

**SPF SANTE PUBLIQUE  
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**Bruxelles le, 09/12/2010**

**DIRECTION GENERALE DE L'ORGANISATION  
DES ETABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

**Section «Programmation et Agrément»**

**Réf. : CNEH/D/321-2 (\*)**

## **Avis relatif aux hélicoptères SMUR « SMURH »**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau du 9 décembre 2010

## **1. Situation actuelle**

Au cours des dernières années, il y a eu deux projets pilotes : l'un à Liège (a.s.b.l. CSM à Bra-sur-Lienne) et l'autre à Bruges (Instituut voor Medische Dringende Hulpverlening VZW). Ces projets pilotes ont envoyé leur rapport annuel au SPF SPSCAE, qui les a transmis intégralement au Conseil national des établissements hospitaliers. Ces rapports ont été examinés et l'on a pu ainsi établir le niveau d'activité des deux hélicoptères SMUR. Il existe peut-être d'autres acteurs qui pourraient mettre en place une initiative «hélicoptère SMUR» s'il existait des normes, mais ils ne se sont pas fait connaître en dehors de l'hélicoptère de sauvetage de l'armée à la côte. La Défense nationale souhaiterait éventuellement faire connaître à la ministre les possibilités dont elle dispose en la matière. Au sens strict, il n'est pas évident, dans le cadre légal actuel, de lier cet hélicoptère à un hôpital, étant donné que la défense nationale ne relève pas de la législation sur les hôpitaux.

## **2. Contexte de l'avis**

1. Cet avis s'ajoute à l'avis déjà émis le 18 novembre 2009 dans lequel le Conseil national des secours médicaux d'urgence (CNSMU) a défini son point de vue.
2. Cet avis ne traite pas du transport de malades non-urgent et / ou de transport inter-hospitalier urgent par hélicoptère car il s'agit là de domaines qui relèvent de la compétence des Communautés.
3. Par ces temps de fortes restrictions budgétaires, le CNEH est conscient du fait que le financement des hélicoptères SMUR n'est pas une évidence.
4. Le groupe de travail a rendu un avis partagé ; il y a donc deux positions divergentes.
5. Etant donné l'avis partagé, ce point a été inscrit à l'ordre du jour du bureau du CNEH du 14 novembre 2010. Lors de cette réunion, il a été demandé au président du groupe de travail d'examiner la question sur le plan juridique, ce qui a été fait dans la présente note. Nous avons tenté de soumettre à l'assemblée plénière une note juridiquement étayée. Pour l'analyse juridique, nous renvoyons à l'analyse juridique réalisée dans le cadre du projet d'AR initial soumis par la ministre pour avis. Cette analyse est soulignée en jaune dans le texte.

Les deux textes doivent donc être lus en parallèle.

### **3. Point de vue Hélicoptère dans le cadre de l'AMU - statut sui generis**

Une partie du Conseil national des établissements hospitaliers est d'avis que:

1. la fonction SMURH peut être une fonction hospitalière, mais la gestion de cette structure devrait pouvoir être confiée à une entité neutre, comme par exemple une a.s.b.l. particulière ;
2. l'hélicoptère SMUR ne peut pas tout simplement être comparé à un SMUR régulier ; il a une mission propre, sa spécificité et son champ d'action ;
3. il faut une programmation spécifique pour l'hélicoptère SMUR ;
4. il faut un financement propre par le biais de l'INAMI, qui soit supérieur à celui d'une fonction SMUR (et qui couvre les coûts plus élevés) ;
5. le personnel médical doit avoir suivi une formation supplémentaire (spécifiquement axée sur l'hélicoptère) en plus des formations existantes destinées aux médecins urgentistes, et les normes peuvent également être différentes de celles pour les médecins SMUR.

L'arrêté royal soumis par le ministre va dans ce sens, étant donné qu'un arrêté royal spécifique a été élaboré et qu'il n'y a pas d'intégration dans les normes existantes relatives au SMUR en tant que fonction hospitalière.

Si l'on souhaite malgré tout poursuivre dans cette voie, cet AR pose des problèmes juridiques et est dépourvu d'une base juridique, ce qui posera problème au niveau du Conseil d'Etat.

Dès lors, une série d'analyses juridiques a été réalisée (de 1 à 5) dans le projet d'AR; celles-ci sont indiquées en annexe et des propositions d'adaptation ont été indiquées, au cas où la ministre souhaiterait poursuivre dans cette voie.

Par ailleurs, nous souhaitons insister sur le fait que notre analyse juridique (intégrée au texte du projet d'AR) permettrait de conclure qu'il convient d'adapter la loi du 8 juillet 1964 afin de créer une base juridique pour le SMURH. Cela n'est pas évident, en raison du fait qu'une adaptation de cette loi doit répondre à l'objectif de cette loi. De plus, une telle adaptation, en vue de la création d'une base légale pour le SMURH, risque de relever des Communautés, ce qui posera problème au niveau de la Cour d'arbitrage, étant donné que la politique de santé, dont l'AMU ne relève pas, est une compétence exclusive des Communautés (voir plus bas, au point 4).

### **4. Point de vue Hélicoptère dans le cadre de l'AMU considéré comme une fonction SMUR au même titre que les autres fonctions**

Une autre partie du Conseil national des établissements hospitaliers est d'avis que:

1. ces hélicoptères SMUR doivent certainement être considérés comme l'une des fonctions hospitalières, mais avec une base juridique correcte (voir plus bas) ;
2. pour ces SMUR supplémentaires, il faut faire intervenir les normes SMUR existantes, qui doivent être adaptées, et ne pas élaborer de normes spécifiques supplémentaires;
3. il faut opter pour l'adaptation des normes SMUR existantes, nous faisons ici allusion à l'AR concernant la programmation SMUR (AR du 20/9/2002), à l'AR concernant l'agrément SMUR (AR du 10/8/1998) et, enfin, à l'adaptation des

normes relatives au financement des SMUR dans le Budget des moyens financiers

4. L'intégration des hélicoptères SMUR dans l'AMU doit être réalisée de la même façon que les SMUR réguliers et les fonctions soins urgents spécialisés. Cela signifie que les normes élaborées au niveau fédéral sont testées par les Communautés et qu'après avoir reçu l'agrément, elles sont intégrées dans l'aide médicale urgente (système d'appel unifié) et le BMF.
5. Le nombre de médecins urgentistes et d'infirmiers en possession du titre professionnel en soins intensifs et d'urgence est si faible qu'il serait injustifiable de laisser fonctionner ce personnel de façon isolée, sans les inclure dans l'équipe d'un hôpital avec une fonction de soins urgents spécialisés, car cela ne ferait qu'accroître la pénurie.

A cet égard, l'argumentation juridique suivante s'avère importante:

A. La loi **sur les hôpitaux** comprend une double base juridique pour l'élaboration de normes d'agrément pour les services médicaux d'urgence, à savoir l'article 66, 2° et l'article 66, 3° de la loi sur les hôpitaux et les autres équipements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

Cet article dispose que.

« Les hôpitaux doivent **répondre aux normes fixées par le Roi, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers,** section agrément et programmation.

Ces normes concernent

.....

2° l'organisation et le fonctionnement de chaque type de service; à cet effet, le **Roi** peut fixer des **normes** relatives **notamment** aux **conditions minimales** en matière de capacité de lits, d'équipement technique, de personnel médical, paramédical et soignant, et au niveau d'activité;

3° **l'organisation de la dispensation de l'aide médicale urgente, en collaboration avec le corps médical,** sans préjudice des dispositions de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. »

C'est sur la base de l'article 66, 2° précité qu'ont été définies les normes d'agrément pour les fonctions première prise en charge des urgences, soins urgents spécialisés, soins intensifs, groupe mobile d'urgence ...,

**Cela est donc également recommandé pour le SMURH, de manière à créer une base légale correcte.**

**B. Enfin, il reste la problématique de la compétence des ministres communautaires, dont il a été question au point 3.**

L'article 5, §1 de la loi spéciale du 8 août 1980 dispose clairement que, pour ce qui concerne la politique des soins de santé, hormis un nombre limité d'exceptions strictes, la politique en matière de prestation de soins au sein et en dehors des établissements de soins relève de la compétence des Communautés. Cela signifie qu'il appartient au ministre communautaire d'inspecter et d'agrémenter les services, fonctions et programmes hospitaliers .....

Cette modification nécessite une loi spéciale (majorité dans chaque groupe linguistique et dans chaque chambre, majorité des voix données dans chaque groupe linguistique et dans chaque chambre et majorité 2/3 des voix données au total).

En outre, l'article 69 de la loi coordonnée sur les hôpitaux prévoit que:

« § 1. Tout hôpital doit être agréé par **l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé** en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

Pour être agréé :

....

2° **chaque service, fonction, section, service médical et service médico-technique créé(e) dans l'hôpital doit être agréé(e) conformément aux normes d'agrément en vigueur;**

...

§2. Lorsqu'il est répondu aux normes précitées, l'agrément est octroyé pour un délai limité qui peut être prolongé ».

L'article 72 dispose que :

Tout service (et fonction-programme de soins ...) organisé dans un hôpital doit être agréé par l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

L'agrément du service (de la fonction, du programme de soins ...) est subordonné au respect des normes prévues aux articles 66 et 67, ainsi qu'à l'intégration de l'hôpital ou du service dans le programme visé à l'article 36. Lorsqu'il est satisfait aux conditions qui précèdent, l'agrément est accordé pour une période limitée qui peut être prorogée.

### **C. Mais il y a plus ... .**

Si un SMURH est créé en dehors de la législation hospitalière, avec une structure juridique distincte, dans le cadre duquel travaille le personnel de l'hôpital, il faut examiner en détail les implications en matière de fiscalité (TVA!), de relations en matière de droit du travail du personnel (personnel mis à disposition ? CCT applicable ? Maintien du titre professionnel / de la qualification professionnelle ...) et de la responsabilité (avec les implications en matière d'assurances accidents de travail et responsabilité civile). Il est préférable d'éviter ces problèmes.

Enfin, nous souhaitons attirer l'attention sur le fait que le patient a le droit de recevoir de l'hôpital des informations sur la nature des relations juridiques entre l'hôpital et les praticiens professionnels qui y travaillent.

L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent ... (art. 30 de la loi coordonnée sur les hôpitaux.

**L'approche du point 4 donne donc plus de sécurité juridique pour l'hôpital, le patient et le personnel.**

## 5.Considérations finales valables pour les positions

1. Cette approche doit s'accompagner de trois nuances très importantes:
  - a. si ces hélicoptères SMUR acquièrent un statut sui generis ou s'ils sont intégrés dans la programmation des SMUR réguliers, nous partons du principe que le nombre de SMUR peut augmenter avec les hélicoptères SMUR et que les critères de programmation pour ces SMUR supplémentaires devraient également se baser sur les mêmes critères de programmation SMUR existants, à savoir les habitants et la densité de population. On pourrait également y ajouter le critère « distance »
  - b. si le nombre de SMUR venait à être augmenté par l'attribution d'hélicoptères SMUR supplémentaires, il faudrait pouvoir agréer non seulement les hélicoptères qui ont un emplacement attribué sur un site hospitalier, mais aussi les hélicoptères SMUR alloués aux postes avancés, tout en restant néanmoins une fonction hospitalière. Certaines régions rurales plus isolées peuvent justifier un tel agrément étant donné leur distance par rapport à l'hôpital le plus proche.
  - c. La CNEH, tout comme le CNSMU, estime que la formalisation de ces hélicoptères SMUR supplémentaires ne peut avoir lieu au détriment du financement des SMUR existants et déjà agréés. Il est évident que le financement, par analogie au SMUR, sera insuffisant et qu'un financement complémentaire s'impose. L'on pourrait par exemple prévoir un financement supplémentaire en sus du financement de base en développant un prix unitaire par kilomètre parcouru. Ces prix devraient bien évidemment être plus élevés que les montants actuels qui sont calculés pour les interventions des ambulances 100. Cela ne signifie pas que les hélicoptères SMUR agréés ne peuvent pas augmenter leur financement en utilisant leurs propres canaux (les villes et les communes, les entreprises etc.)
2. L'augmentation de la programmation d'un certain nombre de SMUR en Belgique (dans le cadre de laquelle au moins les hélicoptères SMUR prévus dans le cadre de ce projet pilote devraient être formalisés) peut être utile dans le cadre de l'aide médicale urgente dans des régions isolées et permet également de gagner du temps pour des pathologies spécifiques pour lesquelles la phase pré-hospitalière doit être limitée autant que possible afin d'éviter des files et des problèmes de circulation graves. Le Conseil national des établissements hospitaliers est d'avis que pour notre pays, et ceci en comparaison avec les autres pays, une programmation doit être prévue pour au maximum 3 ou 4 hélicoptères SMURS
3. Dans le cadre de la planification d'urgence, l'hélicoptère peut également constituer une valeur ajoutée.
4. En outre, l'hélicoptère SMUR peut être un SMUR de renfort pour un territoire avec un rayon d'action de 50 km (15 minutes de vol) quand le SMUR local à terre est déjà affecté à une autre mission.

6. Par ailleurs, l'hélicoptère reste un moyen vulnérable, car son utilisation dépend énormément des conditions météorologiques mais aussi parce que les possibilités d'atterrissage sont limitées et souvent inexistantes dans des régions densément peuplées ou en ville. Il faut toutefois relativiser ce dernier constat, car les chiffres des opérations à Londres et aux Pays-Bas montrent, quant à eux que, dans des grandes villes, on trouve généralement un endroit pour atterrir.