeneesheer/hoofddarts/medisch directeur). Het is evident dat in het laatste geval de medisch directeur de algemeen directeur op de hoogte brengt van een opstart van een medisch ziekenhuisnoodplan maar dat ook de totstandkoming en de uitvoering ervan gebeurt in nauw overleg met de algemeen directeur.

Het ziekenhuisnoodplan voorziet in procedures en noodplannen (onder andere, bijvoorbeeld, evacuatie, relocatie, receptie en isolatie) en omvat het geheel van mensen, houdingen, procedures, voorzieningen en middelen dat :

- op een continue basis de risico's probeert te beperken
- een tijdelijke organisatiestructuur opstart met duidelijke bevoegdheden en taakverdeling met als doel de noodsituatie/ rampsituatie zo vlug mogelijk te beheersen.

Het ziekenhuisnoodplan voorziet in de materiële en organisatorische noodmaatregelen om :

- zelf op de campus tussen te komen en het hoofd te bieden aan een noodsituatie door zoveel mogelijk de nefaste gevolgen te beperken. Deze noodsituatie kan zich binnen én buiten het ziekenhuis voordoen.

- de interventie van externe overheden en diensten toe te staan indien de gebeurtenis of noodsituatie effecten buiten de site heeft

De hoofddarts is verantwoordelijk voor het medisch ziekenhuisnoodplan. Het permanent comité is belast met het opstellen, actualiseren en valideren van het ziekenhuisnoodplan. We voegen een nieuw element aan het Permanent Comité toe en stellen voor om ook een bureau voor het permanent comité te voorzien (zie verder onder VI afspraken en procedures). De coördinatierol van het ziekenhuis (CCZ) wordt geactiveerd wanneer het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd. De cel coördineert de operaties (logistiek en personeel) en communiceert met het gemeentelijk, provinciaal en/ of federaal coördinatiecomité, staat in voor de contacten met de media en zorgt voor de opvang van de familie van de opgenomen getroffen.

En dit voor zover het gemeentelijk, provinciaal en/ of federaal niveau de communicatie met de media en met familie en vrienden van de getroffen, nog niet heeft overgenomen.

Het ziekenhuisnoodplan dient bekend te zijn bij het ziekenhuispersoneel en intern, monodisciplinair en multidisciplinair te worden geoefend. Het dient op regelmatige basis worden aangepast aan de veranderende omgeving en te worden ingebed in de gemeentelijke en provinciale noodplanning.

IV. OPRICHTING WERKGROEPEN

Een bevraging aan de ziekenhuizen die door FOD Volksgezondheid in 2013 uitgevoerd werd, heeft, onder andere, aangetoond dat de ziekenhuizen nood hebben aan ondersteunende tools waaronder wij volgende voorstellen :

1. een website voor uitwisseling en informatie;
2. een bijeenkomst voor uitwisseling van ervaringen en formulering van adviezen aan de overheid;
3. een uniform model van ziekenhuisnoodplan en goedkeuringsprocedure;
4. een draaiboek om te oefenen en
5. voorbeelden van plannen voor specifieke risico's (stroompanne, IT-crash, terrorisme, etc).

Om aan deze noden te beantwoorden, werden vier werkgroepen opgericht in juli 2014 :

1. een werkgroep 'wetgeving' voor een beschrijving van de conclusies van de revisie van de wetgeving;
2. een werkgroep 'model van ziekenhuisnoodplan en goedkeuringsprocedure én specifieke risico's' voor een template van ziekenhuisrampenplan dat aan de ziekenhuizen kan gestuurd worden opdat ze het per rubriek kunnen invullen voor hun ziekenhuis;
3. een werkgroep 'draaiboek om te oefenen' belast met het uitwerken van een tool om te leren over het ziekenhuisnoodplan en een tool om rampoefeningen te organiseren voor het testen en perfectioneren van hun ziekenhuisnoodplan en
4. een werkgroep 'uitwisseling van informatie en ervaringen en bijeenkomst' voor een voorstel van een website en een forum voor de ziekenhuizen en een logo voor het ziekenhuisnoodplan.

Het finale doel van deze werkgroepen, is om de terminologie en de inhoud van de ziekenhuisnoodplannen te harmoniseren en om de goedkeuringsprocedure door lokale overheden te faciliteren.

La Déclaration conjointe, approuvée à la Conférence Interministérielle du 27 juin 2016, constitue la base de la collaboration entre les Communautés/Régions et l'Etat fédéral dans le cadre de la mise à jour, la validation et la mise en œuvre optimales du plan d'urgence hospitalier. Des directives et une coordination sont nécessaires entre les différents niveaux de gouvernement. Nous rappelons que les différents niveaux de gouvernement ont marqué leur accord sur les différents groupes de travail.

En outre, il est tenu compte au maximum des autres projets en développement dans le cadre de la planification d'urgence, et qui ont un impact sur les résultats de ces groupes de travail. Ainsi, le développement de l'« Incident Crisis Management System (ICMS) », d'un système d'enregistrement uniforme des victimes, et de l'adaptation de l'AR du 16 février 2006 sur les plans d'urgence, sont intégrés pour que les propositions des groupes de travail soient cohérentes avec d'autres projets en cours. L'ICMS est une plate-forme informatique destinée à l'information et la communication en cas d'urgence collective. Cette plate-forme sécurisée comprend un registre centralisé, où sont mises à jour en ligne toutes les données importantes pour la gestion des catastrophes.

Cette base de données centrale permet la génération automatisée des plans d'urgence et d'intervention, généraux, provinciaux, communaux et les plans d'urgence particuliers, la consultation des listes actualisées de l'occupation des lits dans les hôpitaux et du registre des victimes de l'urgence collective.

Idéalement, cette plateforme inclut un module d'enregistrement des exercices catastrophe à compléter annuellement en ligne par les hôpitaux.

Les groupes de travail sont constitués d'experts du terrain et une représentation des communautés et régions et des services fédéraux de planification d'urgence des gouverneurs. Les groupes de travail sont dirigés par un comité de pilotage qui coordonne le projet et prend les décisions nécessaires pour harmoniser les travaux des groupes de travail et résoudre les problèmes éventuels.

V. TRANSFERT DES COMPETENCES SUITE A LA REFORME DE L'ETAT

Nous voulons soutenir et poursuivre la coopération des groupes de travail après le transfert des compétences à la suite de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Nous visons également une coopération entre les différentes autorités pour offrir, mettre en œuvre, évaluer et optimiser les outils et moyens d'aide aux hôpitaux, générés par les différents groupes de travail.

VI. ACCORDS ET PROCEDURES

- Pour les points suivants, il est urgent de prendre les accords suivants qui entraînent une modification de la législation.

Le groupe de travail Législation, auquel participent les différents niveaux de pouvoir, s'engage à rédiger une proposition concrète d'adaptation de la législation.

- PHASAGE : deux phases 'Information' et 'Activation' ; les phases actuelles de préalerte, d'alerte et d'action sont remplacées par les phases d'information et d'activation.

PHASE D'INFORMATION : Il y a notion de situation d'exception, soit suite à l'information par le Centre d'Appel 112 de l'activation d'un Plan d'Intervention Médical (PIM), soit suite à l'afflux spontané et non annoncé d'un nombre important de patients issus d'un même événement. Dans ce dernier cas, l'hôpital informe le Centre d'Appel 112 du déclenchement du plan d'urgence hospitalier. Le médecin qui coordonne le plan d'urgence est averti, il prend connaissance du type de catastrophe, du nombre de victimes potentiellement évacuées vers l'hôpital, des pathologies concernées (explosion, incendie, traumatismes, etc.), et des délais d'arrivée. Le médecin coordinateur de l'urgence décide du passage et du moment du passage à la phase d'activation après une concertation interne.

PHASE D'ACTIVATION : L'équipe de coordination décide de l'activation en niveau I ou II. Chaque membre de l'équipe suit les instructions des fiches de consignes correspondantes.

Deux niveaux sont prévus en phase d'activation :

- Le NIVEAU I correspond à une montée en puissance limitée, sans rappel du personnel ou très limité. Ce niveau correspondrait à un nombre de victimes égal à la première vague théorique (capacité d'accueil 'réflexe'). L'enclenchement de ce niveau sera envisagé principalement pendant la journée, quand le personnel est présent en nombre.

De Gemeenschappelijke Verklaring, goedgekeurd op de Interministeriële Conferentie van 27 juni 2016, vormt de basis voor de samenwerking tussen de Gemeenschappen/Gewesten en de federale overheid in het kader van een optimale opmaak, actualisatie, validatie, en implementatie van het ziekenhuisnoodplan. Er zijn richtlijnen en afstemming nodig tussen de verschillende beleidsniveaus. We herinneren aan het feit dat de verschillende beleidsniveaus zich akkoord hebben verklaard over de verschillende werkgroepen.

Bovendien wordt er maximaal rekening gehouden met de andere projecten in ontwikkeling binnen de noodplanning, én die een impact hebben op de resultaten van deze werkgroepen : Zo worden de ontwikkelingen van het "Incident Crisis Management Systeem (ICMS)", van een uniform registratiesysteem van de slachtoffers en van de aanpassing van het KB op de noodplanning van 16 februari 2006, meegenomen in de werkzaamheden opdat de resultaten van de werkgroepen congruent en coherent zijn met andere relevante, lopende projecten. Het ICMS is een informatieplatform voor informatie en communicatie bij collectieve noodsituaties. Dit veiligheidsplatform omvat een centrale databank waar alle gegevens - cruciaal voor de rampenbeheersing - online bijgehouden worden.

Deze centrale databank zorgt voor de automatische generatie van de provinciale en gemeentelijke algemene nood- en interventieplannen en de bijzondere nood- en interventieplannen, de consultatie van een actuele lijst van de bedbezetting van de ziekenhuizen en het registratiesysteem van de rampenslachtoffers.

Idealiter omvat dit veiligheidsplatform, een template voor registratie en oefening dat elk jaar online dient ingevuld te worden door de ziekenhuizen.

De werkgroepen werden samengesteld uit experts van het werkveld, een vertegenwoordiging van de gemeenschappen en gewesten en van de federale diensten noodplanning van de gouverneurs. De werkgroepen worden aangestuurd door een stuurgroep die het project coördineert en de beslissingen neemt die vereist zijn om de werkzaamheden van de werkgroepen op elkaar af te stemmen en eventuele knelpunten op te lossen.

V. BEVOEGDHEIDSOVERDRACHT T.G.V STAATSHERVORMING

We willen de samenwerking met betrekking tot de ziekenhuisnoodplanning en de werkzaamheden van de verschillende werkgroepen, bestendigen en verderzetten na de bevoegdheidsoverdracht ten gevolge van de 6de Staatshervorming.

We beogen ook een samenwerking tussen de verschillende overheden voor het aanbieden, ter beschikking stellen, evalueren en optimaliseren van de tools en hulpmiddelen voor de ziekenhuizen, die de verschillende werkgroepen gegeneerd hebben.

VI. AFSPRAKEN EN PROCEDURES

- Wat betreft de volgende punten, dringen zich de volgende afspraken op die een wijziging van de wetgeving tot gevolg heeft.

De Werkgroep Wetgeving waarin de verschillende overheden betrokken zijn, engageert zich tot het redigeren van een concreet voorstel van aanpassing van de wetgeving.

- FASERING twee fasen : 'Informatie' en 'Actie' ; de huidige fasen van pre-alarm, alarm en actie worden vervangen door de fasen informatie en actie.

INFORMATIEFASE : Er is notie van een noodsituatie. Ofwel dat het ziekenhuispersoneel kennis neemt via de 112 noodcentrale van een bericht van afkondiging van een Medisch Interventieplan (MIP), ofwel van een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten van dezelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de 112 noodcentrale zelf verwittigen indien er nog geen MIP is opgestart. De arts, die de noodsituatie coördineert, wordt verwittigd. De arts die de noodsituatie coördineert, neemt kennis van het type ramp, het aantal slachtoffers die mogelijks naar het ziekenhuis moeten worden geëvacueerd, de betrokken pathologieën (blast, brandwonden, polytrauma, vergiftiging, etc.), en de aankomsttijden. De arts die de noodsituatie coördineert, beslist na intern overleg wanneer er al dan niet wordt overgegaan naar de actie-fase.

ACTIE-FASE : Het coördinatieteam beslist over de activatie van niveau I of II. Elk team-lid volgt de instructies van de overeenkomstige instructiefiches.

Twee niveaus worden voorzien in de actiefase :

- NIVEAU I correspondeert met een minimale stijging, met een interne versterking maar zonder of met een heel beperkte oproep van het personeel. Dit niveau komt overeen met een aantal slachtoffers dat gelijk is aan de eerste theoretische golf (reflexcapaciteit). De afkondiging van dit niveau zal vooral worden overwogen tijdens de dag, wanneer de diensten beter vertegenwoordigd zijn.

- Le NIVEAU II correspond à une montée en puissance importante, avec un rappel du personnel. Ce niveau se produit principalement pendant la nuit et le weekend, lorsque la présence du personnel est moindre, et a fortiori lorsque le nombre de victimes attendues dépasse la première vague théorique, ou est potentiellement très élevé.

- Procédure d'approbation

Il est proposé de réviser la procédure d'approbation actuelle : C'est la logique de l'AR du 16 février 2006 qui est actuellement en vigueur. Le changement proposé est que la cellule de sécurité communale transmet aux Communautés/Régions son avis concernant l'approbation du plan d'urgence hospitalier.

Cette nouvelle procédure d'approbation présente plusieurs avantages : principe de subsidiarité, ancrage local, avis émanant de personnes ayant des connaissances pragmatiques et efficaces, avec des compétences opérationnelles.

Des directives seront élaborées pour la formulation d'avis par la cellule de sécurité communale en vue de garantir une uniformité. L'expertise des Communautés/Régions en matière de contrôle de la conformité sera prise en compte dans l'élaboration de ces directives. Outre des critères de formulation d'avis, ces directives détermineront également des conditions, comme la représentation de toutes les disciplines et du gouverneur pour que la cellule de sécurité communale puisse rendre un avis valide. Il est prévu en particulier que la cellule de sécurité communale prenne l'initiative dès la réception du plan, en informe le gouverneur et l'inspecteur d'hygiène fédéral et les invite à la réunion de la cellule de sécurité communale ayant à l'ordre du jour l'analyse du plan. Après la réception de l'avis de la cellule de sécurité communale, le gouverneur et l'inspecteur d'hygiène fédéral disposent de deux mois pour faire objection.

Le plan d'urgence hospitalier doit être révisé et approuvé tous les 5 ans.

- Installation d'un Bureau

Le Comité permanent est perçu actuellement comme étendu et lourd. C'est pourquoi l'installation d'un Bureau est imposé, composé au minimum du médecin-chef, du coordinateur du plan d'urgence et du chef du service des urgences. Une fonction de secrétariat ou d'appui doit être prévue. Le Bureau peut être élargi à un expert en fonction du dossier examiné.

La relation avec le Comité permanent doit être fixée dans un règlement d'ordre intérieur qui définit au moins les missions, la fréquence des réunions et les modalités des prises de décision.

- Coordinateur du plan d'urgence

Cette fonction est occupée par un collaborateur de staff, sous la supervision du directeur de l'hôpital, ses tâches sont doubles :

- d'une part les tâches préventives : participation à l'analyse des risques de l'hôpital, à l'élaboration et à la proposition de mesures et procédures d'urgence, et à l'adaptation du plan d'urgence hospitalier au niveau local (niveau des services) ;

- d'autre part, les tâches opérationnelles : participation à la mise en concordance du plan d'urgence hospitalier avec les plans d'urgence communaux et provinciaux, participation à la diffusion du plan d'urgence hospitalier et à l'adaptation aux évolutions de l'hôpital, organisation des exercices et formation des acteurs-clés et de l'ensemble du personnel.

- Terminologie

Une terminologie univoque est proposée : ziekenhuisnoodplan versus plan d'urgence hospitalier versus Krankenhausnotfallplan.

Le plan d'urgence hospitalier introduit une utilisation uniforme et cohérente des concepts et prévoit une liste d'abréviations parmi lesquelles PUH (plan d'urgence hospitalier), PUH TEC (plan d'urgence hospitalier technique), PUH MED (plan d'urgence hospitalier médical), CCH (cellule de coordination hospitalière).

- Exercices

L'hôpital doit prévoir un plan quinquennal programmant au minimum 1 exercice annuel. Le groupe de travail Législation précisera les directives et critères des exercices, dont les exercices suivants : mise en alerte, exercice 'bac à sable', exercice de terrain, déclenchement réel d'un plan d'urgence hospitalier suivi d'un débriefing qualitatif avec les intervenants impliqués et d'une adaptation du plan à la lumière de cette expérience.

- Risques

Le groupe de travail Législation s'engage à déterminer et définir les risques pour lesquels le plan d'urgence hospitalier doit prévoir des mesures d'action.

- NIVEAU II komt overeen met een relatief grote stijging, met interne versterking en oproep van personeel. Dit niveau zal zich vooral 's nachts en in het weekend voordoen als de bestaande sowieso algemeen lager is, en a fortiori wanneer het aantal verwachte slachtoffers hoger is dan de eerste theoretische golf, of potentieel zeer hoog is.

- Goedkeuringsprocedure

Er wordt een herziening van de huidige goedkeuringsprocedure voorgesteld : er wordt nog steeds de logica van het KB van 16 februari 2006 gevolgd. De verandering is dat de gemeentelijke veiligheidscel zijn advies geeft aan de Gemeenschappen/Gewesten over de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan.

Deze nieuwe goedkeuringsprocedure kent de voordelen van het subsidiariteitsprincipe, de plaatselijke verankering, advies van mensen met operationele kennis van zaken, pragmatisme en efficiëntie.

Er zullen richtlijnen worden uitgeschreven voor de adviesverlening door de gemeentelijke veiligheidscel met het oog op uniformiteit. De expertise van de Gemeenschappen/Gewesten in verband met het nalevingstoezicht, wordt bij de opmaak van deze richtlijnen, meegenomen. Deze richtlijnen zullen naast criteria voor adviesverlening, ook voorwaarden bepalen zoals dat alle disciplines en de gouverneur moeten vertegenwoordigd zijn opdat de Gemeentelijke Veiligheidscel, een geldig advies kan verlenen. Wat betreft deze laatste voorwaarde, wordt meer bepaald bedoeld dat de Gemeentelijke Veiligheidscel het initiatief neemt om dadelijk bij het ontvangen van het ziekenhuisnoodplan de gouverneur en de federale gezondheidsinspecteur op de hoogte te brengen en te informeren over dit plan en hen uit te nodigen op de gemeentelijke veiligheidscel waar het ziekenhuisnoodplan wordt besproken. De gouverneur en de federale gezondheidsinspecteur hebben 2 maanden de tijd om bezwaar aan te tekenen na de ontvangst van het advies van de gemeentelijke veiligheidscel.

Het ziekenhuisnoodplan moet om de 5 jaar herzien en goedgekeurd worden.

- Installatie van een Bureau

Het Permanent Comité wordt vandaag als zeer uitgebreid en log ervaren. Daarom wordt de installatie van een Bureau verplicht gemaakt met een beperkte samenstelling van minimum de hoofdarts, de noodplancoördinator en het diensthoofd van de spoedgevallendienst. En er moet een secretariaatsfunctie of ondersteuning worden voorzien. Het bureau moet uitbreidbaar zijn met een expert in functie van het dossier dat men bespreekt.

De relatie met het Permanent Comité moet bepaald worden in een minimum huishoudelijk reglement met minimum de bepaling van de opdrachten, vergaderfrequentie en wijze van stemmen.

- Noodplancoördinator

Deze functie is een stafmedewerker onder supervisie van de ziekenhuisdirecteur en zijn/haar taken zijn tweeledig :

- Enerzijds zijn er diens preventieve taken : deelname aan de analyse van de risico's van het ziekenhuis, aan de uitwerking van noodmaatregelen en - procedures en aan de afstemming van het ziekenhuisnoodplan op de diensten van het lokale niveau.

- Anderzijds zijn er diens operationele taken : deelname aan de afstemming van het ziekenhuisnoodplan aan de gemeentelijke en provinciale noodplannen, deelname aan de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan en de aanpassing aan de evoluties binnen het ziekenhuis in zijn totaliteit en organiseren van de oefeningen, opleiden van sleutelfiguren en het personeel in zijn totaliteit.

- Terminologie

Er wordt een eenduidige terminologie voorgesteld : ziekenhuisnoodplan, versus plan d'urgence hospitalier versus Krankenhausnotfallplan.

Het ziekenhuisnoodplan introduceert een uniforme en consequent gebruik van begrippen en voorziet een lijst van afkortingen waaronder ZNP (ziekenhuisnoodplan), ZNP TEC (technisch ziekenhuisnoodplan), ZNP MED (medisch ziekenhuisnoodplan), CCZ (coördinatief van het ziekenhuis).

- Oefenen

Het ziekenhuis moet wat betreft het oefenen van de noodplannen een meerjarenplan van 5 jaren voorzien waarbij er minimum 1 keer per jaar moet geoefend worden. De werkgroep Wetgeving engageert zich tot het uitschrijven van richtlijnen van criteria van oefenen en erkent de volgende, soorten oefeningen : alarmeringsoefening, zandbakoefening, terreinoefening, Een echte noodsituatie waarbij het ziekenhuisnoodplan afgekondigd werd afgekondigd kan een jaarlijkse oefening vervangen, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd met alle betrokken actoren en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

- Risico's

De werkgroep Wetgeving engageert zich tot het bepalen en omschrijven van de risico's waarvoor het ziekenhuisnoodplan, actiekaarten moet voorzien.

- Le plan d'urgence hospitalier

Les principes de base suivants ont été pris en compte au moment d'élaborer le concept du plan d'urgence hospitalier :

- 'Fonctions cumulées' : Cela signifie que, p. ex. pour des hôpitaux de taille plus petite, certaines fonctions peuvent être combinées.

- 'Applicable à tous les hôpitaux' : Le plan d'urgence hospitalier doit pouvoir servir à des hôpitaux de grande ou petite taille, universitaires et non universitaires, ainsi qu'aux hôpitaux spécialisés et psychiatriques.

- 'Sensibilisation des fonctions cadres et des directions' : elles doivent être convaincues de l'importance d'un plan d'urgence efficace.

- 'Visibilité de la capacité « réflexe » et de traitement' : la capacité de chaque hôpital doit être « visible » pour tous les hôpitaux (cf. système ICMS).

- 'Scénarios génériques' pour simplifier les choses et ne pas nécessairement rendre plus complexe une matière qui l'est déjà.

- 'Harmonisation avec la planification d'urgence « générale » : communale, provinciale et fédérale.

- 'Un moyen plutôt qu'une obligation' : Le modèle du plan d'urgence hospitalier ne sera pas imposé mais proposé comme une aide à tous les hôpitaux. C'est également un moyen d'uniformisation et de standardisation des plans d'urgence hospitalier, ce qui facilitera l'approbation du plan d'urgence hospitalier par les autorités compétentes.

Le modèle du plan d'urgence hospitalier se composera de quatre parties :

La Partie I est le manuel qui offre un cadre théorique global, expliquant le plan d'urgence hospitalier et son contexte entier, sous tous les aspects. Ce n'est pas une lecture obligatoire, mais elle propose un document de référence et un outil pour le plan d'urgence hospitalier et sa compréhension.

La Partie II comprend le modèle du plan d'urgence hospitalier qui est présenté sous la forme d'un document à compléter contenant des hyperliens. Il se veut un document de travail concis, pratique, qui prouve son utilité opérationnelle au moment d'une urgence collective.

La Partie III est un inventaire de fiches d'action et de risques. Pour déterminer les risques, il a été tenu compte de la vision d'une coordination et d'une approche génériques des situations d'urgence : en d'autres termes, le nombre de procédures d'intervention spécifiques est réduit à un minimum. Les procédures d'intervention appliquées actuellement en matière de réception, accueil, réallocation, isolement ont été complétées par les éléments suivants :

- Lock-down pour les risques de type 'amok' et 'terrorisme' ;

- Business Continuity Plan (BCP)/Logistique pour les risques de perturbation des flux logistiques et des patients, de panne d'équipements de support, de pénurie de personnel et ;

- CBRNe pour les risques chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs.

La Partie IV comprend un questionnaire pratique qui permet de vérifier, étape par étape, si le plan d'urgence hospitalier est complet.

- L'outil d'e-learning sera proposé via un outil qui génère une attestation au terme des différents modules. Il se composera des modules suivants :

• Connaissances de base de la planification d'urgence hospitalière, avec test ;

• Manuel pratique d'exercices pour les risques spécifiques ;

• Film éducatif : « Comment évacuer en cas d'incendie » ;

• Aperçu des programmes d'exercices virtuels.

Les médecins peuvent se connecter à l'aide de leur carte d'identité, les autres membres du personnel de l'hôpital doivent d'abord s'enregistrer. Pour les médecins la formation entre en ligne de compte pour l'accréditation.

- Communication avec tous les hôpitaux via un symposium et un site internet :

Tous les outils décrits seront communiqués et expliqués lors d'un symposium organisé conjointement par le SPF Santé Publique, les communautés et les régions.

- Het ziekenhuisnoodplan

De volgende principiële uitgangspunten werden in acht genomen bij de ontwikkeling van het concept van het ziekenhuisnoodplan :

- 'terugplooibare functies' : Dit betekent dat (bvb voor kleinere ziekenhuizen) bepaalde functies kunnen gecombineerd worden.

- 'toepasbaar voor alle ziekenhuizen' : Het ziekenhuisnoodplan moet kunnen dienen voor zowel grote als kleine, universitaire als niet-universitaire, alsook voor de gespecialiseerde en de psychiatrische ziekenhuizen.

- 'sensibilisatie leidinggevenden en directies' : Deze moeten door-drongen zijn van het belang van een werkzaam ziekenhuisnoodplan.

- 'zichtbaarheid van de reflex- en de behandelcapaciteit' : Deze moet van elke ziekenhuis op een bepaalde manier zichtbaar zijn voor alle ziekenhuizen (cfr. systeem ICMS)

- 'generieke scenario's' : En dit om te vereenvoudigen en de materie die op zich al complex is, niet onnodig, moeilijker te maken.

- 'afstemming met de algemene (gemeentelijke, provinciale en federale) noodplanning' ;

- 'Hulpmiddel in plaats van een verplichting' : Het sjabloon van het ziekenhuisnoodplan zal niet verplicht worden opgelegd maar wel als een hulpmiddel aan alle ziekenhuizen worden aangereikt. Het fungeert tevens als middel van uniformisatie en standaardisatie van de ziekenhuisnoodplanning en moet de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan door de bevoegde overheden faciliteren.

Het sjabloon van ziekenhuisnoodplan zal uit vier delen bestaan :

Deel I is de handleiding dat een allesomvattend theoretisch kader biedt dat het ziekenhuisnoodplan en zijn gehele context waarbinnen het ingebed is, in al zijn facetten uitlegt. Het is geen verplichte lectuur maar biedt daarentegen wel een referentiedocument en handvat voor begrip en inzicht van het ziekenhuisnoodplan.

Deel II omvat het sjabloon van ziekenhuisnoodplan dat wordt aangeboden in de vorm van een invuldocument met hyperlinks. Het heeft de ambitie om een kort, praktisch werkdocument te dat zijn operationeel nut bewijst op het moment van een collectieve noodsituatie.

Deel III bestaat uit een inventaris van actiekaarten en risico's. Bij het bepalen van de risico's werd er rekening gehouden met de visie van een generieke coördinatie en aanpak van de noodsituaties : dit betekent dat het aantal specifieke interventieprocedures tot een minimum herleid wordt : de tot nu toe gehanteerde interventieprocedures van Receptie, Evacuatie, Isolatie, Relocatie werden aangevuld met volgende verplicht apart uit te werken items :

- Lock-down voor de risico's van amok en terreur;

- Business Continuity Plan (BCP)/ Logistiek om de risico's van verstoring van logistieke flow, vertraagde patiëntenflow, uitval van nutsvoorzieningen en personeelstekort en

- CBRNe voor de risico's Chemisch, Biologisch Radiologisch, Nucleair en Explosief

Deel IV omvat een praktische vragenlijst die toelaat het ziekenhuisnoodplan stapsgewijs te controleren op haar volledigheid.

- De tool e-learning zal aangeboden via een tool dat een attest genereert na het doorlopen van de verschillende modules. De tool zal uit de volgende modules • bestaan :

• Basiskennis ziekenhuisnoodplanning met test

• Handleiding oefenen met oefeningen voor specifieke risico's en

• Educatief filmpje : "Hoe evacueren bij brand?"

• Overzicht van virtuele oefenprogramma's

Artsen kunnen inloggen met hun identiteitskaart, ander ziekenhuispersoneel moet zich inloggen. De opleiding komt in aanmerking voor accreditatiepunten voor artsen.

- De communicatie aan alle ziekenhuizen zal gebeuren via symposium en website :

Alle hierboven beschreven tools zullen gecommuniceerd en uitgelegd worden via een symposium dat gezamenlijk zal georganiseerd worden door de FOD Volksgezondheid, de Gemeenschappen en Gewesten.

Les outils et informations seront disponibles en français et néerlandais également sur le site internet du SPF Santé Publique, qui renverra aux sites internet publics de tous les niveaux de pouvoir concernés.

Le plan d'urgence hospitalier dispose d'un logo, une identité visuelle et une brochure spécifique.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 24 octobre 2016.

Pour l'Etat fédéral :

Mme M. DE BLOCK,

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique.

Alle tools en informatie zullen ook in het Nederlands en Frans beschikbaar zijn op de website van FOD Volksgezondheid waar er ook verwezen zal worden naar de publieke websites van alle betrokken, relevante overheden.

Het ziekenhuisnoodplan geniet een eigen logo, huisstijl en een brochure.

Aldus overeengekomen, 24 oktober 2016 te Brussel.

Voor de Federale Staat :

Mevr. M. DE BLOCK,

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

J. VANDEURZEN,

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Pour la Région wallonne :

M. PREVOT,

Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine.

Pour la Communauté française :

R. DEMOTTE,

Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Mme A. GREOLI,

Vice-Présidente, Ministre de la Culture et de l'Enfance.

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale :

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

D. GOSUIN,

Ministre, Membre du Collège Réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures.

G. VANHENGEL,

Minister, Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen.

Pour le collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale :

Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Mme C. JODOGNE,

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de Santé.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft:

Pour la Communauté germanophone :

A. ANTONIADIS,

Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2016/24292]

24 OCTOBRE 2016. — Avenant au Protocole d'accord conclu le 15 mai 2014 entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant l'exercice des compétences transférées aux entités fédérées dans le domaine de la sante publique et des soins de sante pour la période transitoire dans le cadre de la loi spéciale du 6 janvier 2004 relative a la sixième réforme de l'Etat

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution sur le plan de la politique de santé;

Vu la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat,

Il est décidé ce qui suit :

Article 1^{er}. L'article 28 du protocole est prolongé jusqu'au 31 décembre 2018.

Art. 2. L'article 33 du protocole est prolongé jusqu'au 31 décembre 2018 à l'exception de la Région wallonne, de la Communauté germanophone et de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C - 2016/24292]

24 OKTOBER 2016. — Aanhangsel tot wijziging van het Protocol-akkoord gesloten op 15 mei 2014 tussen de Federale Regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming;

Is er het volgende beslist :

Artikel 1. Artikel 28 van het protocol wordt tot 31 december 2018 verlengd.

Art. 2. Artikel 33 van het protocol wordt tot 31 december 2018 verlengd, met uitzondering van het Waals Gewest, de duitstalige gemeenschap en de franstalige en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

15 DÉCEMBRE 1987. – Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 (M.B. du 25/12/1987, p. 19511)

BAUDOUIN, Roi des Belges.

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, notamment les articles 13 à 17 inclus (soit, les articles 13, 14, 15, 16 et 17);

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Agrément;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il y a lieu de se conformer aux articles 13 à 17 inclus (soit, les articles 13, 14, 15, 16 et 17) de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, pour le 6 mai 1988 au plus tard;

Considérant que le présent arrêté ne déroge en rien aux dispositions qui en vertu de la loi de 1850-1873 sont d'application aux établissements dits pour malades mentaux;

Considérant qu'il y a lieu d'informer d'urgence les hôpitaux des dispositions du présent arrêté afin qu'ils puissent s'y conformer à temps;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre premier Disposition générale

Article 1^{er}. Sans préjudice des dispositions du présent arrêté, les rapports entre le directeur, le médecin-chef, les médecins-chefs de service, le staff médical et les autres membres du personnel de l'hôpital, en ce qui concerne l'organisation médicale de ce dernier, sont élaborés dans le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale visé à l'article 125, 2^o, et à l'article 131, §2, 3^o de la loi coordonnée sur les hôpitaux, dénommé ci-après « le règlement médical ».

Chapitre II Le médecin-chef

Art. 2. §1^{er}. Par médecin-chef on entend le praticien de l'art de guérir responsable du bon fonctionnement du département médical de l'hôpital. Il est responsable de l'organisation et de la coordination générales de l'activité médicale à l'hôpital, en collaboration avec les médecins-chefs de service et le staff médical, telle qu'elle est élaborée par l'hôpital dans le règlement médical.

§2. Sans préjudice des dispositions de l'article 8, 2^o, et de l'article 12 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, le médecin-chef participe, compte tenu des compétences du Conseil médical, à l'intégration de l'activité médicale dans l'ensemble de l'activité hospitalière, et ce en collaboration étroite avec les responsables des différents aspects de l'activité hospitalière, et plus particulièrement avec le chef des services infirmiers et paramédicaux et le pharmacien de l'hôpital.

§3. Le médecin-chef doit assurer une organisation rationnelle et adéquate des soins par l'utilisation optimale des moyens.

Art. 3. Le médecin-chef doit avoir la possibilité de promouvoir les soins de qualité à l'hôpital.

Art. 4. Le médecin-chef peut être assisté, pour une partie de sa mission, par un ou plusieurs médecins ayant une compétence particulière en la matière.

Art. 5. Le médecin-chef prend les initiatives nécessaires pour:

1^o garantir l'application des prescriptions légales et réglementaires, pour autant qu'elles concernent les activités médicales;

2^o assurer le respect du règlement médical;

3^o préparer et exécuter les décisions de gestion en matière d'organisation et de coordination des activités médicales;

4^o organiser une concertation régulière avec les médecins-chefs de service, comme le prévoit le chapitre III du présent arrêté;

5^o promouvoir l'esprit d'équipe et la collaboration entre les médecins de l'hôpital;

6° promouvoir la collaboration avec l'autre personnel hospitalier, notamment avec les infirmiers et les paramédicaux;

7° promouvoir la collaboration entre les médecins de l'hôpital et les autres médecins et, plus spécialement avec les généralistes ou les médecins traitants qui ont envoyé les patients;

8° améliorer la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital et l'évaluer en permanence;

9° assurer la continuité des soins médicaux dans les services d'admission, de consultation, des urgences et des services médico-techniques, entre autres par l'organisation de la permanence médicale à l'hôpital et la collaboration des médecins aux services de garde visés à l'article 9 de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions paramédicales.

Art. 6. En exécution des règles précitées, le médecin-chef veille à ce que des mesures soient prises, entre autres en vue de:

1° élaborer une procédure d'admission et de renvoi des patients;

2° promouvoir l'hygiène hospitalière;

3° organiser une banque du sang, en collaboration avec les centres de transfusion sanguine, pour autant qu'elle est nécessaire pour les activités hospitalières;

4° ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituant une partie du dossier du patient, et le conserver à l'hôpital;

5° constituer une documentation et une bibliothèque médicale;

6° instaurer l'enregistrement des activités médicales et le tenir à jour;

7° organiser l'audit médical;

8° rédiger un rapport médical annuel;

9° récolter des données en vue de l'élaboration du budget des activités médicales;

10° stimuler les activités médicales à caractère scientifique, en tenant compte des possibilités de l'hôpital;

11° assurer le fonctionnement effectif du staff médical visé au chapitre V du présent arrêté.

Art. 7. Quant à son activité hospitalière, le médecin-chef est exclusivement attaché à l'hôpital ou à un ou plusieurs autres hôpitaux faisant partie d'un même groupement hospitalier visé à l'article 69, 3° de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

Art. 8. Le médecin-chef peut exercer sa fonction à temps plein ou à temps partiel avec d'autres fonctions dans le même hôpital ou même groupement.

Art. 9. §1^{er}. Le médecin-chef est nommé ou désigné pour une durée indéterminée, sauf disposition contraire prévue dans le règlement médical.

§2. Cependant, les médecins, qui à la publication du présent arrêté exercent les activités de médecin-chef, resteront à titre de mesure transitoire, nommés ou désignés pour une durée indéterminée, sauf disposition contraire prévue dans leur acte de nomination ou dans leur convention avec l'hôpital.

Chapitre III Le médecin-chef de service

Art. 10. Conformément à l'article 13, 2° de la loi sur les hôpitaux, il y a un médecin-chef de service pour chaque service du département médical.

Art. 11. Pour l'application de l'article précédent, il y a lieu d'entendre par « services »:

a) les services hospitaliers agréés sous un indice spécifique;

b) les services médico-techniques;

c) les services médico-techniques lourds;

d) les services désignés comme tels dans le règlement médical.

Art. 12. Le médecin-chef est responsable du fonctionnement de son service. Il est responsable de l'organisation et de la coordination de l'activité médicale dans son service telle qu'elle est mise au point par hôpital, ou éventuellement par service, dans le règlement médical.

Art. 13. Le médecin-chef de service doit avoir la possibilité de promouvoir les soins de qualité dans son service.

Art. 14. Le médecin-chef de service peut être assisté pour une partie de sa mission, par un ou plusieurs médecins ayant une compétence particulière en la matière.

Art. 15. En vue du fonctionnement médical intégré à l'activité entière du service, le médecin-chef de service accomplira sa mission en contact étroit avec:

1° le médecin-chef et les confrères chefs de service;

2° les responsables des différents aspects des activités de son service, et plus spécialement avec le chef infirmier et le responsable des activités paramédicales du service.

Art. 16. Le médecin-chef de service prendra les initiatives nécessaires à la réalisation, au niveau de son service, des mesures générales élaborées conformément à l'article 5 et l'article 6 du présent arrêté.

Art. 17. Quant à son activité hospitalière, le médecin-chef de service est exclusivement attaché à l'hôpital ou à un ou plusieurs autres hôpitaux faisant partie d'un même groupement hospitalier visé à l'article 69, 3°, de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

Art. 18. §1^{er}. Le médecin-chef de service est nommé ou désigné pour une durée indéterminée, sauf disposition contraire prévue dans le règlement médical.

§2. Cependant, les médecins qui à la publication du présent arrêté, exercent les activités de médecin-chef de service, resteront, à titre de mesure transitoire, nommés ou désignés pour une durée indéterminée, sauf disposition contraire prévue dans leur acte de nomination ou dans leur convention avec l'hôpital.

Chapitre IV

Concertation entre le médecin-chef et les médecins-chefs de service

Art. 19. En vue d'une organisation et coordination optimales des activités médicales des services de l'hôpital, le médecin-chef se concertera régulièrement, selon les termes du règlement médical, avec les médecins-chefs de service sur les initiatives prises en vertu de l'article 5 et article 6 du présent arrêté, sur l'évaluation de leur exécution et sur l'adaptation des mesures prises par le médecin-chef.

Chapitre V

Le staff médical

Art. 20. §1^{er}. L'activité du staff médical a pour but d'assurer de bons soins médicaux à l'hôpital, plus particulièrement par la collaboration des médecins hospitaliers au fonctionnement intégré de l'hôpital, à l'évaluation de la qualité et aux initiatives en vue de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins médicaux à l'hôpital.

§2. L'activité du staff médical est élaborée par hôpital dans le règlement médical, en respectant l'autonomie professionnelle du médecin hospitalier, visée à l'article 130 de la loi coordonnée sur les hôpitaux. En vue de compléter le règlement médical, des dispositions réglementaires peuvent en outre être élaborées pour certaines matières.

Art. 21. L'activité du staff médical englobe entre autres, pour l'hôpital ou pour un ou plusieurs de ses services:

1° l'organisation de colloques ou de débats en présence ou non de médecins généralistes;

2° la discussion des profils des activités médicales;

3° la discussion du résumé infirmier minimum et du résumé clinique minimum;

4° l'évaluation de la politique relative aux admissions et aux renvois plus particulièrement en comparant le nombre de journées d'entretien réalisées par rapport au quota attribué en vertu de l'article 93 de la loi coordonnée sur les hôpitaux;

5° l'évaluation de la comparaison des coûts, visée à l'article 97 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, en ce qui concerne les services cliniques;

6° l'évaluation de la prescription des médicaments et leur distribution;

7° la préparation et l'évaluation des mesures prises conformément à l'article 5 et à l'article 6 du présent arrêté.

Chapitre VI

Dispositions finales

Art. 22. Le présent arrêté entre en vigueur le 6 mai 1988.

Art. 23. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 décembre 1987.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

AOÛT 1990. — Circulaire ministérielle relative à l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical, modifié par arrêté royal du 13 août 1990.

L'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical est entré en vigueur le 1 septembre 1987. L'élection des Conseils médicaux eut lieu fin 1987 - début 1988 dans les hôpitaux. La conformité de la procédure d'élection avec les prescriptions légales en matière a été vérifiée, en application de l'article 146 de la loi coordonnée sur les hôpitaux, sur la base de formulaires d'enquête relatifs à l'élection du Conseil médical, lesquels devaient être complétés par le gestionnaire et le président du Conseil médical de chaque hôpital. Le secrétariat de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux a soumis les formulaires d'enquête, individuels ou globaux, au Bureau permanent de conciliation. D'éventuelles remarques ou instructions supplémentaires furent, le cas échéant, transmises individuellement aux hôpitaux.

Sur la base des constatations effectuées lors de l'examen des formulaires d'enquête, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux a élaboré une série de propositions visant à modifier et à compléter l'arrêté royal du 10 août 1987 et à fournir certains éclaircissements nécessaires aux hôpitaux pour les prochaines élections.

La présente circulaire a pour but d'attirer l'attention du gestionnaire et du Conseil médical sur les nouvelles dispositions et modifications de l'arrêté royal du 10 août 1987 ainsi que de commenter, et le cas échéant de préciser, certaines dispositions de cet arrêté.

Application de l'article 120 de la loi coordonnée sur les hôpitaux:

L'article 120 dispose qu'un Conseil médical est créé dans chaque hôpital.

1. Fusion d'hôpitaux:

1.1. La réalisation de la fusion:

L'A.R. du 31 mars 1989 précise la définition de la fusion d'hôpitaux et les normes particulières qu'elle doit respecter. L'article 6, § 3, de cet arrêté dispose que, dès la réalisation de la fusion, il y aura un Conseil médical pour tous les hôpitaux qui font partie de la fusion.

La fusion est réalisée au moment où l'hôpital, issu de la fusion d'hôpitaux, est agréé sous un numéro d'agrément unique par l'autorité compétente en la matière. A partir de ce moment, il faut entamer sans tarder la procédure d'élection du Conseil médical, compte tenu des dispositions de l'article 35 de l'A.R. du 10 août 1987.

1.2. Le niveau d'activité dans la fusion d'hôpitaux

Le nouvel article 2, § 4, de l'A.R. du 10 août 1987 dispose que, pour les premières élections au sein de la fusion d'hôpitaux, les éventuelles activités partielles des médecins hospitaliers sont additionnées pour déterminer l'activité retenue pour la fixation du droit de vote pondéré. Cela signifie que les activités attribuées pour les premières élections de fin 1987 dans les hôpitaux fusionnés, sont additionnées sans tenir compte d'éventuelles modifications de l'activité.

1.3. L'éligibilité au sein de la fusion d'hôpitaux

L'article 4, 1^{er}, modifié de l'A.R. du 10 août 1987 dispose que les médecins hospitaliers qui ont travaillé au moins deux années entières dans un hôpital intégré dans la fusion d'hôpitaux, sont éligibles pour autant qu'il soit satisfait au niveau d'activité défini à l'article 2, § 1^{er}, b, c, et d.

Cette disposition complémentaire est insérée dans l'A.R. du 10 août 1987 afin de permettre des élections au Conseil médical au sein de la fusion d'hôpitaux.

2. Groupement d'hôpitaux:

2.1. En cas de groupement d'hôpitaux tel que défini à l'article 8 de l'A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, chaque hôpital garde sa propre identité.

Un Conseil médical est élu pour chaque hôpital du groupement.

2.2. Pour la détermination du niveau d'activité des médecins hospitaliers qui travaillent dans plusieurs hôpitaux d'un groupement, il faut appliquer l'article 2, § 3.

3. Un seul Conseil médical pour plusieurs hôpitaux

3.1. Le nouvel article 5, § 6, de l'A.R. du 10 août 1987 dispose que la Commission paritaire peut, à la demande conjointe du gestionnaire et de l'assemblée générale des médecins hospitaliers, autoriser l'élection d'un seul Conseil médical pour plusieurs hôpitaux coopérant entre eux. Cette autorisation peut être accordée pour deux hôpitaux ou plus et pour les hôpitaux d'un groupement.

3.2. Dans le cas de l'élection d'un seul Conseil médical pour plusieurs hôpitaux coopérant entre eux, le niveau d'activité est déterminé en tenant compte de l'ensemble de l'activité des divers hôpitaux.

CHAPITRE I

Dispositions générales

Art. 1, 1^{er}, a. La circulaire ministérielle de septembre 1987 précisait, en ce qui concerne les premières élections, que l'acte de nomination ou la convention réglant l'activité du médecin hospitalier pouvaient être écrits, oraux ou tacites et que le niveau d'activité devait être déterminé d'un commun accord entre les médecins et le gestionnaire de l'hôpital.

En application de l'article 131, § 2, 1^{er}, de la loi coordonnée sur les hôpitaux, la convention ou l'acte de nomination doit également mentionner les prestations des médecins. Le niveau d'activité et le droit de vote pondéré y afférent doivent dès lors exclusivement être constatés sur la base des prestations ainsi mentionnées.

Art. 1, 1^{er}, b. Les médecins qui suivent une formation comme médecin généraliste agréé dans des services hospitaliers agréés à cet effet ne sont pas considérés comme médecins hospitaliers (point 2.4.3. de l'annexe de l'Arrêté Ministériel fixant les critères pour l'agrégation de maîtres de stages en médecine générale en vue de l'application de la législation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité — Moniteur belge 22.12.82).

Art. 1, 2^o. Seuls les pharmaciens habilités à effectuer des analyses de biologie clinique et travaillant dans le laboratoire clinique de l'hôpital sont assimilés aux médecins hospitaliers. Ce n'est donc pas le cas du pharmacien travaillant dans l'officine de l'hôpital.

CHAPITRE II

Droit de vote et éligibilité

Art. 2. 1. La notion de «demi-jour» implique au moins trois heures de présence à l'hôpital.

2. Les prestations de garde organisées à l'hôpital (la nuit, durant le week-end ou les jours fériés) peuvent également être exprimées en demi-jours, avec un maximum de deux demi-jours par semaine. Les gardes à domicile sont en tout cas exclues pour la détermination du niveau d'activité.

3. Les activités administratives des médecins hospitaliers sont prises en compte, y compris celles du médecin en chef, même si celui-ci n'a pas d'activité clinique.

4. Les médecins travaillant dans un service médico-technique ou une polyclinique de l'hôpital sont considérés comme des médecins hospitaliers.

5. Les activités dans un cabinet privé ou une polyclinique en dehors de l'hôpital ne sont pas pris en compte, même si le médecin ne travaille que dans un seul hôpital. On ne retient donc plus la disposition du point II 3 de la circulaire de septembre 1987 qui permettait des interprétations divergentes.

6.1. En ce qui concerne le vote pondéré lors des premières élections d'une fusion d'hôpitaux, on se réfère à la rubrique 1.2. intitulée «Fusion d'hôpitaux».

6.2. Quant au vote pondéré dans plusieurs hôpitaux pour lesquels un seul Conseil médical est élu, on se réfère au point 3.2.2. intitulé «Un seul Conseil médical pour plusieurs hôpitaux».

Art. 2, § 3, alinéa 1. Cette disposition oblige le médecin, qui satisfait aux conditions d'activité dans plusieurs hôpitaux visées au

§ 1^{er} du même article, à désigner le ou les hôpitaux où il désire exercer son droit de vote.

En tout état de cause, ce droit de vote sera limité à deux voix maximum réparties sur deux hôpitaux.

Exemple: un médecin pratique dans:

— l'hôpital A, où il peut disposer d'une voix;

— l'hôpital B, où il peut disposer de trois voix;

solutions possibles:

a) il souhaite exercer son droit de vote exclusivement dans l'hôpital B il y dispose de 3 voix;

b) il souhaite exercer son droit de vote dans les hôpitaux A et B: il ne dispose que d'une voix dans l'hôpital A et d'une voix dans l'hôpital B.

Art. 2, § 3, troisième alinéa. En l'absence de modification par le médecin, cette décision reste valable pour les élections ultérieures.

NOUVEL ARTICLE 2, § 4. Ce nouvel article a été inséré afin de déterminer le nouveau d'activité en cas de fusion d'hôpitaux.

Art. 3. Date des élections:

L'article 19 de l'arrêté du 10 août 1987 dispose que les membres du Conseil médical sont élus pour trois ans. Leur mandat expirant donc trois ans après la date des dernières élections, c'est à ce moment-là au plus tard que doivent avoir lieu de nouvelles élections.

NOUVEL ARTICLE 3, § 3, alinéa § 1. Cette disposition a été insérée dans l'arrêté afin de pouvoir respecter le calendrier prévu dans la procédure pour les élections.

NOUVEL ARTICLE 3, § 3, cinquième alinéa. Cette disposition a également été insérée afin de pouvoir respecter le calendrier prévu dans la procédure pour les élections.

NOUVEL ARTICLE 4, 1^{er}. Cette disposition a été insérée afin de fixer l'éligibilité des médecins hospitaliers dans les fusions d'hôpitaux (voir *supra*).

Art. 4. 1. Pour l'application de cet article, il faut satisfaire aux conditions d'ancienneté requises à la date prévue pour les élections.

2. Le médecin en chef peut être élu au Conseil médical dans la mesure où il répond aux conditions d'éligibilité, mais il ne peut, en devenant le Président en vertu de l'article 2bis, § 1^{er}, alinéa 4, de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

3. L'article 143, § 3, de cette même loi dispose que le médecin qui, en application du § 2 de ce même article, continue à percevoir lui-même ses honoraires, n'est pas éligible.

CHAPITRE III

Composition et mode d'élection du Conseil médical

Art. 5, § 1. Le nombre de membres du Conseil médical est fonction du nombre des médecins ayant droit de vote. Les médecins auxquels aucune voix n'a pu être attribuée en application de l'article 2, § 1^{er}, n'entrent pas en ligne de compte pour la fixation du nombre des membres du Conseil médical.

NOUVEL ARTICLE 5, § 2. Certains hôpitaux ont, pour les premières élections, dérogé au nombre de membres du Conseil médical fixé à l'article 5, § 1^{er}. Vu la modification de l'article 5, § 2, une dérogation dans ce domaine n'est plus possible. Les hôpitaux qui ont appliqué cette dérogation peuvent éventuellement invoquer l'article 32, § 1^{er}, 2^o, et inviter de façon permanente un certain nombre des médecins hospitaliers qui n'ont toutefois pas de droit de vote au sein du Conseil médical.

Les modalités spéciales éventuelles doivent être fixées avant le dépôt des candidatures pour l'élection au Conseil médical, et ce en tenant compte des directives suivantes:

— Répartition des mandats entre divers groupes

Afin de garantir une composition équilibrée et représentative, une répartition des mandats entre les diverses spécialités est autorisée à condition qu'il s'agisse d'une proposition conjointe du

gestionnaire et de l'assemblée des médecins hospitaliers et que les dispositions des articles 2, 4, 5, § 1^{er}, et 8 de l'A.R. soient respectées.

Présélection des candidats

Celle-ci n'est pas autorisée, même si elle porte sur tous les médecins éligibles. Le fait que cette présélection soit organisée au sein des groupes ou de l'assemblée des médecins hospitaliers, au scrutin secret ou non, ne modifie en rien cette interdiction.

Répartition des mandats selon les fonctions hiérarchiques et les critères d'ancienneté

En vue d'assurer une composition équilibrée et représentative au sein du Conseil médical, une ventilation selon soit des critères hiérarchiques, soit des critères d'ancienneté, est autorisée.

Vote au sein des groupes

Celui-ci n'est pas autorisé. Chaque médecin ayant droit de vote doit avoir la possibilité de voter pour tous les candidats éligibles au Conseil médical.

NOUVEL ARTICLE 5, § 4. Cette nouvelle disposition a été insérée dans l'A.R. par souci de précision. Si l'hôpital ne comprend, par exemple, que trois médecins ayant droit de vote, ceux-ci font partie du Conseil médical. Deux médecins n'ayant pas droit de vote et dont l'ancienneté de service est la plus importante parmi leurs pairs font partie du Conseil médical.

NOUVEL ARTICLE 5, § 5. Il ressort de cette disposition qu'il n'y a pas de minimum pour le nombre de membres du Conseil médical. Il n'est provisoirement pas fait application de l'article 7 de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

NOUVEL ARTICLE 5, § 6. Pour l'application de cet article, on se réfère à l'application de l'article 120 de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

Art. 7. Le Président du bureau de vote et de dépouillement reçoit les candidatures au Conseil médical. Il lui appartient de vérifier la validité des candidatures déposées et de refuser, le cas échéant, celles qui ne répondent pas aux conditions d'éligibilité énumérées à l'article 4 du présent arrêté. Les réclamations éventuelles sont réglées par l'article 11 de l'arrêté.

Art. 8. L'exemple suivant illustrera la portée exacte de cet article.

Un hôpital compte trente médecins hospitaliers, dont dix ont droit de vote et cinq sont éligibles.

Si les cinq médecins éligibles se portent candidat, ceux-ci sont proclamés élus.

Si moins de cinq médecins se portent candidat, les cinq médecins éligibles sont proclamés élus.

Art. 9. L'exemple suivant illustrera la portée exacte de cet article.

Exemple 1

Un hôpital compte trente médecins hospitaliers, dont vingt ont droit de vote et dix sont éligibles. Le Conseil médical se compose de cinq membres.

Seuls quatre médecins éligibles se portent candidat. Dans ce cas, la liste des candidats est complétée des six autres médecins éligibles.

Exemple 2

Un hôpital compte trente médecins hospitaliers, dont vingt ont droit de vote et quatre sont éligibles. Le Conseil médical se compose de cinq membres.

Les quatre médecins éligibles se portent candidat. Dans ce cas, la liste des candidats est complétée des vingt médecins ayant droit de vote.

Si moins de quatre médecins éligibles se portent candidat, la liste se compose de tous les médecins éligibles et de tous ceux ayant droit de vote.

Art. 15.*1 Art. 15, alinéa 1*

1.1. L'électeur reçoit du bureau un nombre de bulletins de vote correspondant au nombre de voix auquel il a droit en vertu de l'article 2.

1.2. Compte tenu de cette disposition, sont nuls les billets comportant plus de votes que de mandats à conférer.

2 Art. 15, alinéa 2

L'électeur ne peut, par bulletin de vote délivré, émettre qu'un seul vote nominatif par candidat, étant entendu qu'il ne peut pas émettre plus de votes nominatifs qu'il n'y a de mandats à conférer.

Art. 18, § 2. — Dans certains hôpitaux, aucun suppléant n'a été élu pour les membres du Conseil médical. Dans ce cas, si un des membres élus du Conseil médical ne peut ou ne veut pas terminer son mandat, il faut organiser dans l'hôpital de nouvelles élections intérimaires pour le ou les suppléants qui termineront le mandat.

— L'article 20 dispose que le suppléant achève le mandat de celui qu'il remplace. Les suppléants ne peuvent toutefois pas siéger avec droit de vote en cas d'empêchement d'un membre effectif.

Art. 18, § 4.

1 Le médecin candidat spécialiste en formation au Conseil médical

1.1. En cas d'application de cette disposition afin de régler la représentation des médecins candidats spécialistes en formation, elle-ci est en tout état de cause et conformément au § 3 du même article, limitée à une personne.

1.2. L'article 18, § 4, dispose que l'on peut organiser une élection spécifique pour la représentation des médecins candidats spé-

cialistes en formation. Il y aura, le cas échéant, deux collèges électoraux: un pour l'élection du médecin hospitalier, l'autre pour celle du médecin candidat spécialiste. Cette procédure doit être terminée avant le dépôt des candidatures pour l'élection du Conseil médical.

2 Les médecins candidats spécialistes en formation à l'assemblée des médecins hospitaliers

2.1. Conformément à l'article 34, § 1^{er}, tous les médecins candidats spécialistes en formation disposant d'un plan de stage approuvé peuvent assister à l'assemblée des médecins hospitaliers. Seuls les médecins candidats spécialistes en formation qui ont accompli au moins un an de leur formation dans l'hôpital concerné entrent en ligne de compte pour la convocation de l'assemblée des médecins hospitaliers et y ont droit de vote.

2.2. L'article 18, § 4, dispose que l'on peut prévoir pour l'assemblée des médecins hospitaliers, sur proposition conjointe du gestionnaire et de cette assemblée, une représentation spécifique et dès lors limitée des médecins candidats spécialistes en formation de même qu'une élection spécifique de cette représentation.

Cette procédure devrait de préférence être achevée avant l'assemblée des médecins hospitaliers appelée éventuellement à se prononcer sur les réclamations introduites auprès du gestionnaire conformément aux articles 3, § 3, troisième alinéa, et 35, 2^e.

Art. 32. Les personnes invitées à titre occasionnel ou permanent aux réunions du Conseil médical n'ont pas droit de vote.

Art. 33. Le règlement d'ordre intérieur du Conseil médical ne peut pas contenir de dispositions contraires à l'A.R. du 10 août 1987 ou à la loi sur les hôpitaux.

3 MAI 1999. – Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre (M.B. du 30/07/1999, p. 28462. Err. : M.B. du 05/11/1999, p. 41390)

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

ALBERT II, Roi des Belges.

A tous, présents et à venir. Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 15, modifié par la loi du 29 avril 1996, et l'article 17, modifié par la loi du 22 décembre 1989;

Vu la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, notamment l'article 156;

Vu l'avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, Section programmation et agrément, émis le 8 juin 1995;

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 17 novembre 1998;

Considérant que l'arrêté soumis détermine les conditions minimales auxquelles le dossier médical doit répondre: ce dossier forme, avec le dossier infirmier, le dossier du patient;

Considérant que le présent arrêté royal dispose qu'un dossier médical est ouvert pour chaque patient dans un hôpital, tel que prévu à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987; que les travaux préparatoires parlementaires afférents à la loi du 13 mars 1985, par laquelle la définition actuelle du concept d'hôpital a été intégrée dans la disposition légale précitée, montrent à suffisance que la portée du concept d'hôpital ne se limite pas aux patients qui y séjournent, mais inclut également l'hospitalisation de jour et le traitement ambulatoire (Doc. parl., Sénat, 1984-85, 765, n° 2, p. 3); que le principe de la constitution du dossier médical s'applique donc à tous les patients visés;

Considérant que l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que le dossier médical ou certains de ses éléments, notamment le rapport de sortie, soit tenu, conservé et transmis sous forme électronique; qu'en attendant, cette possibilité est prévue dans le présent arrêté, lequel dispose que le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer les modalités pratiques concernant l'échange électronique de données provenant du dossier médical; que les modalités précitées, afférentes à l'échange électronique de données et à tous les aspects qui y sont liées, notamment la structure des données, seront fixées dans le délai susmentionné; que, pour des raisons d'efficacité et de cohérence, le Ministre sollicitera l'avis de la Commission « Normes en matière de Télématique au service du secteur des Soins de Santé », créée par l'arrêté royal du 3 mai 1999 »;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de Notre Ministre des Affaires sociales, Nous avons arrêté et arrêtons:

Article 1^{er}. §1^{er}. Dans un hôpital, comme visé à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, un dossier médical est ouverte pour chaque patient. Combiné au dossier infirmier, ce dossier constitue le dossier du patient.

§2. Le dossier médical peut être tenu et conservé sous forme électronique pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions fixées dans le présent arrêté. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer des modalités pratiques concernant l'échange électronique de données provenant du dossier médical.

§3. Le dossier médical doit être conservé pendant au moins trente ans dans l'hôpital.

Art. 2. §1^{er}. Le dossier médical comporte au moins les documents et renseignements suivants:

1° l'identité du patient;

2° les antécédents familiaux et personnels, l'histoire de la maladie actuelle, les données des consultations et hospitalisations antérieures;

3° les résultats des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histopathologiques;

4° les avis des médecins consultés;

5° les diagnostics provisoires et définitifs;

6° le traitement mis en oeuvre: en cas d'intervention chirurgicale, le protocole opératoire et le protocole d'anesthésie;

7° l'évolution de la maladie;

8° éventuellement le protocole de l'autopsie;

9° une copie du rapport de sortie;

(10° pour chaque transfusion, le produit sanguin instable administré (avec le numéro d'unité ou le numéro de série), la date et l'heure de l'administration, les administrateurs (médecin et infirmier), l'indication de la transfusion, les réactions éventuelles et une évaluation clinique et/ou biologique de l'efficacité de l'intervention. – AR du 16 avril 2002, article 1^{er}, a) - M.B. du 25/06/2002, p. 26622).

§2. Les documents visés au §1^{er}, 3°, 4°, 5°, 6° et 8° doivent être signés respectivement par le médecin responsable, les médecins consultés, le médecin qui a posé le diagnostic, le chirurgien et l'anesthésiste traitants ainsi que par l'anatomopathologiste.

(§3. Le document qui comprend les données visées au §1^{er}, 10°, est rédigé dans le service dans lequel le premier produit sanguin instable est administré et il suit le patient durant toute la durée de son hospitalisation jusque dans le service d'où le patient quitte l'hôpital. – AR du 16 avril 2002, article 1^{er}, b) - M.B. du 25/06/2002, p. 26622).

Art. 3. §1^{er}. Le rapport de sortie, visé à l'article 2, §1^{er}, 9°, comprend:

- 1° le rapport provisoire qui assure la continuité immédiate des soins;
- 2° le rapport complet sur le séjour à l'hôpital, signé par le médecin responsable du patient.

§2. Le rapport visé au §1^{er}, 1° est:

- 1° soit remis au patient à l'attention de son médecin traitant et de tout médecin concerné;
- 2° soit transmis au médecin traitant et à tout médecin concerné.

Ce rapport contient tous les renseignements nécessaires permettant à tout médecin consulté par le patient d'assurer la continuité des soins.

§3. Le rapport visé au §1^{er}, 2° est communiqué du médecin de l'hôpital au médecin désigné par le patient.

Ce rapport contient les éléments anamnestiques, cliniques, techniques et thérapeutiques caractérisant au mieux l'hospitalisation et le suivi nécessaire.

Art. 4. Le dossier médical, plus spécifiquement le rapport de sortie, doit être le compte rendu fidèle de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Art. 5. L'enregistrement du Résumé Clinique Minimum visé à l'article 153, §2, 3°, de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, sera basé sur les documents de l'article 4.

Art. 6. §1^{er}. Les dossiers de tous les patients ayant quitté le service sont classés et conservés dans des archives médicales organisées de préférence de manière centrale et électronique ou tout au moins groupées au niveau du service avec un numéro unique par patient au sein de l'hôpital.

Les dossiers doivent être accessibles en permanence aux médecins associés au traitement du patient.

§2. Le patient ou son représentant légal a le droit de prendre connaissance, par l'intermédiaire d'un médecin choisi par lui, des données du dossier médical qui le concernent.

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur six mois après le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 8. Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 mai 1999.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et des Pensions,

M. COLLA

La Ministre des Affaires sociales,

Mme M. DE GALAN

8 JUILLET 1964. – Loi relative à l'aide médicale urgente (M.B. du 25/07/1964, p. 8153)

CONSOLIDATION OFFICIEUSE

CHAMBRE DES REPRESENTANTS.

Doc. parl. - Projet de loi, n° 677-1, du 04-12-1963.

Amendements, n° 677-2 du 18-02-1964.

Rapport, n° 677-3, du 10-03-1964, An. parl.

Discussion. Séance du 18-03-1964.

Adoption. Séance du 19-03-1964

SENAT

Doc. parl. - Projet transmis par la Chambre des représentants, n° 201, du 19-03-1964

Rapport, n° 240, du 21-05-1964.

Amendements, n° 248, du 26-05-1964, An. parl.

Renvoi en commission. Séance du 03-06-1964, An. parl.

Discussion et adoption. Séance du 25-06-1964.

Article 1^{er}. *(La présente loi a pour objet l'organisation de l'aide médicale urgente.*

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.

Le Roi détermine les modalités de fonctionnement et de gestion de l'aide médicale urgente. Il veille au respect par l'ensemble des intervenants de la conformité de leurs actes à l'objectif de la présente loi – Loi du 22 février 1998, art. 251).

Ce troisième alinéa a été exécuté par:

- l'AR du 2 avril 1965;
- l'AR du 7 avril 1995.

Art. 2. 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. *(Pour les dépenses du personnel, cette charge est calculée sur une base analogue à celle servant à fixer les rémunérations du personnel de l'Etat – Loi du 22 décembre 1977, art. 170).*

Art. 3. Les communes désignées par le Roi comme centres du système d'appel unifié sont tenues d'assurer le fonctionnement régulier de ce dernier.

(Une partie des coûts supportés par les communes désignées par le Roi comme centres d'appel unifié sont répartis par le gouverneur de la province entre toutes les communes de la province où est situé le centre d'appel unifié, conformément aux normes déterminées par le Ministre ayant l'Intérieur dans ses attributions – Loi du 2 août 2002, art. 152).

Cet article a été exécuté par l'AR du 2 avril 1965.

(Art. 3bis, §1^{er}. *A partir d'une date à fixer par le Roi, il ne peut être fait appel, pour l'application de la présente loi, qu'à des services ambulanciers agréés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.*

Le Roi fixe les normes auxquelles les services visés à l'alinéa 1^{er} doivent répondre pour être et rester agréés dans le cadre du programme visé au §2. Les normes visées sont fixées sur la proposition du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, après concertation avec le Ministre de l'Intérieur.

L'agrément visé à l'alinéa 1^{er} peut être retiré à tout moment si le service ambulancier ne respecte pas les dispositions de cette loi ou les normes visées à l'alinéa 2.

Le Roi peut fixer des règles en ce qui concerne la fixation de la procédure d'agrément et le retrait de l'agrément.

§2. *Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les critères applicables à la programmation du nombre de services ambulanciers compte tenu des besoins en matière d'aide médicale urgente.*

§3. Les normes d'agrément et les critères de programmation visés aux §§1^{er} et 2, concernent, entre autres, les véhicules que les services ambulanciers utilisent pour l'exécution de la présente loi, ainsi que le nombre de lieux de départ.

§4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, au cas où le nombre de services, d'ambulances ou de lieux de départ répondant aux normes d'agrément serait supérieur au nombre prévu par le programme visé au §2, soumettre l'agrément à un ordre de priorité conformément aux critères fixés par Lui.

§5. A partir de la date visée au §1^{er}, l'alinéa 1^{er}, toutes les conventions de concession visées à l'article 5, alinéa 1^{er} de la présente loi, ainsi que toutes les conventions entre l'Etat et des personnes privées, visées à l'article 5, alinéa 3, tel que cet article était d'application avant l'entrée en vigueur de la loi du 14 janvier 2002, sont abrogées d'office – Loi du 14 janvier 2002, art. 117).

Art. 4. Sur demande du préposé du système d'appel unifié adressée personnellement à un médecin, celui-ci est tenu de se rendre à l'endroit qui lui est indiqué et d'y porter les premiers soins nécessaires aux personnes visées à l'article premier. Il n'est dispensé de cette obligation qu'en cas d'empêchement justifié par l'accomplissement de devoirs professionnels plus urgents ou par un autre motif exceptionnellement grave; il doit au moment de l'appel signaler cet empêchement au préposé.

(**Art. 4bis.** Sur demande du préposé du système d'appel unifié, l'équipe d'intervention de la fonction «service mobile d'urgence» est tenue de se rendre à l'endroit indiqué, d'y accomplir les actes médicaux et infirmiers urgents, le cas échéant, la surveillance et les soins au patient lors de son transfert à l'hôpital qui lui est indiqué ou, dans les cas déterminés par le Roi, à l'hôpital le plus adéquat compte tenu de l'état du ou des patients – Loi du 22 février 1998, art. 252).

Art. 5. Sur demande du préposé du (système – Loi du 22 février 1998, art. 253) d'appel unifié, toute personne assurant effectivement le fonctionnement d'un service ambulancier agréé – Loi du 14 janvier 2002, art. 118) est tenue d'effectuer le transport des personnes visées à l'article premier, à l'hôpital qui lui est indiqué, et de prendre immédiatement toutes mesures nécessaires à cette fin.

Si, pour un motif exceptionnellement grave, elle ne peut donner suite à la demande, elle en informe le préposé au moment de l'appel.

(... – Loi du 14 janvier 2002, art. 118)

Art. 6. Sur demande du préposé du service d'appel unifié, (qui répond, le cas échéant, à la demande du médecin de l'équipe d'intervention de la fonction « service mobile d'urgence » qui se trouve auprès du patient et qui, conformément à l'article 4bis, lui désigne l'hôpital le plus adéquat – Loi du 22 février 1998, art. 254) toute personne responsable des admissions dans un hôpital doit (accueillir – Loi du 22 février 1998, art. 254), sans autres formalités préalables, les personnes visées à l'article premier et prendre sur-le-champ toutes les mesures que requiert leur état.

(**Art. 6bis** Le Roi peut désigner d'autres intervenants que ceux visés aux articles 4, 4bis, 5 et 6 – Loi du 9 septembre 2004, art. 208).

(**Art. 6ter** – Loi du 9 septembre 2004, art. 208). (§1^{er}. Il est créé, 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 visées à l'article 1^{er} de la présente loi. Ces centres assurent également une formation permanente aux secouristes-ambulanciers.

Ils sont agréés par le Roi aux conditions de la présente loi et selon les modalités qu'il détermine. Le Roi détermine les règles d'organisation, de fonctionnement et de contrôle des centres ainsi que les modalités de la formation et du perfectionnement. Les frais de fonctionnement des centres de formation sont couverts par des subsides de l'Etat et par les droits d'inscription des candidats, selon les modalités fixées par le Roi.

§2. 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-ambulancier délivré par un centre de formation et de perfectionnement conformément aux conditions et modalités fixées par le Roi.

§3. Le responsable d'un (service ambulancier agréé – Loi du 14 janvier 2002, art. 119) dans le cadre de l'aide médicale urgente ne peut assurer les premiers soins et le transport de victimes qu'avec des secouristes-ambulanciers titulaires d'un brevet délivré par un centre de formation conformément aux conditions et modalités fixées par le Roi – Loi du 22 février 1994, art. 8).

Art. 7. §1^{er}. Il est créé un Fonds d'aide médicale urgente. Les *(entreprises d'assurances – Loi du 22 février 1998, art. 255)* pratiquant la couverture des risques que le Roi détermine constituent à cet effet une association sans but lucratif.

§2. Cette association doit être agréée par le Roi; elle ne peut être dissoute sans Son autorisation. Sur la proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le Roi désigne un nombre d'administrateurs égal au nombre des membres du conseil d'administration nommés par l'assemblée générale.

Ces administrateurs assistent au conseil avec les mêmes pouvoirs et prérogatives que les autres administrateurs.

Le Roi détermine la durée de leur mandat: il peut leur imposer les obligations particulières.

(§3. Le Fonds d'aide médicale urgente est alimenté pour 2/3 par les contributions des entreprises visées au §1^{er} et pour 1/3 par un subside annuel de l'Etat – Loi du 22 février 1998, art. 255).

Art. 8. Le Fonds d'aide médicale urgente a pour objet:

1° d'effectuer, conformément à des barèmes à établir par le Roi, le paiement des frais résultant de l'intervention du médecin prévue à l'article 4.

Le Fonds n'y est toutefois tenu que si, après avoir été informé par le médecin du montant des frais, le bénéficiaire des soins ne s'est pas libéré de son obligation dans un délai fixé par le Roi;

2° de garantir, à concurrence des montants prévus dans les barèmes à établir par le Roi, le paiement des frais résultant de l'intervention *(des fonctions « services mobiles d'urgence » et des services d'ambulance prévus respectivement aux articles 4bis et 5 – Loi du 22 février 1998, art. 256).*

Il ne peut être tenu envers *(les fonctions « services mobiles d'urgence » et les services d'ambulance – Loi du 22 février 1998, art. 256)* qui ont prêté leur intervention qu'après l'expiration d'un délai, fixé par le Roi, suivant l'envoi par ceux-ci d'une lettre recommandée mettant le débiteur des frais en demeure de payer.

Art. 9. Le Fonds peut recouvrer à charge des personnes visées à l'article premier tous les frais qu'il a exposés dans l'intérêt de celles-ci. En outre, le Fonds est subrogé de plein droit à concurrence des paiements qu'il aura effectués, d'une part, dans tous les droits que les médecins, *(les fonctions « services mobiles d'urgence » et services d'ambulance – Loi du 22 février 1998, art. 257)* peuvent faire valoir du chef de leur intervention vis-à-vis des personnes visées à l'article premier et, d'autre part, dans tous les droits que ces personnes peuvent faire valoir à l'égard de quiconque pourrait avoir à leur égard des obligations pécuniaires légales ou contractuelles. L'action subrogatoire peut être exercée en même temps que l'action publique et devant le même juge.

Art. 10. *(Les médecins, (les fonctions « services mobiles d'urgence » et les services d'ambulance – Loi du 22 février 1998, art. 258) auxquels il a été fait appel sont tenus, pour obtenir le paiement de leurs honoraires, rémunérations et frais par le Fonds d'aide médicale urgente, d'envoyer à celui-ci, à l'expiration des délais fixés en exécution de l'article 8 et au plus tard avant l'expiration d'un délai de six mois à compter du jour de leur intervention ou de la dernière prestation exigible, une copie soit de l'information qu'ils ont adressée au bénéficiaire de soins conformément à l'article 8, 1^o, soit de la lettre recommandée prescrite par l'article 8, 2^o.*

Lorsque l'identité du bénéficiaire de soins ne peut être établie, le médecin, (la fonction « service mobile d'urgence » et le service d'ambulance – Loi du 22 février 1998, art. 258) doit, dans le même délai, introduire auprès du Fonds son état de frais ou d'honoraires et lui fournir tous les renseignements en sa possession qui sont de nature à contribuer à l'identification.

L'inobservation du délai entraîne la forclusion du droit au paiement – Loi du 22 mars 1971, article unique).

Les préposés du système d'appel unifié doivent, à la demande du Fonds, lui fournir tous renseignements utiles relatifs à un appel enregistré.

(Art. 10bis. §1^{er}. Sans préjudice de la compétence des officiers de police judiciaire, les inspecteurs d'hygiène du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement exercent la surveillance de l'application des dispositions de la présente loi et de ses arrêtés d'exécution.

En vue de l'exercice de cette surveillance, les inspecteurs d'hygiène 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. Ils peuvent se faire communiquer tous les renseignements nécessaires à l'exercice de la surveillance visée à l'alinéa 1^{er}, et se faire remettre tous les documents ou supports électroniques dont ils ont besoin dans le cadre de leur mission de contrôle.

§2. Les inspecteurs visés au §1^{er}, constatent les infractions par procès-verbaux qui ont force probante jusqu'à preuve du contraire. Une copie de ces procès-verbaux est transmise aux contrevenants dans les sept jours suivant le constat de l'infraction. Simultanément, une copie de ce procès-verbal est transmise au ministre de l'intérieur – Loi du 14 février 2002, art. 120).

Art. 11. Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de (100 à 1 000 francs – Loi du 22 février 1998, art. 259), ou d'une de ces peines seulement, les médecins ainsi que les personnes qui assurent effectivement le fonctionnement d'un service d'ambulance (ou d'un service mobile d'urgence – Loi du 22 février 1998, art. 259) qui, ayant fait l'objet d'une demande d'aide du préposé du système d'appel unifié, refusent ou négligent, sans un des motifs énumérés aux articles 4 et 5, de donner suite à cette demande (ainsi que toute personne contrevenant aux dispositions de l'article 6bis, §§2 et 3 (lire « article 6ter, §§2 et 3 ») – Loi du 22 février 1994, art. 9).

Sont punis des mêmes peines, le préposé du système d'appel unifié qui refuse ou néglige de prendre immédiatement les mesures en vue de donner suite à une demande d'aide qui lui est parvenue, ainsi que les personnes responsables des admissions dans un hôpital, qui refusent ou négligent de remplir les obligations qui leur incombent en vertu de l'article 6.

(Est puni des mêmes peines quiconque refuse aux inspecteurs d'hygiène l'accès, les informations ou les documents ou supports électroniques, tels que visés à l'article 10bis, §1^{er}, alinéa 2.

Est puni des mêmes peines, tout propriétaire et/ou conducteur d'un véhicule qui utilise les caractéristiques extérieures des véhicules du service ambulancier ou des services mobiles d'urgence telles que fixées en exécution de la présente loi et/ou des signes prioritaires, sans que le service ambulancier ait obtenu l'agrément, tel que visé à l'article 3bis, ou sans que le service mobile d'urgence soit, en exécution de la présente loi, intégré dans l'aide médicale urgente ou sans que ceux-ci exécutent une mission en application de la présente loi – Loi du 14 janvier 2002, art. 121).

Art. 12. Disposition modificative de l'article 66 de la loi du 10 mars 1925

Art. 13. Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

L'article 1er de l'AR du 1er avril 1965 fixe au 1er juillet 1965 la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

BAUDOUIN

Par le Roi