

Mercuriale 2024

Arlon, le 19 janvier 2024

À la croisée des chemins : **Évolutions et défis de l'aide médicale urgente en province de Luxembourg**

Monsieur le Président du Conseil provincial,
Mesdames et Messieurs les Députés provinciaux,
Mesdames et Messieurs les Conseillers provinciaux,
Monsieur le Directeur général,
Monsieur le Directeur financier,
Mesdames et Messieurs,

1. Préambule

« 112 Arlon, quelle est votre urgence ? ». Cette question, nous l'avons probablement toutes et tous entendue au moins une fois dans notre vie. Parce que nous sommes victimes ou témoins d'un incident qui nécessite de faire appel aux secours.

Vous l'aurez compris, cette année, je souhaite vous parler de l'Aide Médicale Urgente.

Les soins de santé et l'AMU en particulier se trouvent à la croisée des chemins en province de Luxembourg. La situation actuelle impose de poser des choix qui impacteront nécessairement la couverture en soins de santé dans les années à venir. Les évolutions technologiques et médicales nous offrent des perspectives. Ne partons pas du principe que le statu quo est gage de qualité.

Un des objectifs est d'expliquer l'ensemble du processus : depuis l'appel au 112 jusqu'à la prise en charge médicale, que ce soit par une ambulance, un SMUR ou un PIT. Pas l'expliquer à vous. La plupart d'entre vous siègent dans des assemblées très bien informées. Mais utiliser la mercuriale pour pouvoir m'adresser à un public plus large encore.

C'est aussi l'occasion de mettre en lumière l'ensemble du personnel, issu de plusieurs services et institutions différents, qui travaillent main dans la main, souvent dans l'ombre, pour notre sécurité. Je pense qu'il est plus que temps que nous tirions notre chapeau à tous ces anonymes qui quotidiennement se donnent à 100% dans une mission difficile. Surmontant les difficultés, ils unissent leur force et leurs compétences

ensemble, parfois sans même se connaître, pour prodiguer les meilleurs secours possibles à notre population.

Nous avons à fort juste titre salué le travail remarquable de l'ensemble du personnel médical durant la trop longue période de la crise sanitaire. Je souhaite aujourd'hui rendre hommage à l'ensemble de la chaîne de la santé publique qui a travaillé durant plus de deux ans dans des conditions extrêmement difficiles. Au plus fort de la crise, secouristes-ambulanciers, infirmiers, médecins ont mis leur santé en danger pour prendre soin de celle des autres. Ne l'oublions pas.

Aborder ce sujet devant les élus provinciaux est également indiqué, car la Province investit beaucoup dans l'AMU. Que ce soit au travers de l'intercommunale Vivalia dont elle est actionnaire et contributeur, ou dans la Zone de secours dont elle assume désormais une part importante du financement. Ce sujet est donc l'occasion de mettre en lumière ce qu'un niveau de pouvoir comme la Province apporte concrètement aux citoyens luxembourgeois dans les soins de santé. Sans le soutien financier de la Province, la couverture en AMU sur notre territoire ne serait pas la même.

Il est aussi temps, devant les élus provinciaux, de lever le voile sur un processus de prise en charge complexe qui unifie différentes institutions pour la santé et la sécurité des Luxembourgeois. Comment le SPF Santé publique, la Zone de secours, Vivalia et d'autres travaillent main dans la main pour répondre aux urgences ?

Enfin, pour le grand public, comprendre la manière de fonctionner de notre aide médicale urgente augmente le sentiment de sécurité.

Plus que des explications, je tenterai de dégager des pistes d'amélioration du système. Et nous verrons que certaines de ces pistes se mettent déjà en place. D'autres ne nécessitent pas de grandes réformes exorbitantes. La majorité d'entre elles feront en fait appel au bon sens de toutes et tous.

Un bon sens que les Luxembourgeois ont érigé en véritable art de vie.

2. Introduction

2.1. Urgence, quelle urgence ?

Communément, l'aide médicale urgente rassemble l'ensemble des institutions, en ce compris le personnel et le matériel, qui participe à la prise en charge d'une personne qui réclame une aide médicale. Au sens large du terme, et en ce qui concerne notre province, cela comprend donc la centrale d'urgence 112, les secouristes-ambulanciers de la Zone de secours et de la Croix-Rouge, les infirmiers urgentistes des PIT, les infirmiers et médecins urgentistes des services d'urgence dont dépendent les SMUR.

En Belgique, c'est la Loi du 8 juillet 1964 qui définit l'organisation de l'aide médicale urgente. Elle confère à l'État l'obligation d'organiser l'aide médicale urgente aux personnes se trouvant sur la voie publique ou dans un lieu public et dont l'état nécessite des soins urgents. Ce champ d'application a ensuite été étendu aux interventions urgentes, indépendamment du lieu où se trouve le patient.

La Loi ne donne pas de définition de la notion « d'urgence », mais définit l'aide médicale urgente de la manière suivante : « Il faut entendre par aide médicale urgente, la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes 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. »

L'aide médicale urgente s'articule donc autour de trois missions primordiales :

- La dispensation immédiate de secours appropriés ;
- Le transport dans un service hospitalier adéquat ;
- L'accueil dans ce service hospitalier adéquat.

Dans l'AMU, le terme médical est très large puisque tous ces acteurs n'ont pas tous la compétence pour poser des actes médicaux. La plupart poseront des actes de premiers secours visant à stabiliser un patient avant de l'amener vers un médecin.

Qu'en est-il de l'urgence ? Les médecins et infirmiers urgentistes qualifieront d'urgence toute situation pour laquelle un retard en minutes ou en heures constitue une perte de chance ou un préjudice pour le patient.

Cette définition « exclut » déjà une grande part de l'activité classique de l'AMU et des patients passant par les urgences d'un hôpital.

Nous aurons l'occasion de l'aborder plus en détail, mais un des enjeux à l'avenir est de combler l'espace de prise en charge médical entre la médecine générale et la médecine d'urgence. À l'heure actuelle, une part importante des patients que l'on retrouve aux urgences ne répond pas aux critères de l'urgence.

2.2. Petite histoire de l'AMU

La médecine d'urgence n'est en réalité pas une aussi vieille dame qu'on pourrait le croire. Avant les années 1960, la médecine d'urgence se résumait à des médecins généralistes proches de leurs patients qui intervenaient jours et nuits en cas de besoin.

Souvent accompagné d'une épouse entièrement dévouée à la mission de son mari, le médecin « de village » était capable de veiller jour et nuit sur la communauté. Chaque citoyen savait qu'il pouvait compter sur l'investissement complet de son médecin face à toute situation.

Mais qu'est-ce qui a pu mener à un revirement dans l'approche médicale d'urgence au début des années 1960 ?

En réalité, c'est l'évolution des connaissances et des techniques médicales qui ont amené ce changement d'approche dans la prise en charge des patients. Fin des années 50, on découvre que sur certaines pathologies, le temps d'intervention est un facteur extrêmement important. À titre indicatif, la découverte du massage cardiaque remonte à 1958. C'est à l'Université Johns Hopkins que des chercheurs ont accidentellement découvert qu'en effectuant des compressions externes sur la poitrine d'un chien souffrant de fibrillation ventriculaire, ils obtenaient un pouls dans l'artère fémorale. C'est de cet événement fortuit que la RCP (Réanimation cardio-pulmonaire) est née. Étonnamment, c'est à cette même université et dans les mêmes années que William Kouwenhoven, un ingénieur électricien de l'établissement, a inventé le premier défibrillateur à thorax fermé capable d'envoyer des décharges consécutives pour réanimer un cœur adulte. Cependant, l'idée avait déjà fait l'objet de nombreuses expérimentations et innovations au cours du siècle, notamment dans l'URSS.

Ces évolutions médicales font prendre conscience de l'importance du facteur temps dans la prise en charge optimale de certaines pathologies.

C'est donc l'évolution des techniques médicales qui ont forcé les autorités à mettre en place une aide médicale urgente mobile. Les débuts se font évidemment de manière expérimentale. Il n'y a pas encore de réelle organisation, pas plus qu'il n'y a de spécialisation en médecine d'urgence.

En Belgique, début des années 60, l'aide médicale urgente se compose d'une quinzaine d'ambulances pour tout le pays chargée d'acheminer le plus rapidement possible des patients vers les hôpitaux. Mais l'organisation est encore lacunaire.

Aussi, au fur et à mesure, les décideurs se rendent compte par exemple de l'importance d'un point de contact unique. Le numéro d'urgence unique 900 est instauré, d'abord à Anvers puis rapidement dans tout le pays avec 16 centrales. Mais

chaque nouvelle avancée génère de nouvelles questions. Que faire des patients secourus ? Les envoyer vers un hôpital bien sûr, mais lequel ? Le plus proche ? À cette époque, peu d'hôpitaux disposent d'un service d'urgence capable d'accueillir à toute heure un polytraumatisé par exemple.

Rapidement, il apparaît essentiel dans de nombreux cas de faire en sorte que le contact entre le patient et le médecin se fasse le plus rapidement possible. Aux débuts des années 80, les moyens médicaux mobiles se médicalisent. Les médecins prennent de plus en plus l'habitude de sortir des hôpitaux et les ambulances (on ne parle pas encore de SMUR) s'équipent de mieux en mieux.

Il faut attendre l'arrêté royal du 10 avril 1995 pour voir apparaître les premiers Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation, plus communément appelés SMUR. L'arrêté vise « à limiter l'intervalle médical libre (*intervalle temps entre l'incident et les premiers secours*) chez les personnes dont l'état de santé comporte une menace réelle ou potentielle pour leur vie ou menace gravement un de leurs membres ou de leurs organes ».

L'arrêté royal du 8 septembre 1998 fixera les normes minimales pour agréer un service mobile d'urgence. Cette disposition légale établit les besoins en formations spécifiques pour tous les secouristes. Elle instaure également l'obligation de lien entre un SMUR et un service d'urgence hospitalier.

Ce sont donc les évolutions techniques (médicales) et technologiques (matérielles) qui ont amélioré la prise en charge médicale des situations d'urgence. Cette approche nécessite des compétences spécifiques et du matériel adapté, d'où la spécialisation d'urgentiste aujourd'hui nécessaire pour exercer dans ce registre.

Notons que cette approche de l'AMU ne fait pas l'unanimité. Deux doctrines s'opposent : le « scoop and run », à savoir amener le patient le plus rapidement possible vers un hôpital, et le « stay and play », à savoir une prise en charge médicale sur le terrain avec stabilisation et conditionnement avant le transfert à l'hôpital. Les Anglais et les Américains préconisent toujours le transfert le plus rapide vers un hôpital plutôt que la prise en charge sur place par un médecin.

C'est cette différence d'approche qui suscita une polémique en 2007 lors de l'accident ayant coûté la vie à Lady Diana dans le tunnel du Pont de l'Alma. Certains médias anglo-saxons reprochèrent au Samu d'avoir mis plus d'une heure et demie pour emmener la princesse à l'hôpital. « Mais c'est parce que les réanimateurs avaient le choix de commencer les soins sur place puis dans l'ambulance avec tous les moyens nécessaires, précise le docteur Menthonnex. Et même s'ils avaient foncé en 15 minutes à l'hôpital, cela n'aurait vraisemblablement rien changé pour elle ».

2.3. L'AMU face aux catastrophes

Bien que cela ne soit pas l'objet de cette mercuriale, je vous dis rapidement un mot sur la gestion de l'AMU face aux grandes catastrophes. Le principe d'une crise est que les moyens disponibles sont inférieurs aux besoins. Ce cas de figure peut se présenter pour l'AMU.

Des catastrophes comme celles du Heysel, de Ghislenghien ou encore l'explosion de la rue Léopold ont éprouvé notre système de prise en charge médical.

Devant le constat qu'en temps de crise, les moyens sont insuffisants par rapport aux besoins, il s'est avéré qu'une organisation spécifique était nécessaire. C'est ainsi que divers acteurs, ministère de la Santé publique, Croix-Rouge de Belgique, Service médical de l'Armée et le monde académique se sont réunis à Gand en 1991.

Ce que l'on appelle dorénavant la doctrine de Gand repose sur une coordination centrale et une hiérarchie unique. Le consensus qui s'est dégagé a fait que cette doctrine a été acceptée par tous les acteurs des secours médicaux sans qu'un texte légal la rende obligatoire.

Les grands principes de la doctrine de Gand ont été transposés dans un texte réglementaire qui permet le déclenchement des Plans d'intervention médicaux.

Le Plan d'intervention médical (PIM) est mis en œuvre dans les cas où l'on déplore plus de 5 blessés graves ou de 10 blessés quel que soit leur état, ce qui entraîne la mobilisation de l'Inspecteur d'hygiène fédéral (IHF), du Psychosocial Manager (PSM) et l'envoi sur place du Dir-Med, du Dir-Med adjoint, de 3 SMURS, de 5 ambulances et de la logistique médicale.

2.4. L'AMU est ses organes

2.4.1. L'Inspecteur d'Hygiène fédéral (IH)

La fonction d'Inspecteur d'hygiène fédéral vise principalement le corps professionnel médical et les intervenants de l'aide médicale urgente. Cette fonction n'a rien à avoir avec un quelconque contrôle de propreté ou de normes d'hygiène.

C'est un médecin ou infirmier fonctionnaire qui est le représentant local (dans chaque province) du SPF Santé publique auprès des Gouverneurs, des Bourgmestres, des professionnels de la santé et des citoyens pour ce qui concerne l'aide médicale urgente.

L'Inspecteur d'hygiène fédéral veille à l'application des dispositions de la loi de 1964. Il a donc accès à tout moment : aux hôpitaux disposant d'une fonction SUS, aux véhicules des services mobiles d'urgence, aux centres 112/100, aux services d'ambulances et à leurs véhicules et aux centres de formation des secouristes-ambulanciers.

Cette mission d'organisation et de contrôle l'autorise à requérir tous les documents ou supports électroniques dont il a besoin afin de constater le cas échéant les infractions par voie de procès-verbaux qui ont force probante.

L'Inspecteur d'hygiène fédéral, qui exerce la tutelle administrative sur les acteurs de l'AMU, est épaulé dans ses activités par un infirmier responsable entre autres, du support aux services d'ambulances collaborant à l'AMU et des badges reconnaissant les secouristes-ambulanciers. L'IH développe au niveau provincial le volet médical des plans d'urgence et d'intervention pour des risques locaux connus et inventoriés ou lors de manifestations à risque. L'IH est également président de la commission d'aide médicale urgente (COAMU – voir le point spécifique en infra).

En cas de crise ou de plan d'urgence, l'IH est l'autorité administrative de la discipline médicale et siège au centre de crise local ou provincial.

2.4.2. Directions médicales 112

Une direction médicale type est constituée de 3 personnes : 1 médecin directeur, 1 infirmier directeur médical adjoint, 1 infirmier régulateur. Ces fonctions, créées par le SPF Santé publique, ont pour objectif principal de contrôler et améliorer la qualité médicale des appels et du suivi des interventions. Ils ont à cet effet une autorité opérationnelle sur les opérateurs. Leurs principaux domaines d'action sont : gestion des appels médicaux urgents, procédures de travail, plan d'intervention médical en cas de catastrophes, développement de projets, évaluation du personnel avec le chef fonctionnel, formation médicale, plan qualité.

Une coordination fédérale des directions médicales est mise en place depuis quelques années. Chaque description de fonction fait l'objet d'un arrêté royal signé par les ministres de la Santé publique et de l'Intérieur. Chaque personne est désignée nominativement (à l'exception des régulateurs) sur base d'un arrêté ministériel signé par le ministre de la Santé publique.

Ces médecins et infirmiers urgentistes continuent tous à exercer leur fonction de base au sein d'une fonction SUS/SMUR. Ils sont détachés, à titre indépendant ou via leur employeur après une procédure de marché public européen.

2.4.3. Organe consultatif provincial : les COAMUs

Cet organe provincial rassemble des représentants de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'aide médicale urgente (centre 112/100, service ambulance public et privé, fonction SUS, fonction SMUR, garde de médecine générale, Croix-Rouge, service du Gouverneur). L'inspecteur d'hygiène fédéral la préside. Les COAMUs élisent un

bureau de représentants et peuvent instituer des groupes de travail abordant différentes thématiques.

Les acteurs de l'aide médicale urgente ne sont pas liés hiérarchiquement et fonctionnellement entre eux. La COAMU vise donc à obtenir une bonne collaboration entre les services ainsi que le bon fonctionnement de l'AMU. Un certain nombre de tâches de la COAMU sont dans les faits traduites dans les actions quotidiennes des IH : supervision de la formation des secouristes-ambulanciers, avis sur les manifestations à risques, qualité de la gestion des appels médicaux adressés au 112, plans d'urgences...

Les services du Gouverneur sont des partenaires privilégiés des COAMUs et des IH dans plusieurs thématiques, particulièrement pour les plans d'urgences et les manifestations à risques.

Enfin, c'est la COAMU qui est chargée de valider l'offre présentée par les acteurs de l'AMU concernant la couverture d'un territoire.

3. Le trajet de l'AMU

La loi du 8 juillet 1964 définit l'aide médicale urgente comme « 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 ».

Je vous propose de mettre en pratique cette définition au travers d'un exemple concret.

3.1. L'appel au 112

Le premier réflexe à avoir si vous êtes témoins d'un incident est de prévenir le 112. Cet appel est préalable à toute intervention par quelque moyen que ce soit. Ce sont les centrales d'urgence, et elles seules, qui détiennent le pouvoir de réquisitionner le personnel, le vecteur et le service d'urgence.

L'opérateur 112 recevant l'appel orientera la discussion en fonction du manuel belge de régulation médicale qui lui permettra d'envoyer le vecteur le plus approprié.

Ce manuel est un protocole de triage qui propose un ensemble intégré de protocoles médicaux, permettant de faciliter et d'améliorer la qualité de la prise d'appels à l'aide par les préposés des centrales d'urgence 112. En tant que professionnel, le préposé de la CU 112 est confronté à la gestion de tâches complexes et souvent incertaines : intégrer rapidement un grand nombre de données souvent imprécises données par des appelants sous stress, analyser la situation donnée, décider d'une solution en termes de moyens, mettre en œuvre ces moyens d'interventions et envisager les contraintes logistiques (en termes de temps et de distance).

Cette complexité est aggravée par un facteur supplémentaire : la peur du risque face aux conséquences d'une éventuelle erreur commise.

Les protocoles médicaux constituent un support technique, apportant aux préposés différentes informations et recommandations médicales. Cela étant, ces protocoles ne remplaceront jamais le talent et l'expertise du préposé dans la gestion de la relation à l'appelant, l'analyse de la situation, la stratégie de questionnement ou encore la prise de décision quant à l'envoi de moyens adéquats. Ils permettront de faciliter son travail en faisant des propositions concernant : le degré de gravité, le choix des questions, les décisions d'actions ou encore les conseils à l'appelant.

Suivant ce guide, l'opérateur établira un bilan circonstanciel et un bilan des fonctions vitales. Ce sont ces deux bilans qui permettront de catégoriser la situation selon 8 niveaux de gravité qui détermineront l'envoi du vecteur AMU le plus adapté à la situation décrite.

- SMUR 1 : Menaces immédiates pour la vie ou les organes : priorité la plus élevée.
- SMUR 2 : Menaces éventuelles pour la vie ou les organes, état requérant une assistance médicale urgente.
- PIT 3 : Peut évoluer à court terme vers une menace pour la vie ou les organes, requérant une assistance médicale urgente selon un protocole connu.
- PIT 4 : Peut évoluer en une menace pour la vie ou les organes, état ne requérant pas autant une assistance médicale urgente
- AMB 5 : Non menaçant pour la vie ou les organes, mais l'état requiert une admission à l'hôpital pour le diagnostic, la thérapie ou l'observation.
- MG 6 : Urgent : non menaçant pour la vie ou les organes, mais l'état requiert une évaluation médicale rapide (dans les 1 à 2 h max.) pour le diagnostic ou la thérapie.
- MG 7 : Service de garde : non menaçant, mais l'état requiert une évaluation médicale (le service de garde / 12 h max.) pour le diagnostic ou la thérapie.
- MG 8 : Soins planifiables : le relais auprès du médecin de famille en dehors du service de garde est possible ; un nouvel appel en cas d'aggravation des symptômes toujours recommandé.

Un « niveau 0 » supplémentaire sera ajouté aux niveaux de gravité. C'est un niveau technique. Il s'agit d'un niveau qui peut être invoqué pour pouvoir envoyer le moyen d'intervention le plus proche en fonction d'une réanimation (nécessaire). Ce niveau est distinct de la détermination d'un niveau de gravité, de sorte qu'il ne tient pas compte des ressources prédéfinies pour un certain niveau d'urgence.

Depuis cette année, les centrales d'urgence 112 sont interconnectées. Cela signifie que si une centrale est débordée d'appels suite à une crise survenue sur son territoire, certains appels seront déviés en cascade vers une autre centrale 112. Ce système d'overflow permet de garantir une mise en ligne rapide de l'appelant.

3.2. Déclenchement ambulance

Les premiers vecteurs de couverture en aide médicale urgente sont les ambulances. Le service est assuré par minimum deux secouristes-ambulanciers porteurs d'un brevet délivré par un centre de formation agréé (120 heures/5 ans). Ces secouristes-ambulanciers sont bien souvent également pompiers.

Notons que la formation des secouristes-ambulanciers est assurée par l'IPF. Pour vous donner un ordre d'idée, en 2023, la Province a formé 57 nouveaux candidats au brevet de secouristes-ambulanciers et 566 secouristes-ambulanciers ont suivi les formations

permanentes obligatoires au maintien de leur brevet pour un total de 11 446 heures de formation.

En province de Luxembourg, les ambulances se situent dans les 17 postes de la Zone de Secours. Le nombre d'ambulances varie selon les points de départ. La Croix-Rouge propose également un départ depuis Libramont. Ce point est couvert sous-toit 24/24, 7/7.

Tous les postes sont opérationnels en AMU 24/24, 7/7. Il n'y a que 1% de mise au rouge recensé pour défection matériel ou de personnel. Tous les postes sont couverts en garde sous-toit entre 6h00 et 18h00 (semaine et week-end). Arlon, Marche et Aubange sont couverts la nuit (uniquement le week-end pour Aubange).

Il y a une grande différence entre une garde sous-toit et une garde à domicile. Bien que les ambulanciers de garde doivent toujours se trouver à moins de cinq minutes de la caserne, inévitablement il y a une perte de temps de quelques minutes au moment du départ. En garde sous-toit, les départs sont toujours en dessous de deux minutes. Et lorsque l'on sait que sur certaines pathologies le délai entre l'incident et la prise en charge peut être décisif, il faut reconnaître qu'entre 20h00 et 6h00 du matin, certains citoyens de notre province sont moins bien couverts. C'est inévitable.

L'AMU est évidemment une activité déficitaire. Et ce n'est pas avec la réforme imposant un montant forfaitaire maximum qui a fait gagner de l'argent à la Zone, que du contraire ! Le système au kilomètre était plus juste pour nos ambulances luxembourgeoises. Heureusement, la Zone de secours est fortement soutenue par la Province et les Communes. Particularité luxembourgeoise, malgré la réforme des Provinces, reprenant une part importante du financement des Zones de secours, les Communes ont maintenu un effort financier identique, acceptant même une augmentation de leur financement à hauteur de 5% par an jusqu'en 2024. Cet effort financier non négligeable a permis à la Zone d'augmenter le temps de garde sous-toit. Auparavant, il n'y avait tout simplement aucun ambulancier dans les casernes le week-end ! Concrètement, c'est aussi cela la Province.

Dans le cas d'un départ ambulance, le déclenchement du vecteur passera par Cozilux (dispatching de la Zone de secours). À première vue, on pourrait penser que l'ajout d'une étape retarde le départ du vecteur. C'est en réalité tout l'inverse. La réquisition de l'ambulance se fait au travers d'un fichier XML qui est validé et transmis quasiment automatiquement par l'opérateur Cozilux. L'opération prend quelques secondes, juste le temps de cliquer sur une icône qui apparaît sur son moniteur, pageant ainsi les secouristes-ambulanciers de la Zone.

Grâce à cette évolution, les délais de départ ont été réduits à moins de deux minutes en moyenne. Auparavant, ils étaient compris entre 8 et 12 minutes ! Cela mérite quelques explications :

1. Le Cozilux permet une automatisation de l'envoi des secouristes-ambulanciers et une gestion informatisée des moyens disponibles qui n'existaient pas il y a 10 ans.
2. Les gardes sous-toit représentent également une avancée significative récente. Il y a encore quelques années, seules quelques grosses casernes étaient concernées (en journée) par une garde sous-toit.

Concrètement, avant la création du Cozilux (15 janvier 2018) et l'élargissement des gardes sous-toit, le préposé 112 terminait l'appel, téléphonait ensuite à la permanence de la caserne la plus proche de l'incident (chaque SRI organisait lui-même sa permanence), attendait que quelqu'un décroche et lui faisait un rapport de situation, le responsable de caserne téléphonait ensuite aux secouristes-ambulanciers de garde pour les avertir de la mission. Il fallait encore attendre que les deux membres de l'équipe rejoignent la caserne pour que la mission démarre. Et cela dans le cas où l'ambulance n'était pas déjà en mission. Sans quoi le préposé devait continuer son tour des casernes pour trouver une ambulance disponible.

Aujourd'hui, cette automatisation permet au préposé 112, via la centrale Cozilux, d'envoyer le vecteur avant même que la conversation avec l'appelant ne soit terminée.

Les secouristes-ambulanciers qui partent en intervention sont techniquement déclenchés par Cozilux pour des raisons logistiques. Cela leur permet en effet d'utiliser les mêmes pagés pour les missions pompiers et les missions ambulanciers. Mais dans la pratique, ils sont bel et bien réquisitionnés par la centrale d'urgence 112. C'est d'ailleurs avec les opérateurs du 112 qu'ils restent en contact durant toute la durée de la mission.

C'est que les secouristes-ambulanciers sont bien souvent également pompiers et, dès lors, sont susceptibles pendant leur garde d'effectuer également des missions pompiers. Attention, ils ne partiront que pour de vraies urgences. Ils ne délaisseront pas leur garde AMU pour aller couper un arbre.

Une fois l'ambulance partie en mission, le Cozilux bat le rappel auprès de secouristes-ambulanciers volontaires pour qu'ils se mettent disponibles afin que la caserne revienne au vert, prêts à couvrir d'éventuelles autres missions.

Soulignons l'engagement et la solidarité entre tous ces volontaires qui se rendent disponibles pour assurer au mieux la sécurité de leur concitoyen. Être secouriste-ambulancier volontaire est une véritable vocation. Ceux-ci ne peuvent par exemple pas habiter à plus de cinq minutes de la caserne (pour rester dans le délai maximum de la pénalité infligée d'office par la 112 pour les gardes à domicile). C'est grâce à eux et à l'organisation générale de la Zone que notre province, la plus vaste et la moins densément peuplée de Belgique, est très bien couverte.

Sur les six dernières années, soit environ 180 000 missions (moyenne de 30 000/an), trois plaintes ont été enregistrées. Aucune des trois n'a abouti. Pour autant, il faut entendre et comprendre qu'une personne en détresse jugera probablement que l'attente a été trop longue et c'est évidemment bien compréhensible.

En Belgique, le niveau de service minimum est de parvenir à ce que 90% des interventions se fassent dans les quinze minutes de l'appel. En 2023, en province de Luxembourg, il y a eu 21 203 missions primaires ambulances en respectant cet objectif.

Si arriver à une couverture complète et équitable sur l'ensemble du territoire est sans doute une utopie, certaines pistes pour améliorer la prise en charge des situations d'urgence existent néanmoins. J'aurai l'occasion de vous les exposer en fin de mercuriale.

3.3. Déclenchement SMUR/PIT

Les niveaux 3 et 4 du MBRM proposent à l'opérateur l'envoi d'un PIT.

Lancé comme projet pilote en 2007 en province de Luxembourg, le Paramedical Intervention Team (PIT) est, depuis le 1er janvier 2023, étendu à l'ensemble du pays. Son objectif est d'offrir un moyen intermédiaire entre le SMUR d'une part et l'ambulance d'autre part.

Le PIT est constitué, au minimum, d'un infirmier urgentiste (formation spécifique) et d'un secouriste-ambulancier. À l'heure actuelle, il y a en province de Luxembourg, deux dépôts, PIT, Virton et Bouillon. Les PIT étaient auparavant des vecteurs rapides (types SMUR). Ils sont dorénavant des vecteurs capables d'intervenir, mais également de transporter le patient (types ambulances). Cela n'est pas anecdotique puisque, dorénavant, l'intervention d'un PIT se fait donc sans le concours d'une ambulance. La multiplication des PIT prévue à l'avenir risque donc de considérablement réduire le nombre de missions ambulances pour la Zone de secours. Le défi sera dès lors de maintenir une couverture optimale, en assumant le manque à gagner dû à la diminution des sorties des ambulances.

Toutefois, les PIT offrent plusieurs avantages. Premièrement, ils permettent de soulager les médecins urgentistes en envoyant des infirmiers urgentistes à leur place pour des prises en charge médicales intermédiaires (ex. : administration d'antalgique sur un patient stable). Le deuxième avantage est d'offrir une meilleure couverture territoriale puisque, contrairement aux SMUR, les PIT ne sont pas liés à un service d'urgence d'un hôpital.

À l'inverse, l'infirmier urgentiste du PIT, aussi qualifié soit-il, ne peut pas poser tous les actes médicaux. Un médecin urgentiste sera toujours plus qualifié pour poser un diagnostic plus complet. Deuxièmement, étant donné que les PIT ne sont pas liés à un

hôpital, il suppose de mobiliser un secouriste-ambulancier et un infirmier urgentiste à cette seule tâche. En l'absence de mission, ces deux personnes ne peuvent donc pas servir dans un service d'urgence.

Mais les infirmiers urgentistes du PIT suivent des formations particulières. Ils ont également d'une part un lien direct avec leur médecin urgentiste référent au sein du service d'urgence et d'autre part ce que l'on appelle des ordres permanents qui sont en quelque sorte une délégation du médecin référent. Ils sont couverts par celui-ci pour autant que les actes renseignés soient pratiqués tels que décrits par l'ordre permanent.

Une des principales missions où le Paramedical Intervention Team trouve tout son intérêt est dans la gestion de la douleur. Avant la création des PIT, certains patients en grande souffrance ne pouvaient être soulagés par des antidouleurs avant leur transport par une ambulance 112 qu'en faisant appel au SMUR de permanence. Selon les circonstances, le team SMUR soit n'était pas disponible parce que mobilisé par un autre accident grave, soit intervenait pour administrer les antidouleurs nécessaires, ce qui l'empêchait d'être engagé pour des missions urgentes requérant un médecin.

Le PIT est notamment apte à gérer pas mal de missions destinées auparavant au SMUR, comme les difficultés respiratoires, les douleurs thoraciques, les hypoglycémies, les convulsions et bien d'autres situations problématiques. Il existe en effet environ une trentaine d'ordres permanents différents permettant de traiter un panel important de plaintes.

Ces infirmiers « piteurs » sont également infirmiers smuristes, ce qui aide à instaurer une relation de confiance avec le médecin urgentiste. Leur expérience et leur expertise permet de prendre en charge très efficacement les patients. Dans 70% des cas, le PIT annulera la mission du SMUR. Preuve que dans la majorité de situations, la présence d'un médecin urgentiste n'est pas requise.

Dans le cas où le manuel de régulation, en fonction des réponses données par l'appelant, conseille l'envoi d'un vecteur médicalisé (niveau 1 et 2 du MBRM), le 112 déclenchera le SMUR de l'hôpital le plus proche de l'incident.

C'est donc l'opérateur 112 qui réquisitionnera le vecteur, mais également le personnel. Pour ce faire, il pagera le médecin et l'infirmier urgentistes. Ceux-ci quittent alors les urgences de l'hôpital et s'installent dans le SMUR dans lequel l'adresse de l'appelant a été automatiquement encodée dans le GPS. Le départ en mission est confirmé par radio ASTRID auprès de la centrale d'urgence.

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est une équipe médicale mobile, composée, au minimum, d'un médecin urgentiste et d'un infirmier urgentiste qui intervient dans le cadre de l'aide médicale urgente dans le cas où une personne malade ou accidentée nécessite des soins ou une surveillance médicale, au sens premier du terme. Le SMUR est le prolongement mobile du service d'urgence hospitalier auquel il est obligatoirement attaché.

Les SMUR sont tenus de se conformer à l'arrêté royal du 10 août 1998 qui fixe les normes auxquelles un service mobile d'urgence doit répondre pour être agréé. Ainsi, le médecin qui assure la direction de la fonction doit être un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence et attaché à l'hôpital pour lequel il exerce (ou un des hôpitaux de l'intercommunale). Il doit être assisté d'au minimum un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué en soins intensifs et d'urgence. La fonction de SMUR doit assumer une permanence 24/24.

Il est toujours accompagné d'une ambulance, car il ne transporte pas le patient.

En province de Luxembourg, il y a quatre SMUR situés au sein des quatre sites hospitaliers de l'intercommunale Vivalia et deux PIT. En 2023, les SMURs de la province ont effectué 3454 missions (+75 missions réalisées par un SMUR frontalier) et les PIT 1978 missions pour un délai d'intervention moyen de 14'19''.

Le Centre Médical Hélicopté de Bra-sur-Lienne (Commune de Lierneux) suit exactement le même principe que celui du SMUR à l'exception du vecteur. Ce SMUR volant n'est pas directement attaché à un service d'urgence hospitalier. Contrairement à un SMUR roulant, l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne est capable de transporter un patient.

Il offre donc comme avantages une grande couverture territoriale, une rapidité d'intervention et une rapidité en cas de transport urgent vers un plateau technique. On estime en moyenne, tous délais considérés, qu'un SMUR ou une ambulance parcourt un kilomètre à la minute tandis que l'hélicoptère en survole trois dans le même temps.

En cas de défaillance de l'appareil ou de conditions climatiques rendant impossible le vol, le CMH est également équipé d'un SMUR routier classique augmentant donc la couverture du nord de notre province.

3.4. Prise en charge sur place

Dans le cas d'une mission ambulance, les secouristes-ambulanciers donneront les premiers soins. Ceux-ci ont pour objectif de conditionner le patient dans le but de le transporter vers un centre hospitalier. Le choix de ce centre hospitalier revient toujours au 112.

Dans le cas où un SMUR intervient, le médecin urgentiste assurera la coordination de l'ensemble des équipes intervenant.

La règle quant au choix de l'hôpital d'accueil est celle de la proximité en temps (et non en nombre de kilomètres). C'est le 112 qui renseigne l'hôpital qui prendra en charge le patient. Le système calcule le temps entre le lieu d'intervention et l'hôpital le plus adapté, le plus rapidement accessible. Par exemple pour une intervention sur la commune de Gouvy, le village de Bâclain est à 31 km de Bastogne, mais il faut 23 min pour aller à l'hôpital de Bastogne via l'E25, tandis que l'hôpital de Saint-Vith est à 25km, mais il faut 30 minutes via les nationales sinueuses.

Il est possible pour une ambulance de déroger à l'hôpital de secteur si l'hôpital souhaité par le patient est à dix minutes supplémentaires maximum, uniquement si le patient possède un dossier médical dans l'autre hôpital et que la raison de l'intervention porte sur les pathologies suivies.

Cependant, si un SMUR ou le Médecin généraliste accompagne le patient dans l'ambulance, le choix de l'hôpital est à la discrétion du médecin, en fonction du diagnostic ou de la nécessité d'une plateforme thérapeutique spécialisée.

3.5. Prise en charge à l'hôpital

L'arrivée et la prise en charge médicale aux services d'urgence dépendront nécessairement du parcours emprunté.

Le premier point essentiel est qu'il n'y a pas de tri à l'entrée des urgences. Concrètement, le patient qui arrive par ses propres moyens entre aux urgences par la salle d'attente. C'est-à-dire qu'il est inscrit par le secrétariat qui prend note de la raison de la sollicitation auprès des urgences de l'hôpital. Jusqu'au moment où le personnel médical aura le temps de s'occuper du cas, il n'y a pas de contact médical. Le cas apparaît tout de même à la vue du service.

En revanche, lorsque le patient arrive à l'hôpital par un vecteur AMU, il entre directement dans le service sans passer par la salle d'attente. Le secouriste-ambulancier fait alors rapport à l'infirmier urgentiste qui selon les instructions du médecin remplira la fiche médicale et commencera les premiers examens plus approfondis.

Dans le cas d'une intervention SMUR, cela va encore plus vite puisque par essence il s'agit d'une intervention dont l'urgence est en minutes ou en heures.

Notons au passage que les urgences sont vitales pour un hôpital. Il s'agit en effet du principal accès pour les pathologies lourdes. Or les hôpitaux sont désormais subventionnés entre autres sur base du nombre de pathologies lourdes traitées et plus sur base du nombre de nuitées.

Je ne peux aborder la thématique de la prise en charge médicale par les services d'urgence sans parler des difficultés de ressources humaines rencontrées par Vivalia et qui n'ont échappé à personne. Notre pays, comme tant d'autres en Europe, connaît une vraie pénurie d'infirmiers et de médecins. C'est particulièrement le cas pour la spécialisation en médecine d'urgence. C'est aussi, malheureusement, particulièrement le cas dans notre province. Comment expliquer ce constat ?

Premièrement, par la difficulté de la médecine urgentiste qui est contraignante tant physiquement qu'émotionnellement. Les spécialistes ne se consacrent plus à temps plein à la médecine d'urgence. Les volumes horaires ne sont plus les mêmes qu'avant.

Deuxièmement, une réforme interdit dorénavant de s'adjoindre les services d'un médecin généraliste dans les services d'urgence. Par le passé, la médecine générale renforçait les services d'urgence et prenait en charge des pathologies qui ne relevaient pas de l'urgence, mais plutôt de la médecine non programmée.

Troisièmement, les quotas fixés par l'INAMI sont restrictifs. Couplés aux membres du personnel qui se découragent et abandonnent la profession, ils ne permettent pas de remplir les cases. La pénurie s'aggrave ainsi petit à petit.

Quatrièmement, les médecins urgentistes en formation ne sont plus envoyés dans nos hôpitaux. Ce sont les universités qui fixent elles-mêmes la répartition de ces médecins et dès lors les hôpitaux universitaires se « servent » en priorité.

Les prévisions pour les prochaines années sont, je ne vous le cache pas, très sombres. Et notre province est malheureusement la première concernée.

La situation actuelle n'est donc plus tenable.

C'est aussi pour cette raison que l'évolution de l'AMU en province de Luxembourg tendra vers plus de PIT et moins de SMUR. Et, j'insiste sur ce point, cela ne signifiera pas pour autant une baisse de la qualité de prise en charge des patients.

L'évolution des techniques et technologies médicales, couplée à l'augmentation de la qualité des formations nécessaires et dispensées aux infirmiers urgentistes font des PIT un vecteur AMU de grande qualité qui dans la grande majorité des cas suffisent

amplement. Rappelons qu'un PIT évolue sous la supervision du médecin urgentiste avec qui les infirmiers gardent le lien durant l'intervention. À l'avenir, les nouvelles technologies, notamment en télémédecine, renforceront encore ce lien.

Tous les interlocuteurs rencontrés ont confirmé que les PIT étaient une solution d'avenir, pour notre province certainement, mais partout en Belgique également. Il y a en fait assez peu de cas, dans la masse des interventions, où la présence sur place (a contrario de sa présence dans son service) d'un médecin urgentiste apporte une plus-value médicale salvatrice.

Cette tendance à développer les PIT permettra d'assurer la viabilité des services d'urgence. Certes à l'avenir notre province n'en comptera plus que deux, mais n'oublions pas qu'aujourd'hui, il arrive trop souvent que le service soit au rouge faute de médecin pour l'assurer. Et il est encore plus régulier que la mise au rouge soit évitée en dernière minute. Compte tenu de cela, peut-on réellement être assuré de la qualité de prise en charge ?

3.6. 1733/Médecine de garde

Les opérateurs de la CU112 ont la charge du tri, aussi bien pour les appels 112 que les appels 1733 (soirée et week-end). L'une des réponses médicales peut donc être l'orientation vers la médecine générale ou la médecine de garde. Il s'agit des niveaux 6, 7 et 8 du manuel belge de régulation médicale.

L'ASBL Santé Ardenne organise les postes de garde les soirées et les week-ends, de sorte qu'un contact avec un médecin généraliste soit toujours possible. En garde, les consultations se passent dans les postes médicaux, ou selon certaines circonstances, directement auprès du patient. Généralement ces consultations se tiennent en journée le week-end et entre 18h00 et 23h00 en semaine. La nuit, le médecin de garde peut effectuer quelques sorties, principalement dans des MR/MRS, ou pour des constats de décès.

Toutefois, il faut garder à l'esprit que la médecine générale n'est pas une médecine d'urgence. La garde médicale ne fait pas à proprement partie du métier d'un médecin généraliste. C'est un service supplémentaire. D'ailleurs, la médecine de garde est plus une médecine de dispensaire qu'une véritable médecine générale. Les médecins de garde ne voient pas leur patientèle, ils vont donc se concentrer uniquement sur la pathologie qui amène le patient au poste de garde, mais moins sur les causes ou le suivi général qu'ils entretiennent avec leur patientèle.

Tout comme d'autres spécialités médicales, la médecine générale souffre d'une pénurie, c'est particulièrement le cas dans certaines régions de notre province. La médecine de garde est donc pour certains Luxembourgeois le seul moyen d'obtenir

une consultation avec un généraliste. C'est évidemment un dysfonctionnement du système puisque la garde n'est pas prévue pour cela.

4. L'AMU de demain ?

Après avoir brossé le portrait de l'aide médicale urgente, en particulier dans notre province, se pose inévitablement la question de l'avenir de l'AMU.

La première chose à dire est que toutes les personnes que j'ai interrogées pour préparer cette mercuriale ont conclu l'entretien en affirmant que notre province était bien couverte en aide médicale urgente.

Comme j'ai pu vous l'exposer en début de discours, l'AMU est apparue à la suite d'avancées médicales. À nous d'identifier les prochaines qui nous permettront de faire face aux défis de demain pour maintenir, et même améliorer, la prise en charge de demain.

4.1. Améliorer la régulation ?

L'une des difficultés de l'aide médicale urgente repose sur la pertinence de l'envoi. L'opérateur doit, à l'aide de son manuel belge de régulation médicale, duquel il ne peut en principe pas déroger, déceler les cas où une intervention médicale est absolument nécessaire.

4.1.1. Le manuel belge de régulation médicale

Nous avons peu de SMUR et peu de médecins urgentistes dans notre province. Il est dès lors primordial de les gérer en bonne intelligence. Or le manuel belge de régulation force parfois le 112 à envoyer un SMUR alors que la vie du patient n'est pas nécessairement menacée. C'est le cas notamment lorsque la douleur est aiguë au point de nécessiter une antalgie.

Ce manuel est régulièrement revu sous la supervision d'un groupe d'experts pluridisciplinaires. Il en est actuellement à sa quatrième version.

Le Danemark teste l'utilisation de l'IA comme outil d'aide à la régulation. L'IA ne remplace pas l'opérateur, mais l'assiste. En écoutant la conversation, elle est capable de détecter des éléments permettant d'orienter très rapidement la prise de décision quant à l'envoi du vecteur approprié.

Corti, le nom donné à cette IA, pratique une analyse vocale prédictive en temps réel qui suit la conversation pour détecter des signaux verbaux et non verbaux tels que l'intonation de la voix, le rythme de respiration, des bruits de fond, mais aussi des mots-clés prononcés par la personne. À partir de cette collecte d'informations, Corti assiste l'opérateur en lui suggérant les questions à poser pour mieux cerner la situation. À mesure qu'elle emmagasine les données, l'IA détermine l'état du patient et émet une alerte en cas de suspicion d'arrêt cardiaque.

4.1.2. L'appli 112

Malgré les évolutions technologiques des smartphones modernes, la géolocalisation d'un appel, donnée primordiale, reste un défi. L'utilisation de l'application 112 offre donc une plus-value très importante.

4.1.3. Lien avec la médecine générale

Comme exposé, un des enjeux de l'AMU est de réduire la pression exercée par des situations non urgentes. Le MBRM prévoit dans des cas de figure de renvoyer vers la médecine générale.

Le niveau 8 du MBRM concerne ainsi concrètement des cas de personnes appelant le 112 alors que leur situation ne requiert aucun contact médical qui ne peut attendre le lendemain et un rendez-vous chez le généraliste.

La nuit et le week-end, les opérateurs 112 prennent également les appels 1733 relatifs à la médecine de garde. Ils peuvent dès lors orienter les patients selon le niveau de gravité de l'appelant qui ne nécessite pas d'envoi de vecteur AMU soit vers le poste de médecine de garde (niveau 7), soit leur envoyer le médecin de garde (niveau 6).

La journée en semaine, il n'y a pas de médecine de garde. Si le MBRM recommande un niveau 7, l'opérateur le montera en niveau 6 et enverra une ambulance.

4.1.4. Renforcer les équipes de régulation

Le point de départ de l'AMU passe toujours par la CU112. Si ce point est défaillant, c'est l'ensemble du système qui en pâtit. Or, le cadre est loin d'être rempli. Le management y est difficile, car le turnover y est important et les absences nombreuses. Cela impacte parfois la prise en charge des appels. C'est notamment le cas avec le 1733.

La Commission d'experts que j'ai présidée et qui a remis un livre blanc à la ministre de l'Intérieur a notamment insisté sur la nécessité de prendre des mesures visant à garantir le bon fonctionnement des centrales d'urgence leur reconnaissant un rôle primordial.

4.1.5. Infirmiers/médecins régulateurs

À l'instar de nos voisins français, l'amélioration de la régulation passera sans doute par la présence permanente d'un infirmier voire d'un médecin régulateur au sein de la centrale d'urgence 112. À l'heure actuelle, cette fonction existe, mais elle a plus trait à du management et du coaching. L'expertise médicale qui peut être apportée dans la prise en charge des appels n'est pas prévue. Le médecin ou l'infirmier régulateur n'est d'ailleurs pas présent en permanence à la centrale.

Intégrer cette fonction avec un rôle de garde et une présence permanente dans l'accompagnement de la prise en charge de certains appels permettrait certainement d'améliorer la régulation et l'envoi des vecteurs AMU.

Il existe probablement des pistes. Des infirmiers ou médecins ayant déjà une longue carrière seraient peut-être intéressés de mettre leur expérience du terrain dans la régulation et ainsi se soulager de quelques gardes AMU exigeantes. Par ailleurs, n'y a-t-il pas un intérêt pour tout infirmier urgentiste ou médecin urgentiste de consacrer une part de leur temps de travail à la régulation et ainsi nouer une vraie relation de travail avec les opérateurs chargés de les réquisitionner ?

L'évolution de la médecine pourrait rendre attractive une telle fonction. Peut-être pas nécessairement à temps plein, mais consacrer une partie de sa charge de travail à cette fonction pourrait intéresser certains médecins.

4.2. Le citoyen

L'intervalle médical libre moyen en Belgique est de quinze minutes. C'est-à-dire qu'il faut en moyenne quinze minutes entre l'appel au 112 et le moment où les premiers intervenants sont aux côtés du patient. Dans le cas d'un arrêt cardio-respiratoire, cela signifie que sans aucune action, les chances de survie sont nulles.

L'une des pistes les plus souvent avancées par les interlocuteurs que j'ai pu rencontrer en préparation de cette mercuriale est l'intégration du citoyen dans l'aide médicale urgente pour réduire au maximum cet intervalle médical libre. Attention, il y a plusieurs « type » de citoyens. Ce terme n'est d'ailleurs probablement pas le bon.

L'une des pathologies pour laquelle le temps est capital est l'arrêt cardio-respiratoire. Aussi, tous mes interlocuteurs ont insisté sur l'importance capitale de travailler sur l'éducation du citoyen à savoir pratiquer une RCP. Des études ont démontré que la RCP réalisée par les premiers témoins double ou triple les chances de survie du patient. Une RCP à laquelle est adjointe la défibrillation précoce (dans les 3 à 5 minutes) peut améliorer les chances de survie de plus de 50%.

A contrario, une certitude existe : chaque minute qui passe fait chuter les probabilités de survie de 10 à 15%. C'est pour cette raison qu'une personne en arrêt durant 10 minutes sur laquelle aucune action ne sera entreprise sera considérée comme décédée.

À titre informatif, en 2023, plus de 200 appels ont été faits à la CU112 pour des arrêts cardiaques.

Bien que l'aide citoyenne soit principalement utile pour les arrêts cardio-respiratoires, d'autres scénarii pour lesquels une intervention rapide est obligatoire peuvent être envisagés (hémorragies graves...).

4.2.1. Éducation à la réanimation

Lorsque l'on prend conscience du nombre de personnes qui peuvent être sauvées en pratiquant simplement une RCP en attendant que les secours arrivent, on en vient à se poser la question : pourquoi chaque citoyen majeur ne maîtrise pas la RCP ?

La Fédération Wallonie Bruxelles a lancé fin 2017 une initiative très intéressante qui va dans le bon sens. Le projet « l'école sauve des vies » propose de former des professeurs aux premiers secours. Plus que cette formation, les professeurs sont formés à enseigner les bons gestes. Environ la moitié des écoles de la FWB ont répondu favorablement à ce programme.

Ce projet fut un premier pas qui aboutira à l'inscription de la formation aux premiers secours dans le programme des cours d'éducation physique en 2019. Suivant année après année des leçons, les élèves sont censés maîtriser en fin de 6^e secondaire les premiers secours.

Citons également les Benjamin Secouristes dispensés par la Croix-Rouge en 6^e primaire dans certaines écoles de notre province.

La sensibilisation pourrait également se faire au travers des clubs de sport. Rien qu'avec les équipes de football, on toucherait une part importante de la population de notre province. La majorité des clubs dispose dorénavant d'un DEA.

Les entreprises fournissant ces DEA, que ce soit dans les associations ou dans les entreprises, proposent d'ailleurs des formations et même des recyclages annuels.

En matière de formation, je souligne l'engagement déjà pris par la Province. Sa brochure rappelant les gestes qui sauvent a visé juste et je sais qu'elle a trouvé sa place sur pas mal de frigos dans les foyers aux quatre coins de la province de Luxembourg.

Je sais également que le projet existe d'investir dans la formation des animateurs de mouvements de jeunesse. Je partage l'ambition de renforcer la connaissance des gestes qui sauvent en formant d'abord notre jeunesse.

L'éducation est essentielle. Pas uniquement dans la maîtrise des gestes qui sauvent, mais dans l'aptitude à les entreprendre. Une étude menée par le Conseil européen de la réanimation démontre que seuls 20% des témoins d'un arrêt cardio-respiratoire entreprennent une RCP, sauf dans les pays scandinaves qui ont inclus l'éducation aux premiers secours de longue date dans les programmes scolaires. La même étude conclut que si 65% des témoins d'un arrêt cardio-respiratoire entamaient immédiatement une RCP, on sauverait en Europe entre 200 000 et 300 000 personnes par an.

4.2.2. La réanimation assistée

La dernière innovation pour intégrer le citoyen dans la couverture AMU n'en est en fait pas une puisqu'elle existe déjà et a déjà fait ses preuves. Et quand on parle de preuve, on parle concrètement de vies sauvées, de personnes qui seraient à coup sûr décédées sans la mise en pratique de ce que l'on nomme la « Phone RCP ».

Concrètement, lorsque l'opérateur constate à travers les réponses données par l'appelant que la victime est en arrêt cardiaque, elle va proposer à l'appelant de démarrer une RCP qu'elle assistera en donnant des consignes précises et en donnant un rythme de massage. La procédure est finalement assez simple et surtout, elle ne peut causer aucun dommage supplémentaire (à l'exception peut-être de côtes cassées). Même si la victime n'est en réalité pas en arrêt, le massage ne causera aucun dommage. En revanche, ne rien faire pendant quelques minutes causera au mieux des séquelles lourdes, au pire le décès.

Il arrive assez régulièrement que les opérateurs assistent une RCP. Je vous partage un exemple qui illustre à merveille ce qu'ils sont capables de faire. Il s'agit d'un e-mail de remerciement d'une victime d'un arrêt cardiaque qui a eu la vie sauve grâce à l'intervention de l'appelant assisté par le 112 d'Arlon (qui a pris, grâce à l'overflow, un appel de Bilstain dans la commune de Limbourg).

4.2.3. La réserve citoyenne

Les inondations de la mi-juillet 2021 ont mis en lumière les immenses ressources que pouvaient offrir aux gestionnaires de crise les citoyens bénévoles/volontaires. Toutefois, il est essentiel que cette aide soit structurée et coordonnée. Cela nécessite un immense travail de planification d'urgence.

En fin d'année, les Gouverneurs ont reçu de la part du Gouvernement wallon un projet de lettre de mission visant à coordonner l'aide citoyenne en gestion de crise. L'implémentation de cette mission se fera dans le courant de l'année 2024. Il est nécessaire au préalable d'identifier les besoins et les ressources capables d'intégrer ce vaste projet.

Il y a fort à parier qu'il débouche sur la mise en place d'une « réserve citoyenne » composée de personnes motivées qui souhaitent apporter leur force et leurs compétences en cas de crise. Je pense qu'il sera nécessaire de passer par une formation de base à la gestion de crise. J'y intégrerai également une formation aux premiers secours.

Le chantier est en tout cas ouvert, et il sera immense. La réflexion sur les contours de cette réserve citoyenne commence seulement.

4.2.4. Les prompts-secours

Nous avons vu ensemble comment l'AMU était organisée. Cette organisation permet de faire travailler ensemble différents services dépendant de différentes institutions. Le système repose sur une centrale d'urgence 112 qui a un pouvoir de réquisition. Un système dont je vous ai démontré l'efficacité. Pourtant, il existe des zones d'ombre. Des cas de figure qui n'ont pas été envisagés et qui en l'absence de procédures simples peuvent réduire les chances d'une victime.

Les secouristes-ambulanciers ne sont par exemple mobilisables que lorsqu'ils sont « au vert », c'est-à-dire renseignés auprès de la centrale comme disponibles. On parle alors de la disponibilité de l'équipe, mais également du vecteur. Sans cela, le 112 n'a aucune visibilité sur les moyens réels disponibles.

Prenons un exemple très concret. Deux étages au-dessus de nous se trouve l'état-major de la Zone de secours. Plusieurs membres sont formés secouristes-ambulanciers. Si jamais quelqu'un était victime dans cette salle d'un malaise, le 112 n'a aucun moyen de les avertir. Ils seraient pourtant, même sans vecteur, les premiers sur place et aptes à prodiguer de premiers secours. Pire, pour peu que l'ambulance d'Arlon soit au rouge, car déjà en intervention, les premiers secours seraient alors les pompiers d'Étalle. On est là clairement dans le cas de figure d'une perte de chance pour le patient alors que des moyens AMU se trouvent à proximité. Mais aucune procédure ne permet de les réquisitionner.

4.2.5. Les citoyens professionnels de la santé

Les professionnels de la santé sont de facto les plus à même de prodiguer de premiers secours. Évidemment, lorsqu'ils sont en service, mais pourquoi pas également en dehors ? Ou une fois la pension prise ?

Prenons un autre exemple concret. Le docteur Neuberg est assis dans le public. Bien qu'aujourd'hui retraité, il a pratiqué la réanimation et la médecine d'urgence durant de très nombreuses années. Si un ouvrier sur le chantier de la Place Léopold venait à faire un malaise, et que nous ne nous en rendions pas compte, il n'y a aucun moyen « d'utiliser » les compétences du docteur Neuberg qui se trouve à quelques mètres de la victime et qui pourrait poser des gestes salvateurs en attendant les secours.

Une application sur laquelle des professionnels de la santé et de l'AMU s'encoderaient volontairement pourrait permettre au 112 de les localiser et pourquoi pas de les alerter si une personne en détresse se trouve à proximité immédiate d'eux. Ce serait en quelque sorte donner un coup de pouce à la chance. Car, dans notre situation, si le malaise arrive au moment où le docteur Neuberg traverse la place pour se rendre à la poste, il est évident qu'en tant que professionnel de santé il porterait assistance à la victime en attendant les secours.

C'est la chance qu'a eue Mathieu Leboutte. Ce jeune footballeur s'est effondré après une demi-heure lors du derby de P2 Compogne-Tenneville en mars dernier. Il doit son salut à Stuart Lapraille, joueur de Compogne et kiné dans la vie et Angelo Logrillo, comitard de Compogne, pompier professionnel. Grâce à leur sang-froid et des gestes justement posés, ils ont maintenu en vie Mathieu qui s'en sort sans aucune séquelle et rejoue aujourd'hui au football.

4.2.6. Le bon samaritain

En France, les deux exemples que je viens de vous présenter sont prévus par la mise en place d'une procédure visant à alerter de « bons samaritains ».

Concrètement, toute personne volontaire peut être alertée si une potentielle urgence médicale survient dans son environnement proche et si elle s'est inscrite au préalable sur une application mobile capable de la géolocaliser et de lui envoyer une alerte. Elle y renseigne son niveau de compétence.

Le jour venu, l'opérateur du SDIS peut activer ces aides pour combler l'espace-temps entre l'incident et l'arrivée de premiers secours. Le système est fonctionnel et utilisé régulièrement par les SDIS.

Je vous partage le témoignage d'un couple du Haut-Rhin :

« Nous sommes Carine, 43 ans, fonctionnaire et Benoît, 44 ans, technicien, nous habitons à Réguisheim dans le Haut-Rhin en Alsace. Nous sommes sauveteurs secouristes au travail depuis de nombreuses années.

Le vendredi 14 mai 2021 en fin de matinée, nous rentrions des courses et nous voyons notre voisin Christophe H. qui part précipitamment de chez lui. Nous avons à peine fini de ranger les courses que mon mari arrive en courant, l'application s'est déclenchée sur son téléphone avec ce message « une personne a besoin de vous, acceptez-vous de vous rendre sur place ? Oui ou non »

Nous n'avons pas hésité, nous avons sélectionné oui, l'information suivante est apparue « homme de 70 ans arrêt cardiaque » et la carte pour se rendre à son adresse. Nous savions où était le défibrillateur (DAE), nous avons pris notre voiture et avons emporté le défibrillateur. Les pompiers nous ont de suite contactés pour savoir où nous étions, nous arrivions sur le lieu indiqué. Il s'agissait de la maison des parents de notre voisin. En arrivant dans la cuisine, nous voyons Paul H. allongé par terre et son fils Christophe qui commence à pratiquer le massage cardiaque. Carine prend le relais pour le massage tandis que Benoît installe le DAE. Paul a été choqué une fois par l'appareil. Les pompiers sont arrivés et ont pris le relais, tout s'est enchaîné très vite.

Plus tard, nous avons été informés par la famille de Paul que grâce à notre intervention, il était sauvé. Les pompiers nous ont également informés que l'application venait tout juste d'être déployée et que nous étions les premiers à l'utiliser dans le département.

C'était la première fois que nous intervenions sur un arrêt cardiaque, honnêtement, on ne se pose pas de question, on fonce comme on nous l'a appris, car nous savons pertinemment que chaque minute compte, nous n'avons pas le temps de réfléchir à savoir si les gestes sont bons comme on peut se poser pendant la formation. »

La mise en œuvre du Bon Samaritain est facilitée par l'acteur unique qui gère l'AMU en France. De la prise en charge de l'appel, à l'envoi des secours, tout passe par une centrale gérée par les sapeurs-pompiers.

Certes, il y a sans doute des obstacles à la mise en œuvre d'un tel système chez nous. Mais le jeu n'en vaut-il pas la chandelle ?

En Belgique, des études ont été menées et sont en cours d'analyse par les autorités médicales. Les premières conclusions sont plutôt favorables.

Je sais que le projet de citoyen sauveteur est une idée qui a déjà été soumise par le Député De Mul. L'idée de porter un projet pilote en province de Luxembourg fait son chemin. Je me place en tout cas à ses côtés pour défendre ce projet. Dans les semaines à venir, nous rencontrerons ensemble les autorités politiques et administratives pour que dans les prochains mois nous puissions utiliser les prompts secours. Probablement que la première étape sera d'utiliser les professionnels de la santé et des secours en dehors de leurs heures de service. Mais, par la suite, pourquoi ne pas viser plus large ? Chacune et chacun peuvent apporter une aide salvatrice. Ne fut-ce qu'être celui ou celle qui court chercher le DEA le plus proche.

4.3. Télémédecine et IA

4.3.1. Lunettes connectées

Les évolutions technologiques peuvent être une piste pour envisager une amélioration de la prise en charge médicale en situation d'urgence. Elles peuvent en tout cas servir pour décharger au maximum les médecins urgentistes et limiter leurs sorties.

Prenons par exemple des lunettes connectées qui portées par un infirmier urgentiste qualifié en lien avec son médecin resté à l'hôpital pourrait apporter des solutions dans pas mal de situations ne nécessitant pas expressément la présence d'un médecin.

Elles pourraient servir à faire confirmer un diagnostic ou guider des gestes à poser.

4.3.2. Plateau unique

La mise en place d'un plateau unique avec un représentant par spécialité pour assister à distance le personnel AMU est une idée défendue par certains spécialistes de l'AMU. L'objectif serait de rassembler en un seul lieu des médecins capables de rendre des avis rapides sur base d'analyses, de photos, de vidéos transmis par les infirmiers urgentistes intervenants sur le terrain.

4.3.3. Mallette d'autoprélèvement

Nous avons vu que le principal enjeu à venir en matière d'aide médicale urgente est la pénurie d'infirmiers et médecins urgentistes. Une des solutions pour pallier ce problème consiste à réduire la charge du personnel médical. Aujourd'hui, les salles d'attente des urgences sont remplies de personnes qui ne présentent pas d'urgence médicale au sens premier du terme. Ils ont recours aux urgences, car il s'agit de soins non prévus en dehors des heures de consultations classiques, ou, nouveauté, car ils ne trouvent plus de médecins traitants.

Mais la révolution numérique est déjà en marche. L'utilisation des smartphones à des fins médicales est déjà employée dans certains pays. Même chez nous, la téléconsultation se met en place (notamment dans les MRS). Demain, chaque particulier voudra avoir recours à ce service pour de petites pathologies.

Mais l'évolution actuelle va plus loin. En Suisse, certaines sociétés privées proposent des valises médicales qui permettent de faire plusieurs analyses basiques transmises directement au médecin.

On constate donc déjà que le secteur privé s'engage dans l'innovation médicale. Demain la prolifération d'outils tels que ceux-ci poussera probablement l'État à s'engager sur cette voie.

4.3.4. IA

L'intelligence artificielle devient de plus en plus un outil incontournable dans de très nombreux domaines. Ses limites nous sont encore inconnues et il existe des parts d'ombre qui semblent effrayantes, mais elle peut rendre de très grands services pour toute une série de tâches.

Aucun des interlocuteurs que j'ai pu rencontrer n'est partisan d'intégrer l'IA dans des actes médicaux au sens large du terme. Hors de question d'intégrer l'IA dans la régulation médicale, ou dans la prise en charge médicale d'un patient. À l'heure actuelle, rien ne remplace l'expertise, l'expérience et le feeling des acteurs de l'AMU.

En revanche, l'IA peut rendre des services dans des tâches administratives qui permettraient de soulager la charge de travail des infirmiers et médecins urgentistes.

Une part importante du travail réalisé par un médecin urgentiste durant sa garde de 12 ou 24 heures consiste à encoder des données dans des dossiers médicaux, ou encore à solliciter des avis auprès de confrères spécialistes. Ces tâches ne demandent pas de compétences médicales spécifiques. Le médecin n'apporte aucune plus-value dans ce travail purement administratif. Il y a peut-être là une place pour l'IA.

D'autres technologies liées à l'intelligence artificielle voient de plus en plus le jour dans le milieu médical. Certains médecins urgentistes se font ainsi assister par un logiciel de détection des fractures qui se révèle efficace dans certaines situations et qui font surtout gagner beaucoup de temps aux médecins et aux patients. Certains hôpitaux en France utilisent déjà ce logiciel. L'analyse d'une radio prend deux minutes. Il permet non seulement de gagner du temps, mais également d'aider le médecin dans la détection de fractures dans des zones compliquées, comme les poignets ou les pieds où il y a beaucoup d'os. La fiabilité est évaluée à 99,5%. Bien que le logiciel soit rapide et efficace, l'analyse finale revient bien évidemment au médecin.

Ce ne sont là que deux exemples concrets de l'intérêt de prospecter dans le domaine de l'intelligence artificielle. Vivalia en est conscient et consulte des spécialistes à ce propos. L'IA peut faire peur, mais on ne peut nier que bien maîtrisée et utilisée à bon escient, elle permet d'augmenter sensiblement son efficacité au travail.

4.4. Accords transfrontaliers

Depuis quelques années, nous avons pris l'habitude en province de Luxembourg de nouer des partenariats transfrontaliers avec nos voisins. C'est le cas en matière de sécurité civile avec les Arrangements d'Helsinki qui ont débouché sur des conventions entre la Zone de secours et les SDIS des Ardennes, de la Meuse et de la Meurthe-et-Moselle. Ces accords sont en passe d'être déclinés également avec le CGDIS luxembourgeois. Et le bilan est que cela fonctionne puisqu'il n'est pas rare qu'une grosse intervention nécessite le renfort des voisins ou vice-versa.

En matière policière, les accords de Tournai II permettent également aux services de police (ainsi que les douanes et les autorités judiciaires) de collaborer avec leurs collègues français. Les collaborations sont également régulières avec le Grand-Duché de Luxembourg.

Mais qu'en est-il de l'AMU ? Les législations belge et française ne permettaient pas d'inscrire la prise en charge médicale dans les conventions signées dans le cadre des Arrangements d'Helsinki. C'est évidemment un regret, car tant côté français que côté belge, l'AMU représente une majorité des interventions.

Cependant, des accords bilatéraux entre la France et la Belgique permettent la prise en charge en première intention d'un SMUR belge en France ou d'un SAMU français

en Belgique dans une zone préalablement définie appelée ZOAST (Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers).

Concrètement, cette convention, couvrant donc des territoires précis, permet à tous citoyens résidant dans cette zone d'accéder sans besoin d'autorisation préalable à tous les soins hospitaliers. Cette mesure a également été concertée avec l'ensemble des mutuelles de telle sorte que les remboursements ne posent aucune difficulté.

De plus, les centres 112 ont également été intégrés à la réflexion. Outre l'accès libre aux soins hospitaliers transfrontaliers, la convention franco-belge prévoit aussi l'intervention des vecteurs d'intervention médicale. Le but étant de rendre le meilleur service au patient, la convention prévoit l'intervention du SMUR du pays voisin lorsqu'il est en mesure de le faire plus rapidement que le SMUR national disponible.

Les communes d'Aubange et de Musson sont ainsi couvertes en première intention par le SMUR de Mont-Saint-Martin. Plus de vingt et un mille Luxembourgeois sont concernés. Cela signifie que lorsque le 112 reçoit un appel d'un citoyen se trouvant dans cette zone, son premier réflexe est de contacter le SMUR de Mont-Saint-Martin via le dispatching français. Les patients pris en charge sont à chaque fois conduits au service des urgences d'Arlon. À l'inverse, le SMUR d'Arlon intervient sur le territoire français si celui de Mont-Saint-Martin est au rouge. Dans le même ordre d'idée, Mont-Saint-Martin peut servir de back-up sur tout le sud de la province de Luxembourg (voir carte) si le SMUR local est déjà pris par une intervention.

4.5. Les Centres de soin de proximité

La dernière évolution est déjà en cours. Elle répond premièrement au besoin que je pense avoir illustré de combler l'intervalle médical entre la médecine générale et les urgences. Concrètement, la prise en charge de soins non programmés, non prévus, qui ne relèvent pas de l'urgence au sens médical du terme. Nous pensons ici à l'entorse, la fracture bénigne, etc. Cet intervalle de soin est en réalité la majorité des actes aujourd'hui posés dans les services d'urgence des hôpitaux. Ils ne relèvent pourtant pas de la médecine d'urgence.

L'enjeu est donc de réussir à les orienter efficacement vers un service mieux dimensionné pour les accueillir.

C'est l'objectif des centres de soin de proximité prévus dans le plan Vivalia 2025.

Cette vision répond également à des enjeux médicaux de demain, notamment les pénuries. Nous manquons d'infirmiers et de médecins urgentistes. Il est indispensable de les rationaliser et de réduire le nombre de services d'urgence. La couverture ne sera pas moins bonne qu'à l'heure actuelle où trop souvent les urgences flirtent avec la mise au rouge.

5. Conclusion

En guise de conclusion, je voudrais tout d'abord saluer et remercier toutes les personnes qui, pour la plupart dans l'ombre, participent au bon fonctionnement de l'aide médicale urgente dans notre province.

De l'opérateur 112, au médecin urgentiste en passant par les secouristes-ambulanciers, le Cozilux ou encore les infirmiers urgentistes, tous unissent leur force de travail, leur engagement et leurs compétences.

Leur expertise et leur capacité de réaction dans chaque situation ne doivent pas rester inconnues du citoyen, car ce sont de véritables miracles qu'ensemble ils sont capables d'accomplir tous les jours.

Nous avons toutes et tous dans notre entourage un proche, une connaissance qui un jour a pu bénéficier de l'intervention rapide et efficace des équipes d'urgence médicale, et peut-être qui sans ces hommes et ces femmes ne seraient plus là aujourd'hui.

En mon nom et au nom de tous les citoyens de la province de Luxembourg, je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers ces professionnels dévoués, dont l'engagement et la compétence sont les piliers de notre bien-être collectif.

Les avancées technologiques ont rythmé l'évolution de la médecine et en particulier l'évolution de l'aide médicale urgente. Quelles seront les prochaines avancées ?

Elles semblent en tout cas indispensables au regard de la situation critique des ressources en personnel médical. Ce constat frappe l'ensemble de notre pays, voire plus loin, mais est malheureusement particulièrement criant dans notre province. Nous sommes à la croisée des chemins et il est temps d'envisager des solutions d'avenir en évitant d'apposer des sparadraps qui ne font que couvrir la plaie profonde. Pensons à innover pour progresser.

J'ai pu vous exposer des pistes d'amélioration possibles. Certaines passent par l'utilisation ou la mise en place de nouvelles technologies, d'autres pas. Certaines dépendent de niveaux de pouvoir sur lesquels nous n'avons aucune prise, mais pas toutes et des opportunités s'offrent à nous. Peut-être la Province, comme pouvoir subsidiaire, ancré dans son territoire, proche de la population, peut-elle s'engager dans des projets en lien avec l'AMU. Son rôle central dans la Zone de secours et dans Vivalia en fait à mon sens un acteur incontournable.

Je passe rapidement sur un élément que nous avons peu abordé aujourd'hui : la prévention. Dans de nombreux cas, l'AMU intervient à la suite d'un défaut de

prévoyance, d'attention, de prévention. Les exemples sont nombreux : accidents de la route causés par une vitesse excessive, une consommation d'alcool ou de stupéfiant, maladie cardiovasculaire due à une mauvaise hygiène de vie, etc.

Un constat a été tiré par de nombreuses études : nous nous préoccupons trop peu de notre santé. Nos habitudes, ou plutôt nos mauvaises habitudes en attestent. En revanche, toutes et tous réclament des soins de santé de qualité, englobant une couverture efficace en AMU.

La prévention dans la plupart des problèmes de notre société reste le meilleur remède.

Pour conclure, Monsieur le Président, je m'en voudrais de ne pas utiliser cette tribune pour faire passer le message de manière concrète. Je vous propose de regarder ensemble cette vidéo explicative de ce qu'est une RCP.

Monsieur le Président,

Mesdames et Messieurs les Députés,

Mesdames et Messieurs les Conseillers,

Pour conclure, je formule le vœu que dans un futur que j'espère le plus proche possible, chaque Luxembourgeoise, chaque Luxembourgeois soit capable de prodiguer les premiers secours.

Que nous soyons toutes et tous de premiers sauveteurs, pour nos proches, nos voisins, nos collègues ou, tout simplement notre prochain.

Je vous remercie.