TRISAN

CENTRE DE COMPÉTENCES TRINATIONAL
pour vos projets de santé

SANTÉ SANS FRONTIÈRE
GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

LES SOINS MÉDICAUX URGENTS EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt

LES SOINS MÉDICAUX URGENTS EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE

Mai 2018

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

TRANSIT

LES SOINS MÉDICAUX URGENTS EN FRANCE

Aide médicale urgente, services d'urgence hospitaliers, permanence des soins ambulatoires

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Rédaction :

- Jérémy Presle (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Dr. Hervé Delplancq (SAMU 67),
- Alexis Hautemanière (ARS Grand-Est),
- Pascale Perrot (ARS Grand-Est),
- Dr. Claudine Remakel (SMUR du Centre hospitalier intercommunal de la Lauter),
- Dr. Laurent Tritsch (SDIS 67),
- Dr. Frédérique Viller (ARS Grand-Est).

Traduction :

- Michael Lörch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

SOMMAIRE

1. L'AIDE MÉDICALE URGENTE 8
1.1. Cadre général 9
1.2. Organisation de la régulation 9
1.3. Organisation des interventions 11
1.4. Soins d'urgence à de nombreuses victimes 15
1.5. Qualification et formation des personnels 15
2. LES URGENCESHOSPITALIÈRES 17
2.1. Cadre général 18
2.2. Organisation 18
3. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 19
3.1. Cadre général 20
3.2. Organisation 20

1. L'AIDE MÉDICALE URGENTE

1.1 CADRE GÉNÉRAL

En France, l'aide médicale urgente est une mission de service public qui vise à procurer en tout temps des soins d'urgence pré-hospitaliers aux personnes en détresse. L'organisation de l'aide médicale urgente est définie au niveau national dans le Code de la santé publique[1] et fait l'objet de recommandations des sociétés savantes (Haute Autorité de Santé - HAS, conseil national de l'urgence Hospitalière – CNUH). Elle est donc mise en place de manière uniforme sur l'ensemble du territoire français.

L'aide médicale urgente fait intervenir de nombreux acteurs, hospitaliers et extra-hospitaliers.

Au niveau hospitalier, l'aide médicale urgente est assurée par le service d'aide médicale urgente (SAMU) en lien étroit avec les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) :

- **Le service d'aide médicale urgente (SAMU)** : les SAMU ont un rôle central dans l'organisation de l'aide médicale urgente en France. Ils sont en effet chargés de la régulation des appels, de l'envoi de moyens, et de la coordination des acteurs. Ils assurent cette mission via leur centre de réception et de régulation des appels (appelé «CCRA», «Centre 15» ou «SAMU-centre 15»). Il en existe généralement un par département (SAMU 67 pour le Bas-Rhin; SAMU 68 pour le Haut-Rhin, etc.). Fonctionnellement, les SAMU sont des services hospitaliers. Ils sont rattachés à l'hôpital public (Hôpitaux universitaires de Strasbourg pour le Bas-Rhin ; Groupe hospitalier de la région de Mulhouse Sud-Alsace pour le Haut-Rhin).
- **Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)** : un SMUR est un service hospitalier qui se déplace avec des véhicules et qui a pour mission :
  - De délivrer des soins intensifs sur le lieu de détresse et durant le transport des patients (intervention primaire) ;
  - Et d'effectuer des transports entre hôpitaux lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensifs pendant son trajet (intervention secondaire).

L'intervention d'un SMUR est déclenchée par le SAMU. Cependant, le recours au SMUR n'est que l'une des différentes réponses qui peuvent être apportées par le SAMU suite à un appel de détresse (cf. 1.3). On notera qu'il existe dans certains hôpitaux des équipes de SMUR spécialisées dans le transport pédiatrique, en particulier néonatal.

Les SAMU et les SMUR ont pour mission d'apporter une réponse médicale aux situations d'urgence. Leur action se caractérise par la place centrale du médecin au sein de la chaîne d'intervention des secours :

- Au niveau de la régulation par le SAMU : Contrairement à ce que l'on observe en Allemagne et en Suisse, la régulation est médicalisée en France ;
- Au niveau des interventions du SMUR : une équipe SMUR comporte obligatoirement un médecin formé à l'urgence et à la réanimation.

Les SAMU et les SMUR sont des missions d'intérêt général, qui, à ce titre, ne sont pas soumises à la tarification à l'activité (T2A) dont relèvent les activités hospitalières de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Le financement entre dans le cadre d'une dotation allouée par les Agences régionales de santé (enveloppe MIG : missions d'intérêt général).

Parmi les acteurs extra-hospitaliers de l'aide médicale urgente, nous citerons tout d'abord les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS). En effet ces derniers sont chargés de la sécurité civile au sens large : lutte contre les incendies, protection des biens et des personnes (risques technologiques, accidents de la circulation, etc.) et secours d'urgence aux personnes (SUAP). C'est au titre de leur mission de secours aux personnes que les SDIS participent à l'aide médicale urgente, selon des modalités qui seront précisées au point 1.2.

Parmi les acteurs extra-hospitaliers, la médecine libérale et les transporteurs sanitaires sont également largement mobilisés. Leur engagement est décidé et coordonné par les SAMU.

1.2 ORGANISATION DE LA RÉGULATION

Rôle du SAMU-centre 15

La régulation du SAMU-centre 15 est une régulation médicale qui a pour objectif :

- D'assurer une écoute médicale permanente ;
- D'effectuer une analyse médicale de la situation, déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;

1 Notamment les articles L. 6311-1 et suivants ; et articles R. 6123-1 et suivants.

- D'assurer la coordination entre tous les acteurs de la chaîne de secours et de les assister lors de la prise en charge des patients ;
- D'organiser le transport et l'accueil du patient dans un établissement de santé ;
- De veiller à l'admission du patient au sein de l'établissement de santé.

La régulation constitue donc un acte médical par téléphone effectué par un médecin régulateur. Ce dernier, par le dialogue avec le patient, évalue sur la base des dires du malade (ou appelant) le degré de gravité médicale et décide de la réponse et des ressources à mobiliser. La régulation médicale comprend également le suivi de la mise en œuvre de la réponse choisie et l'orientation du patient vers la structure de soins appropriée. Tout appel donne lieu à un dossier de régulation qui est inscrit au dossier médical du patient.

Le SAMU-centre 15 est joignable par un numéro national unique et gratuit : le 15.

Interconnexion des SAMU et des SDIS

Contrairement à l'Allemagne, les plateformes communes aux SAMU et aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) sont encore peu nombreuses en France (15 départements, 9 en projet). Dans la plupart des départements, les SDIS ont leur propre centre de traitement des alertes (appelé CTA ou Centre 18), joignables par un numéro national unique, le 18. La création d'un numéro unique européen d'appel d'urgence, le 112, n'a pas conduit au regroupement institutionnel des centres 15 et des centres 18. Le 112 est principalement utilisé par les touristes venus en France, ne connaissant pas les numéros d'urgence nationaux. Les appels au 112 sont automatiquement transférés, selon les départements, au centre 18 ou au SAMU-centre 15.

L'absence d'une régulation intégrée SAMU/SDIS s'explique par l'histoire et les différences de doctrine de ces deux services :

- Les SAMU, qui relèvent du ministère de la Santé, s'inscrivent dans la doctrine du « juste soin ». Leur mission est d'apporter une réponse médicale aux situations d'urgence. L'accent est mis sur la recherche de la réponse la mieux adaptée, tout en garantissant la rapidité de l'intervention lorsque la gravité de la situation le justifie ;
- Les SDIS relèvent quant à eux du ministère de l'Intérieur. Dans le cadre de leur mission de secours à personne, leur action est dictée non pas par l'approche médicale mais par les notions de « prompt secours » et d' « urgence vitale ». L'accent est mis sur le délai d'intervention, qui doit être le plus court possible. Pour remplir cet objectif, les procédures d'envoi des secours sont standardisées – laissant moins de liberté d'appréciation aux personnels en charge de la régulation – et le maillage des centres d'incendie et de secours est plus fin. Les interventions reposent par ailleurs principalement sur des secouristes professionnels ou volontaires, et la paramédicalisation par les infirmiers se développe. Des médecins sapeurs-pompiers peuvent compléter le dispositif d'aide médicale urgente en zone rurale.

Malgré l'absence d'une régulation intégrée, les SAMU-centres 15 et les SDIS collaborent entre eux :

- Les centres d'appel 15 et 18 réorientent vers le centre compétent tout appel n'entrant pas dans leur domaine d'action. Par exemple, les appels reçus au SAMU-centre 15 concernant la lutte contre les incendies sont basculés vers le centre 18. À l'inverse, pour les appels reçus au centre 18 relevant de l'aide médicale urgente et nécessitant une régulation médicale, l'appel est basculé au SAMU-centre 15 ;
- Parmi les différentes possibilités qui s'offrent au SAMU pour apporter la réponse la plus adaptée à l'appel de détresse, le SAMU peut choisir d'avoir recours aux moyens du SDIS (cf. 1.3).
- Lorsque le centre 18 reçoit un appel correspondant à une détresse vitale, le SDIS peut décider d'envoyer une équipe d'intervention, sans attendre la confirmation du médecin régulateur du SAMU. On parle de « départs réflexes », visant à prendre en charge une détresse vitale sans délai. Une fois les moyens de secours envoyés, le centre 18 transmet l'appel au SAMU-centre 15 afin de permettre une régulation médicale.

Les SDIS participent donc activement à l'aide médicale urgente. Le SAMU-centre 15 reste seul responsable de la régulation médicale, de la coordination médicale des soins et de la décision d'orientation du patient vers la structure de soins appropriée.

Organisation interne du SAMU-centre 15

L'équipe d'un SAMU-centre 15 se compose de permanenciers (appelés officiellement «assistants de régulation médicale» – ARM), chargés de réceptionner les appels, et de médecins régulateurs.

Lors d'un appel de détresse :

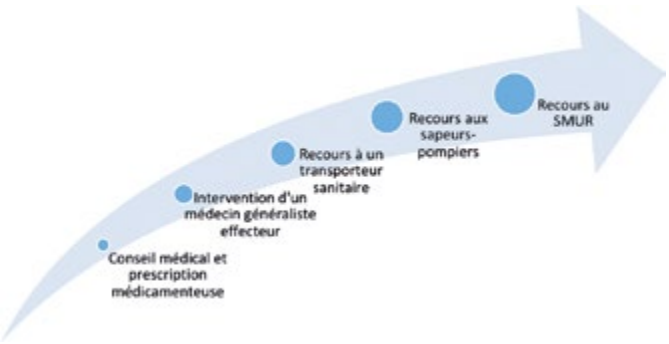
- L'appel est réceptionné par un permanencier qui procède au recueil des informations initiales (coordonnées de l'appelant, lieu de détresse, circonstances de l'appel, etc.). Les informations recueillies permettent au permanencier d'adresser l'appel au médecin. À titre exceptionnel, c'est-à-dire en cas d'urgence mettant en jeu le pronostic vital immédiat, le permanencier peut décider, à l'instar des opérateurs du centre 18 des SDIS, sur la base de protocoles[2], de l'envoi immédiat de moyens de secours, en n'informant le médecin régulateur qu'à *posteriori* ;
- À partir des informations transmises par le permanencier, le médecin régulateur analyse le motif du recours, le contexte de l'appel, les symptômes décrits par l'appelant ou directement perçus et les antécédents médicaux ;
- Une fois l'analyse menée à terme, le médecin régulateur choisit la réponse adaptée à la situation (conseil médical, intervention d'un médecin, envoi de vecteur de transport médicalisé ou non, cf. 1.3) ;
- Le médecin régulateur coordonne et assure le suivi de l'intervention. À partir du bilan transmis par l'équipe de secours sur place, il oriente le patient vers la structure de soins adaptée à la pathologie en respectant le libre choix du patient.

En cas de besoin, le médecin régulateur et le permanencier guident les témoins sur place dans les gestes de secourisme à pratiquer avant l'arrivée des secours.

1.3 ORGANISATION DES INTERVENTIONS

Les SAMU-centres 15, sur décision du médecin régulateur, peuvent engager un large éventail de moyens pour répondre à un appel (cf. schéma ci-contre). Dans cette partie, nous décrirons successivement les différentes réponses qui peuvent être apportées en fonction de la gravité du cas. Les acteurs mobilisés peuvent dépasser le strict cadre hospitalier. La collaboration avec ces acteurs est souvent réglée par une convention au niveau départemental.

Le patient peut préciser au médecin régulateur son souhait d'être pris en charge sur un site précis. Le souhait du patient doit être respecté par le médecin régulateur, qui en évalue la faisabilité (cohérence du choix du patient avec son problème de santé, place disponible, absence d'impact négatif sur l'organisation des secours).



Conseil médical et prescription médicamenteuse

Dans les cas les moins graves, le médecin régulateur peut :

- Donner des conseils médicaux par téléphone, sans mobiliser de moyens. Il s'agit alors d'un acte de prescription médicale, qui ne peut être effectué que par le médecin régulateur et est inscrit au dossier médical du patient ;
- Prescrire des médicaments par téléphone. La prescription peut être écrite ; elle est alors transmise à une pharmacie où le patient devra se rendre. La prescription peut être également orale, si le patient dispose des médicaments nécessaires dans sa pharmacie personnelle. L'acte est par ailleurs inscrit au dossier médical.

Orientation vers un médecin généraliste

Si le patient nécessite de voir un médecin sans qu'il n'y ait urgence vitale, le médecin régulateur peut :

- Orienter le patient vers un médecin généraliste libéral ;
- Ou, si le patient n'est pas en capacité de se déplacer, faire intervenir un médecin sur place (le médecin-traitant, un médecin généraliste de proximité, un médecin d'une association participant à la permanence des soins ambulatoires). La disponibilité des médecins libéraux, surtout en garde, ayant tendance à se raréfier, les patients doivent régulièrement être amenés par ambulance aux urgences pour bénéficier d'une consultation.

Le suivi de l'intervention est assuré par échange téléphonique entre le médecin généraliste et le médecin régulateur.

2 Il s'agit d'un document validé par une autorité médicale qui indique les consignes à suivre et les techniques à utiliser en fonction de la situation préalablement analysée.

Recours à un transporteur sanitaire privé

Le médecin régulateur décide du recours à un transport sanitaire en ambulance privée pour une intervention au domicile du patient lorsque l'état du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin, mais requiert cependant un transport allongé ou sous surveillance vers un établissement de santé. Le transport peut être assuré à l'aide :

- D'ambulances légères (norme EN 1789, type A). Il s'agit d'ambulances permettant le transport en position allongée d'un patient dont l'état ne nécessite pas de soins immédiats ;
- D'ambulances de secours et de soins d'urgence (norme EN 1789, type B)[3]. Permettant également la position allongée, ces ambulances sont équipées pour délivrer de premiers soins. En cas d'aggravation de l'état du patient, le médecin SMUR peut y prendre place et délivrer des soins spécialisés.

L'équipe d'intervention comprend obligatoirement :

- Un ambulancier, titulaire d'un diplôme d'État d'ambulancier. Il est responsable de la surveillance du patient et exécute les gestes de secourisme nécessaires à son maintien en vie ;
- Un auxiliaire ambulancier assistant l'ambulancier dans ses tâches.

On notera que le transport sanitaire programmé, prescrit obligatoirement par un médecin, ne fait pas partie de l'aide médicale urgente.

Recours au SDIS

Le SAMU peut également solliciter le centre 18 pour engager les moyens du SDIS notamment pour les interventions sur la voie publique. L'avantage du recours au SDIS réside en la rapidité de ses interventions (prompt secours), s'expliquant par le maillage bien plus fin des centres d'incendie et de secours que celui des SMUR. Comme nous l'avons précisé plus haut, les SDIS n'interviennent pas uniquement sur demande du SAMU-Centre 15 : Lorsque le centre 18 reçoit un appel correspondant à une détresse vitale, le SDIS peut décider d'envoyer une équipe d'intervention sans attendre la confirmation du médecin régulateur du SAMU. Une fois les moyens de secours envoyés, le centre 18 transmet l'appel au SAMU-centre 15 afin de permettre une régulation médicale.

Dans le cadre de leur mission de secours à personne, les sapeurs-pompiers, volontaires ou professionnels, ont notamment pour rôle de donner les premiers soins, de sécuriser les lieux et la personne, de la maintenir en vie, avec le cas échéant une évacuation vers une structure médicale, sur avis du médecin régulateur du SAMU-centre 15.

Il existe deux modalités d'intervention :

- Le véhicule d'intervention ne permet pas le transport du patient (engin type premiers-secours). L'équipe d'intervention assure la protection de la victime, effectue les gestes de secourisme, transmet les informations au SAMU-centre 15 et assiste les éventuels secours ultérieurs ;
- Le véhicule d'intervention permet le transport du patient. Ce type de véhicule est appelé véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV, ambulances type C selon la norme EN 1789). Le VSAV permet le transport en position couchée sous surveillance de la victime et, le cas échéant, la médicalisation

3 À noter que les ambulances de secours et de soins d'urgence peuvent être également des ambulances de réanimation (de type C, norme EN 1789), utilisées dans le cadre des SMUR. Cependant, ces ambulances de réanimation sont des véhicules plus lourds que les ambulances des transporteurs sanitaires privés, cf. infra.

de l'intervention et des soins intensifs. L'équipe d'intervention comprend obligatoirement au moins trois sapeurs-pompiers.

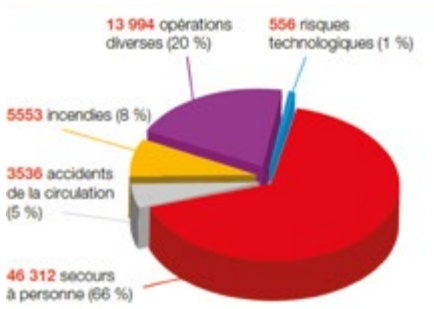
Dans les deux cas, les équipes d'intervention rendent compte au médecin régulateur du SAMU-centre 15 ainsi qu'au Centre 18 dès qu'elles ont terminé le relevé des informations et des constantes vitales. Le médecin régulateur du SAMU-centre 15, à partir de ces informations, décide de la prise en charge médicale du patient :

- Le médecin régulateur peut décider de l'évacuation de la victime par les sapeurs-pompiers. Le médecin régulateur décide de la structure médicale adaptée – en prenant en compte le choix du patient – et organise l'admission dans cet établissement ;
- Le médecin régulateur peut solliciter l'intervention du service de santé et de secours médical (SSSM). Le SSSM est un service du SDIS composé d'infirmiers et médecins sapeurs-pompiers (volontaires et/ou professionnels). Ils interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente mais aussi pour assurer le soutien sanitaire des sapeurs-pompiers lors d'opérations complexes ou à risque. L'objectif est d'assurer une réponse médicale et paramédicale de proximité, dans l'attente de l'arrivée d'une équipe de SMUR le cas échéant. Les véhicules d'intervention du SSSM ne permettent pas le transport de la victime, mais sont équipés de matériel médical pour assurer des soins intensifs. Une fois arrivés sur les lieux, infirmiers et médecins peuvent prendre place dans le VSAV.

On pourra souligner ici la place très importante du secours à personne parmi l'ensemble des activités des SDIS. À titre d'exemple, au niveau du SDIS 67, 66 % des interventions réalisées en 2016 relèvent du secours à personne (cf. schéma ci-dessous)

RÉPARTITION DES INTERVENTIONS SDIS 67 EN 2017

2016 : 62.028 interventions – 2017 : 69.951 interventions



Secours à personne : 46 312 interventions en 2017 (+ 12,88 % par rapport à 2016)
Carences ambulancières : 5941 interventions en 2017 (+ 35,6 % par rapport à 2016)

Source : SDIS 67, Rapport d'activité 2017, 2017.
https://www.sdis67.com/fr/sdis-67/etablissement-public/chiffres-cles

Recours au SMUR

Comme nous l'avons évoqué en introduction, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont implantés dans des établissements de santé. Les SMUR assurent les missions suivantes :

- Délivrer des soins intensifs sur place et durant le transport pour les personnes en détresse vitale ;
- Effectuer des transports entre hôpitaux lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensive pendant son trajet.

Ils interviennent seuls (à l'aide de leur propre ambulance) ou en complément des ambulances du SDIS ou de transporteurs sanitaires privés déjà sur place (système dit de la jonction ou du rendez-vous). Contrairement aux moyens du SDIS, et quelle que soit la configuration, les équipes d'interventions sont systématiquement médicalisées. La médicalisation des secours (SMUR, SSSM) garantit un diagnostic, une prise en charge spécialisée précoce, ainsi qu'une orientation adéquate du patient.

On compte en France un total de 428 SMUR (chiffres 2015), dont sept implantés en Alsace : Strasbourg, Haguenau, Saverne, Sélestat, Wissembourg, Colmar et Mulhouse. Il est précisé qu'un SMUR peut se composer d'une ou de plusieurs équipes d'intervention.

Les SMUR sont implantés de manière à permettre un délai d'intervention inférieur à 30 minutes sur la quasi-totalité (98 %) du territoire français. Il ne s'agit cependant pas d'une obligation légale mais d'une norme pratique.

Dans les localités rurales où ce délai ne peut être respecté, le SAMU travaille avec le SDIS mais aussi parfois en coopération avec des médecins implantés localement, appelés «médecins correspondants du SAMU», qui délivrent les soins médicaux de premier recours en attendant l'arrivée des SMUR. Il s'agit le plus souvent de médecins généralistes libéraux, qui signent une convention avec le SAMU et suivent une formation sur les soins d'urgence délivrée par le Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) rattaché au SAMU. Une équipe de secouristes associatifs peut être également envoyée à la demande du SAMU-centre 15 afin de prodiguer les soins de premier secours, en attendant l'arrivée de l'équipe médicalisée du SMUR.

Une équipe d'intervention du SMUR comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote. Les véhicules, équipés du matériel de réanimation et de soins nécessaires, peuvent être :

- Un véhicule léger médicalisé (VLM) dédié au déplacement de l'équipe du SMUR et des moyens de réanimation sur les lieux de l'intervention afin de rejoindre l'équipe sur place. Il ne permet pas le transport en position allongée du patient. Le transport de la victime est donc assuré par les pompiers ou un transporteur sanitaire privé ;
- Une ambulance de réanimation (norme EN 1789 type C), permettant le transport de cinq personnes, dont le patient en position allongée et du matériel. Elle est spécialement conçue et équipée pour les soins intensifs du patient. Tous les SMUR n'en disposent pas ; l'équipe d'intervention comprend obligatoirement un ambulancier diplômé d'Etat (en plus du médecin urgentiste et de l'infirmier) ;
- Un hélicoptère. Il peut s'agir d'un hélicoptère du SAMU (HéliSmur) ou d'un hélicoptère de la Sécurité Civile (Dragon) avec matériel et personnel médical du SAMU. Tous les SAMU n'en ont pas à leur disposition. Les HéliSmur sont déclenchés par le SAMU-Centre 15. Les hélicoptères de la Sécurité Civile sont déclenchés par le Centre 18, après échange avec le Centre 15. Les hélicoptères sont habilités au transport sanitaire. Ils permettent le transport d'un médecin, d'un infirmier, du patient, des personnels navigants et du matériel.

1.4 SOINS D'URGENCE À DE NOMBREUSES VICTIMES

En cas d'accident concernant de nombreuses victimes, un plan d'urgence appelé plan NOVI (NOmbreuses VIctimes) est mis en place au niveau départemental sous la responsabilité du Préfet. Le plan NOVI permet de mettre en place une direction unique des secours (sapeurs-pompiers, SAMU/SMUR, Croix Rouge, protection civile).

Le Préfet assure la direction des opérations de secours. Sur place, les moyens de secours et de sécurité sont coordonnés par le directeur du SDIS, qui intervient en tant «commandant des opérations de secours» (COS). Pour mener cette mission à bien, ce dernier s'appuie sur :

- Le directeur des services médicaux (DSM). Il s'agit d'un médecin des sapeurs-pompiers ou du SAMU désigné par le préfet (astreinte hebdomadaire alternée);
- Le directeur des secours d'incendie et de sauvetage (DSI), issu du SDIS;
- Le responsable de la police et/ou gendarmerie (COPG).

Les récents attentats en France ont changé la doctrine de soins d'urgence. Cette doctrine est proche de celle réalisée par les forces armées françaises et par les structures d'urgences étrangères comme en Allemagne. Face à de nombreuses victimes blessées par armes, la stratégie repose sur des soins minimums (damage control) limités aux arrêts des hémorragies, à des gestes de secourisme et médicaux de base suivis d'un transport rapide vers un établissement de santé.

1.5 QUALIFICATION ET FORMATION DES PERSONNELS

Médecin réanimateur

C'est le statut « historique » des médecins de SMUR principalement formés à la spécialité « Anesthésie-Réanimation ».

Médecin urgentiste

Depuis septembre 2017, une nouvelle qualification, le diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine d'urgence, est mise en place, consacrant la médecine d'urgence comme une spécialité à part entière. La spécialité s'obtient après une formation de quatre ans (soit dix ans d'études de médecine en tout). La formation à la régulation est inclue dans le programme de la spécialité.

Le médecin urgentiste exerce ses compétences :

- Lors des interventions, au sein des SMUR ;
- Au sein des structures des urgences (cf. partie 2);
- Au sein du centre de régulation (SAMU-centre 15).

Infirmier au SMUR et aux urgences

Il n'existe pas en France de spécialisation d'urgentiste pour les infirmiers. Les infirmiers travaillant au SMUR ou dans les structures des urgences peuvent être des infirmiers diplômés d'État (trois ans de formation) ou des infirmiers anesthésistes diplômés d'État (cinq ans de formation). Selon les établissements, une expérience préalable peut être requise. Un diplôme universitaire de soins d'urgences est ouvert aux infirmiers et souhaitable pour ceux souhaitant exercer au sein d'un SMUR. L'infirmier participe à la mise en œuvre des traitements d'urgence.

Infirmier sapeurs-pompiers

Principalement de statut volontaire, l'infirmier sapeur-pompier accomplit ses missions en dehors de son activité principale hospitalière (urgences, réanimation, SMUR) ou libérale. En complément de sa formation au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmier anesthésiste, il se forme annuellement aux protocoles de soins d'urgence, aux interventions en contexte NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique) et aux plans de secours.

Ambulancier diplômé d'État

La qualification d'ambulancier diplômé d'État est obtenue après une formation de 630 heures. L'ambulancier peut exercer ses missions au sein :

- D'une équipe SMUR. Il conduit l'ambulance et assiste le médecin et l'infirmier ;
- D'un transport sanitaire privé. Il est alors accompagné par un auxiliaire ambulancier. Il assure la surveillance de l'état de santé du patient, et le cas échéant, son transport en brancard. Il effectue les gestes de premier secours ;
- Les ambulanciers n'effectuent pas d'actes médicaux.

Auxiliaire ambulancier

La qualification d'auxiliaire ambulancier est obtenue après une formation de 70 heures. L'auxiliaire ambulancier exerce ses missions en tant qu'équipier de l'ambulancier dans le cadre du transport sanitaire privé (programmé ou non programmé).

Par ailleurs, mais uniquement dans le cadre du programme sanitaire programmé (hors aide médicale urgente), il intervient seul en tant que conducteur d'un véhicule sanitaire léger (VSL) permettant le transport assis du patient.

Assistant de régulation médicale

Les assistants de régulation médicale disposent d'une formation de 259 heures, qui peut être suivie après le baccalauréat et donne lieu à un certificat. La formation comporte des connaissances sur les moyens de télé- et de radiocommunication en dehors des connaissances spécifiques concernant l'aide médicale urgente et le secourisme.

Sapeur-pompier

Le sapeur-pompier assure le secours d'urgence aux personnes dans le cadre des missions du SDIS. On distingue :

- Les sapeurs-pompiers professionnels, recrutés sur concours ;
- Les sapeurs-pompiers volontaires.

La formation des sapeurs-pompiers volontaires et professionnels comprend outre les formations dans le domaine de l'incendie, des opérations de secours diverses et des risques technologiques, trois niveaux de formation au secours d'urgence aux personnes. Les sapeurs-pompiers les plus qualifiés (chefs d'équipe) ont une formation équivalente à celle de l'ambulancier diplômé d'État. Les autres reçoivent une formation en secourisme de 80 heures à l'issue de laquelle ils peuvent procurer les premiers soins et assurer le relevage et le brancardage des victimes.

2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES

2.1 CADRE GÉNÉRAL

Le SAMU est uniquement en charge des urgences pré-hospitalières. À son arrivée à l'hôpital, le patient en situation d'urgence est pris en charge dans un service dédié, appelé «structures des urgences», ou plus communément «service d'urgences». Chargé d'accueillir 24/24h toute personne en situation d'urgence réelle ou ressentie, sans sélection, ce service hospitalier fait partie des structures d'orientation et de tri des patients.

Tous les hôpitaux ne sont pas dotés d'un service d'urgence : sur un total de 2 100 établissements MCO[4] en France en 2015, 645 sont équipés d'un service d'urgence. En Alsace, 20 établissements disposent d'un service d'urgences.

La grande majorité des services d'urgences (77 %) sont implantés dans des hôpitaux publics. 17 % des services d'urgence relèvent du secteur privé à but lucratif et 6 % du secteur privé à but non lucratif.

L'ARS est chargée de la planification hospitalière et délivre les autorisations d'activités pour le maintien ou l'ouverture d'un service d'urgence. Le Code de la santé publique fixe au niveau national les conditions de fonctionnement de ces services.

Les services d'urgence sont financés par les organismes de Sécurité sociale dans le cadre du système de tarification à l'activité (T2A). Il s'agit d'un système de financement mixte, comprenant :

- Un forfait annuel couvrant les charges de fonctionnement (appelé «forfait annuel des urgences – FAU»). Ce forfait consiste en une dotation de base, augmentée par palier de 2 500 passages ;
- Un forfait par patient. Chaque passage aux urgences fait l'objet de tarifs fixés au niveau national pour l'ensemble des établissements de santé ;

2.2 ORGANISATION

L'organisation des services d'urgences est fixée au niveau national dans le Code de la santé publique.

L'admission aux urgences peut se faire de deux manières :

- Soit le patient y est acheminé par un SMUR, les sapeurs-pompiers ou un ambulancier privé ;
- Soit le patient s'y rend par ses propres moyens – en étant éventuellement envoyé par un médecin de ville.

Les services d'urgence assurent l'accueil, l'orientation et le traitement du patient sans distinguer la pathologie médicale, chirurgicale ou psychiatrique. Toute personne se présentant aux urgences doit faire l'objet d'une consultation.

Pour remplir leur mission, les services d'urgence disposent :

- D'une zone d'accueil et d'orientation où s'effectue le tri des patients ;
- D'une salle d'accueil des urgences vitales où sont soignées les personnes présentant une urgence vitale ;
- D'une zone de consultation ;
- De boxes d'observation, où les patients attendent les résultats de leurs examens qui détermineront leur orientation future au sein du parcours de soins ;
- D'une unité d'hospitalisation de courte durée, dans laquelle le patient ne peut rester plus de 24 heures. Le patient doit ainsi être transféré au plus vite vers le service spécialisé requis. La coordination avec les autres services de l'établissement des lits disponibles en aval est donc indispensable.

À leur arrivée aux urgences, les patients sont d'abord pris en charge par un infirmier spécialement formé à l'accueil et à l'orientation du patient. Son rôle est :

- D'opérer un tri entre les patients, pour que les urgences graves soient traitées le plus rapidement possible. Pour ce faire, l'infirmier prend en compte, sur la base de protocoles, le motif du recours et les symptômes. Il associe au patient un délai de prise en charge selon la gravité ;
- D'acheminer le patient vers les ressources adéquates. L'infirmier décide du lieu de soin adapté aux besoins du patient, en lien avec un médecin référent.

Le patient est ensuite pris en charge par le personnel soignant et médical[5]. Cette prise en charge est de courte durée : au-delà, le patient doit être redirigé vers un service d'hospitalisation ou de consultations spécialisées de l'établissement – ou vers un autre établissement.

4 En nombre d'entités géographiques.

5 Si le problème du patient ne s'avère pas urgent, il peut être redirigé vers un médecin généraliste, parfois au sein du service d'urgence.

3. LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

3.1 CADRE GÉNÉRAL

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est un système permettant de répondre de manière structurée aux demandes de soins non programmés mais non vitaux survenant en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux libéraux : toutes les nuits de 20 h à 8 h, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés durant la journée.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires relève de la compétence des agences régionales de santé, dans le cadre fixé par le Code de la santé publique[6]. En concertation avec les professionnels de santé, les ARS établissent un cahier des charges précisant l'organisation de l'offre de soins de médecine générale en dehors des heures d'ouverture des cabinets. L'objectif de la permanence des soins ambulatoires est d'apporter une réponse adaptée en médecine générale aux patients qui ont besoin d'un médecin généraliste pendant les horaires de permanence des soins. Ce cahier des charges comprend :

- Un recensement des lieux de consultation ;
- Les modalités de participation des médecins libéraux à la régulation médicale ;
- Les modalités de rémunération des médecins participant à la permanence des soins (dans le respect des minimas fixés au niveau national) ;
- Un découpage de la région en différents territoires de soins : Ce découpage doit permettre la présence d'un médecin libéral de garde durant les horaires de permanence de soins sur chaque territoire.

3.2 ORGANISATION

En France, le patient souhaitant consulter un médecin en dehors des horaires d'ouverture des cabinets doit passer par le régulateur. Il existe des situations différentes selon les départements. Dans certains départements comme par exemple le Haut-Rhin, le numéro à appeler est le 15. Dans d'autres départements, il existe un numéro d'appel spécifique. C'est par exemple le cas du Bas-Rhin, le numéro à appeler étant le 03 69 55 33 33.

On notera que cette situation devrait changer sous peu, avec la généralisation d'un numéro d'appel unique, le 116 117.

La régulation médicale des soins ambulatoires est assurée par un médecin généraliste libéral. Ce dernier pourra soit prodiguer des conseils médicaux par téléphone, soit orienter le patient vers un médecin de garde, ou faire intervenir directement sur les lieux un médecin de garde[7].

D'autres centres de régulation coexistent avec la régulation libérale de la permanence des soins ambulatoires. Il s'agit le plus souvent de centres gérés par des associations de médecins libéraux, comme SOS Médecins. Interconnectés avec le SAMU-centre 15, leur rôle dans la permanence des soins est décrit dans le cahier des charges de l'ARS.

On notera que les médecins régulateurs généralistes doivent, comme les médecins régulateurs urgentistes, suivre une formation à la régulation des appels.

Les soins seront ensuite prodigués par des médecins libéraux de garde qui exercent dans l'un des lieux suivants :

- Dans leur propre cabinet de consultation ;
- Dans une maison médicale de garde, lieu fixe de consultation, ouvert aux heures de la permanence des soins ;
- Dans un centre de soins libéral géré par SOS Médecins ou une autre association de permanence des soins. Les soins peuvent également être prodigués à domicile, si le médecin régulateur le juge nécessaire, par ex. si le patient ne peut se déplacer.

La permanence des soins ambulatoires étant basée sur le volontariat, il arrive que le patient ne puisse avoir recours à un médecin de garde, en particulier en nuit profonde après minuit. Dans ce cas, le SAMU-centre 15 redirige le patient vers les services des urgences.

6 Voir notamment les articles L 6314-1 et suivants, ainsi que les articles R 6315-1 et suivants.

7 Si le cas relève de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur libéral peut transmettre l'appel à un médecin régulateur urgentiste.

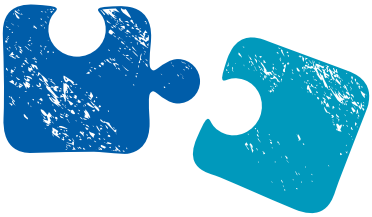
SOURCES/LITTÉRATURE

TEXTES JURIDIQUES

- Circulaire interministérielle du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, entre le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le Ministère de l'Intérieur.
- Convention de coopération transfrontalière relative à l'aide médicale urgente Alsace/Rhénanie-Palatinat.

ÉTUDES/RAPPORTS

- Agence Régionale de Santé Alsace : Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, 2015.
- Boucher, Charles : La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. Médecine humaine et pathologie, 2012.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : La médecine d'urgence. Les établissements de santé, édition 2016.
- Direction générale de l'offre de soins : Médecins correspondants du SAMU – Guide de déploiement, 2013.
- Direction générale de l'offre de soins : Les chiffres clés de l'offre de soins, édition 2015.
- Giroud, M. : L'accès au Dossier Médical Personnel par le médecin régulateur de Samu. Urgences 2009.
- Maillard-Acker, C. : Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. Urgences 2012.
- Reix, Adrienne : Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans six pays européens : La France, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande et la Norvège. Académie de Paris, université René Descartes, Faculté de médecine Cochin Port-Royal, 2002.
- Samu-Urgences de France : Livre Blanc : Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions du Samu-Urgences de France, 2015.
- Vassy, Carine : L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire. Mouvements, 2004.
- Rapport d'activité 2017 du SDIS 67, https://www.sdis67.com/fr/sdis-67/etablissement-public/chiffres-cles



RETTUNGSDIENST

LES SOINS MÉDICAUX URGENTS EN ALLEMAGNE

Aide médicale urgente, services d'urgence, médecine de garde

À l'exemple des Länder de Bade-Wurtemberg
et de Rhénanie-Palatinat

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Rédaction :

- Eddie Pradier (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Dr. med. Rolf Ermerling, Ortenau Klinikum, Kehl.

Traduction :

- Michael Lörch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

1. L'AIDE MÉDICALE URGENTE 26
1.1. Définition 27
1.2. Cadre juridique général 27
1.3. Secteurs de secours *(Rettungsdienstbereiche)* *28*
1.4. Le rôle des organisations de secourisme 29
1.5. Organisation dela régulation 30
1.6. Organisationdes interventions 30
1.7. Évènement majeur 34
1.8. Qualifications et formation des personnels intervenants 34
1.9. Financement 36
2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES 38
2.1. Cadre juridique 39
2.2. Organisation 39
3. LA MÉDECINE DE GARDE 40
3.1. Cadre juridique 41
3.2. Organisation 41
3.3. Modalités de participation des médecins 42
3.4. Financement du système 42
3.5. Régulation 43
3.6. Médecine de garde de spécialité 43

SOMMAIRE

1. L'AIDE MÉDICALE URGENTE *(RETTUNGSDIENST)*

Remarque introductive :
En Allemagne, l'organisation de la prise en charge des soins médicaux urgents varie d'un Land à l'autre. Ce cahier thématique traitera en particulier des Länder de Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat. Ce choix s'explique par le fait que le centre de compétences trinational TRISAN intervient principalement dans la région transfrontalière du Rhin supérieur.
Par ailleurs, pour éviter toute confusion sémantique avec les notions utilisées en France, qui n'ont pas toujours exactement la même signification, nous avons fait le choix de laisser les principaux termes techniques dans leur langue originale. Ces termes sont définis lors de leur première occurrence, à l'exception des métiers sur lesquels nous reviendront en détail dans la partie 1.8.

1.1 DÉFINITION

En Allemagne, l'aide médicale urgente est connue sous le nom de «*Rettungsdienst*». Les deux missions du *Rettungsdienst* sont la *Notfallrettung* et le *Krankentransport* :

- La *Notfallrettung* correspond à la prise en charge des personnes en danger de mort ou présentant des risques de dommages ou séquelles graves (appelées *Notfallpatienten*). Dans ce cadre, la mission du *Rettungsdienst* est de maintenir la personne en vie, lui éviter l'apparition de séquelles, la rendre transportable et l'acheminer sous surveillance dans la structure de soins appropriée. On notera que les transferts de patients d'une structure de soins à une autre relèvent de la *Notfallrettung* dès lors que le patient nécessite des soins et une surveillance intensive pendant son transfert. On parle dans ce cas de «*Intensivtransport*» ;
- Le *Krankentransport* correspond à la prise en charge des personnes ne présentant pas d'urgence vitale ou risque de séquelles graves, mais nécessitant une surveillance spécifique pendant leur acheminement vers la structure de soins appropriée. Dans ce cadre, le *Rettungsdienst* a seulement pour mission de transporter le patient et de lui fournir de premiers soins (*Erste Hilfe*) en cas de besoin. Le *Krankentransport* peut intervenir soit suite à un appel de détresse, soit être programmé.

En revanche ne relèvent pas du *Rettungsdienst* :

- Les *Krankenfahrten*, c'est à dire le transport de personnes qui ne nécessitent pas de surveillance spécifique pendant leur acheminement à l'hôpital ;
- Les *innerklinische Transporte*, c'est-à-dire les transferts de patients d'une structure de soins à une autre pour les patients ne nécessitant pas de soins ou surveillance intensive pendant leur transfert.

Missions relevant de l'aide médicale urgente

- *Notfallrettung* : Prise en charge des urgences vitales
- *(dont) Intensivtransport* : Transferts interhospitaliers avec surveillance intensive
- *Krankentransport* : Acheminement vers une structure de soins avec surveillance spécifique (programmé ou non)

Missions ne relevant pas de l'aide médicale urgente

- *Innerklinische Transporte* : Transferts interhospitaliers sans surveillance intensive
- *Krankenfahrten* : Acheminement dans un hôpital sans surveillance spécifique

1.2 CADRE JURIDIQUE GÉNÉRAL

En Allemagne, l'organisation du *Rettungsdienst* relève de la compétence propre des Länder. Chaque Land dispose ainsi de sa propre loi sur le *Rettungsdienst* :

- En Bade-Wurtemberg : *Gesetz über den Rettungsdienst* (*Rettungdienstgesetz* – RDG) du 8 février 2010 ;
- En Rhénanie-Palatinat : *Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport* (*Rettungsdienstgesetz* – RettDG) du 22 avril 1991.

Il existe des différences d'organisation notables d'un Land à l'autre, raison pour laquelle nous serons souvent contraints dans la présente brochure de présenter séparément les deux Länder pris en considération. On notera toutefois que certains aspects sont réglementés de manière uniforme au niveau fédéral, en particulier :

- La formation/qualification de certaines catégories de professionnels, par exemple les *Notfallsanitäter* (*Notfallsanitätergesetz*)
- Normes d'équipement des véhicules ;
- Prise en charge financière des prestations (*Sozialgesetzbuch*) ;
- Code de la route (*Straßenverkehrsordnung*), avec des aspects concernant spécifiquement le *Rettungsdienst*.

Au niveau de chaque Land, le *Rettungsdienst* relève de la compétence du ministère de l'Intérieur. La loi sur le *Rettungsdienst* est concrétisée par un schéma d'organisation relatif au *Rettungsdienst* :

- En Bade-Wurtemberg : *Rettungsdienstplan* du 18 février 2014 ;
- En Rhénanie-Palatinat : *Landrettungsdienstplan Rheinland-Pfalz* (LRettDP) du 17 décembre 2007.

Dans les deux Länder, le schéma d'organisation est adopté par le ministère de l'intérieur en concertation avec une commission rassemblant les représentants des principaux acteurs du secteur :

- En Bade-Wurtemberg : *Landesausschuss für den Rettungsdienst* ;
- En Rhénanie-Palatinat : *Landesbeirat für das Rettungswesen.*

Le positionnement du schéma d'organisation diffère dans les deux Länder :

- En Bade-Wurtemberg : le schéma d'organisation du Land est conçu comme un schéma cadre, ayant vocation à être complété par des schémas d'organisation adoptés au niveau des différents secteurs de secours (cf. point 1.3) ;
- En Rhénanie-Palatinat : le schéma d'organisation du Land va plus dans le détail que dans le Land Bade-Wurtemberg puisqu'il n'existe pas de schéma d'organisation au niveau infra.

1.3 SECTEURS DE SECOURS *(RETTUNGSDIENSTBEREICHE)*

En Bade-Wurtemberg comme en Rhénanie-Palatinat, le territoire du Land est découpé en secteurs de secours (*Rettungsdienstbereiche*) dotés chacun d'un centre de régulation des appels (*Leitstelle*). On observe cependant des différences importantes entre les deux Länder :

- Des différences dans la taille des secteurs ;
- Des différences d'ordre organisationnel : en Bade-Wurtemberg, le secteur de secours est un véritable échelon de planification, ce qui n'est pas le cas en Rhénanie-Palatinat.

En Bade-Wurtemberg, le territoire du Land est découpé en 34 secteurs de secours (cf. carte ci-contre), qui, à de rares exceptions près, épousent les frontières des 44 Land-/Stadtkreise du Land[1]. Dans chaque secteur est établie une commission de secteur (*Bereichsauschuss*) composée à parité de représentants des caisses et de représentants des organisations de secourisme. Viennent s'ajouter d'autres acteurs avec une voix consultative : représentants des collectivités, des services d'incendie et de secours, de l'Union des médecins conventionnés (*kassenärztliche Vereinigung*) et des hôpitaux. Cette commission, qui se réunit deux fois par an, est en particulier chargée d'établir un schéma d'organisation du *Rettungsdienst* pour son secteur (*Bereichsplan*). Actualisé annuellement, ce schéma vient compléter et préciser le schéma-cadre du Land en déterminant notamment :

Les secteurs de secours et les centres de régulation dans le Land de Bade-Wurtemberg

Source : Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

- Le lieu d'implantation du centre de régulation (*Integrierte Leitstelle*) ;
- Le nombre et le lieu d'implantation des postes de secours (*Rettungswachen*) ;
- L'implantation des médecins urgentistes (*Notarztstandorte*) ;
- Les moyens affectés en termes d'équipements et de personnels (par exemple le nombre de véhicules d'urgence dans les postes de secours).

Le secteur est donc dans le Land de Bade-Wurtemberg l'échelon de référence pour l'organisation du *Rettungsdienst.*

En Rhénanie-Palatinat, le territoire du Land est découpé en seulement huit secteurs de secours (cf. carte page suivante). Contrairement à ce que l'on observe en Bade-Wurtemberg, les secteurs englobent systématiquement plusieurs *Land-/Stadtkreise.* Pour chacun des secteurs, le ministère de l'intérieur désigne

1 Au titre des exceptions, on notera que tous les *Stadtkreise* sont rattachés au secteur de secours du Landkreis voisin. Par ailleurs, certains secteurs de secours (en orange sur la carte) englobent deux *Landkreise.* Enfin, il peut arriver que certaines communes relèvent du secteur de secours d'un Landkreisvoisin. À titre d'exemple, neuf communes de l'*Ortenaukreis* sont rattachées au secteur de Baden-Baden/Raststatt.

par ordonnance l'administration de l'un des *Land-/Stadtkreise* du secteur comme autorité compétente pour l'organisation du Rettungsdienst. La loi précise que les décisions de l'autorité compétente sont prises en concertation avec les autres *Land-/Stadtkreise* du secteur. Il est également possible pour les *Land-/Stadtkreise* d'un secteur donné d'exercer la compétence conjointement dans le cadre d'un syndicat mixte créé à cette fin. Contrairement au Bade-Wurtemberg, la loi ne prévoit pas de schéma d'organisation à l'échelle du secteur. C'est dans le schéma d'organisation du Land, très détaillé, qu'est déterminé pour chaque secteur :

Les secteurs de secours et les centres de régulation dans le Land de Rhénanie-Palatinat, 2008

Source : Landesamt für Vermessung und Geoinformation Rheinland-Pfalz (LVermGeo): Rettungsdienst Rheinland-Pfalz, 2008.

- Le lieu d'implantation du centre de régulation ;
- Le lieu d'implantation des postes de secours *(Rettungswachen)* ;
- Le nombre total de véhicules de secours par catégorie.

Les *Land-/Stadtkreise* compétents décident ensuite de la ventilation des véhicules de secours sur les différents postes de secours, en concertation avec les organisations de secourisme et les caisses. Les marges de manœuvre des *Land-/Stadtkreise* sont donc, en termes de planification, plus limitées que celles des commissions de secteur du Land de Bade-Wurtemberg.

1.4 LE RÔLE DES ORGANISATIONS DE SECOURISME

En Bade-Wurtemberg comme en Rhénanie-Palatinat, la mise en oeuvre concrète du *Rettungsdienst* est confiée principalement à des organisations de secourisme à but non lucratif. Ces organisations sont citées nommément dans l'article 2 de la Rettungsdienstgesetz du Land de Bade-Wurtemberg :

- Croix Rouge Allemande (*Deutsches Rotes Kreuz* – DRK) ;
- Croix de Malte (*Malteser Hiflsdienst*) ;
- Ordre de Saint-Jean (*Johanniter-Unfall-Hilfe*) ;
- Arbeiter-Samariter-Bund ;
- Chasseurs alpins *(Bergwacht Schwarzwald)* ;
- *Deutsche Lebensrettungsgesellschaft* ;
- DRF Luftrettung.

Le positionnement des organisations de secourisme est cependant différent dans les deux Länder.

Dans le Land de Bade-Wurtemberg, la législation, ou la *Rettungsdienstgesetz,* prévoit que le ministère de l'Intérieur conventionne directement avec les organisations de secourisme précitées – et si besoin avec d'autres prestataires privés – de manière à assurer la couverture des besoins. Ce conventionnement direct, unique en Allemagne, signifie que les organisations de secourisme sont responsables de l'organisation et de la mise en oeuvre des secours d'urgence ; elles sont autonomes («*Leistungsträger*»), dans le cadre fixé par la loi et le schéma de planification du Land. Cette mission est exercée conjointement avec les caisses d'assurance maladie dans le cadre des commissions de secteur évoquées précédemment.

Une autre particularité du Bade-Wurtemberg réside dans le fait que le secteur du *Krankentransport* est ouvert à la concurrence : Les prestataires privés ayant reçu l'habilitation peuvent intervenir aux mêmes conditions que les organisations de secourisme ayant conventionné avec le Land. Cela ne vaut pas pour le secteur de la *Notfallrettung*.

Dans le Land de Rhénanie-Palatinat, les organisations de secourisme n'interviennent qu'au niveau de la mise en oeuvre, en tant que prestataires. Elles ne portent pas la responsabilité de l'organisation des secours d'urgence : ce sont les *Land-/Stadtkreise* qui sont chargés de l'organisation du *Rettungsdienst* au niveau du secteur, même s'ils exercent leur rôle en concertation étroite avec les organisations de secourisme. Pour la mise en oeuvre, les *Land-/Stadtkreise* contractualisent au niveau du secteur avec les organisations de secourisme.

Le recours à des prestataires privés n'est possible que si les organisations de secourisme ne sont pas en mesure ou ne souhaitent pas intervenir, ou dans le cas de structures historiquement implantées sur un secteur donné. Contrairement au Bade-Wurtemberg, le secteur du *Krankentransport* n'est pas libéralisé.

L'importance de ces différences organisationnelles ne doit pas être surévaluée : dans les deux Länder, la mise en oeuvre concrète du *Rettungsdienst* (gestion des centres de régulation, gestion des postes de secours, réalisation des interventions) relève très majoritairement des organisations de secourisme, au premier rang desquels la Croix Rouge allemande.

1.5 ORGANISATION DE LA RÉGULATION

En ce qui concerne l'organisation de la régulation, on observe assez peu de différences entre les deux Länder. En Bade-Wurtemberg comme en Rhénanie-Palatinat, chaque secteur de secours est doté de son propre centre de régulation. Les schémas d'organisation des deux Länder encouragent à la mutualisation de centres de régulation lorsque cela est possible.

En Bade-Wurtemberg, le *Rettungsdienstgesetz* impose que tous les secteurs soient dotés d'un centre de régulation «intégré» (*integrierte Leitstelle* – ILS), c'est-à-dire d'une régulation commune pour le Rettungsdienst et les sapeurs-pompiers. En Rhénanie-Palatinat, le schéma d'organisation du Land fixe pour objectif la généralisation des centres de régulation intégrés. Cependant, certains secteurs sont toujours dotés d'un centre de régulation propre au *Rettungsdienst* (appelé alors «*Rettungsleitstelle*»).

La régulation commune se caractérise notamment par les aspects suivants :

- Un numéro d'appel unique, le 112 ;
- Une mutualisation du personnel : le personnel affecté assume à la fois les missions relevant du *Rettungsdienst* et les missions relevant des sapeurs-pompiers ;
- Un portage conjoint de la structure par le *Land-/Stadtkreis* (au titre des sapeurs-pompiers) et la Croix Rouge Allemande (au titre du *Rettungsdienst*), en tant qu'organisation de secourisme effectuant le plus d'interventions sur l'ensemble des secteurs.

Les centres de régulation peuvent proposer un numéro supplémentaire (le 19 222) pour les appels non urgents relevant du *Krankentransport*. Ils sont aussi habilités à gérer les appels relevant de la médecine de garde (cf. point 3.5).

En Allemagne, la régulation des appels urgents n'est pas médicalisée. Les appels d'urgence sont réceptionnés par un permanencier (*Disponent*), qui décide seul de l'envoi (ou non) d'une ambulance, et de l'envoi (ou non) d'un médecin urgentiste. Pour décider de l'envoi (ou non) d'un médecin, le permanencier se réfère à un document d'aide à la décision (*Notarztindikationskatalog* – NAIK). Dans les deux Länder, l'équipe du centre de régulation doit être composée, à toute heure, d'au moins deux permanenciers.

1.6 ORGANISATION DES INTERVENTIONS

En ce qui concerne l'organisation concrète des interventions, on observe assez peu de différences entre les deux Länder. Nous présenterons l'organisation des interventions séparément pour la *Notfallrettung*, le *Krankentransport* et le *Intensivtransport*.

1.6.1 Notfallrettung

Pour rappel, la *Notfallrettung* correspond à la prise en charge des personnes en danger de mort ou présentant des risques de dommages ou séquelles graves (appelés *Notfallpatienten*). Dans ce cadre, la mission du *Rettungsdienst* est de maintenir la personne en vie, lui éviter l'apparition de séquelles, la rendre transportable et l'acheminer sous surveillance dans la structure de soins appropriée.

En ce qui concerne les secours terrestres (*bodengebundener Rettungsdienst*) et dès lors que l'intervention d'un médecin urgentiste est jugée médicalement nécessaire, deux modes d'intervention coexistent dans chacun des deux Länder : le système dit du «rendez-vous» (*Rendez-vous-System*), le plus répandu, et le système dit «compact» (*Kompaktsystem*), moins courant :

- Dans le cadre du système du «rendez-vous», le médecin urgentiste, stationné généralement à l'hôpital, se rend sur les lieux en utilisant (en règle générale) un véhicule léger appelé «*Notarzteinsatzfahrzeug*» (NEF). Le véhicule est conduit par un *Notfallsanitäter* et comporte le matériel médical nécessaire pour les premiers soins. Parallèlement, une ambulance lourde appelée «*Rettungswagen*» (RTW) part du poste de secours. Cette ambulance est équipée de tout le matériel de réanimation nécessaire. L'équipage se compose d'au moins deux personnes : un *Notfallsanitäter* et un *Rettungssanitäter*. Les deux équipes se retrouvent sur le lieu de détresse. Ce système présente l'inconvénient de faire déplacer deux véhicules. Cependant, il permet au médecin d'être plus rapidement disponible pour une deuxième intervention urgente ;
- Dans le cadre du système «compact», l'ensemble de l'équipe est stationnée à l'hôpital et part ensemble en intervention. L'ambulance lourde utilisée est appelée «*Notarztwagen*» (NAW). Ce système présente l'avantage que les équipes se connaissent bien et peuvent discuter des interventions afin d'améliorer leurs pratiques. À l'inverse, le médecin est immobilisé avec le véhicule et ne peut répondre à un autre appel.

Bien souvent, le centre de régulation envoie seulement une *Rettungswagen* (RTW), sans faire appel au médecin urgentiste.

À titre indicatif, le tableau ci-dessous présente le nombre de sorties effectuées par les différents intervenants dans le Land de Bade-Wurtemberg en 2015[2]. Les chiffres permettent de constater que le système «compact» y est peu répandu (0,3 % de l'ensemble des interventions). Ils permettent aussi de voir que l'envoi d'un médecin urgentiste est loin d'être la règle (13,3 % des interventions).

Dans les deux Länder, la loi fixe un délai d'intervention, appelé «*Hilfsfrist*» ou «*Hilfsleistungsfrist*».

- Dans le Land de Rhénanie-Palatinat, l'arrivée des secours sur le lieu de détresse doit intervenir dans un délai de 15 minutes. Ce délai ne s'applique pas au médecin urgentiste ;
- Dans le Land de Bade-Wurtemberg, l'arrivée des secours doit intervenir autant que faire se peut en moins de 10 minutes, et ne doit pas dépasser 15 minutes. Cas unique en Allemagne, ce délai s'applique à la fois pour l'ambulance et pour le médecin urgentiste.

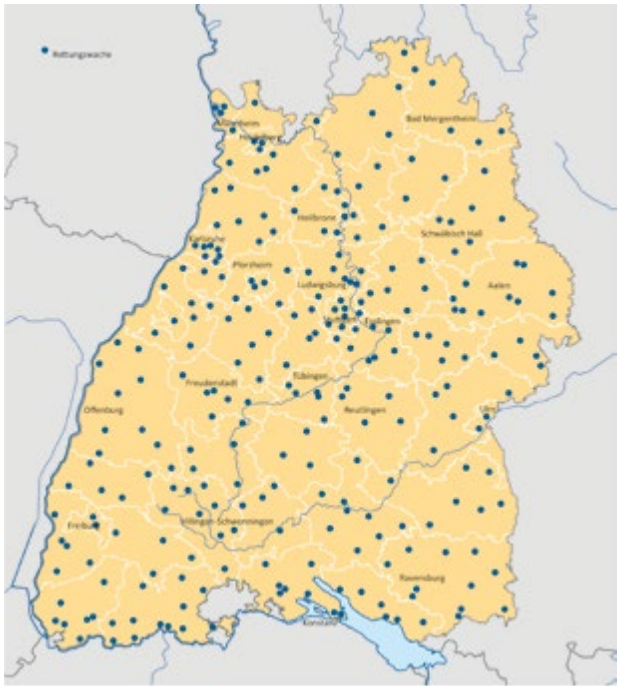
La *Hilfsfrist* est l'indicateur à l'aune duquel sont organisés les secours terrestres de la *Notfallrettung* (implantation des postes de secours, nombre de véhicules à disposition, *etc.*). C'est la *Hilfsfrist* qui explique le maillage très fin des postes de secours. À titre d'exemple, le Land

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
Notarzt	266.510	13,0
davon NASF	*7.746*	*0,4*
davon NEF	*253.705*	*12,4*
davon NAW	*5.059*	*0,3*
Rettungswagen	1.009.706	49,3
davon mit Sondersignal	*500.694*	*24,5*
Krankentransportwagen	770.278	37,6
Gesamt	2.046.494	

Tabelle 3: Leistungszahlen Rettungsmittel aus Baden-Württemberg innerhalb Baden-Württembergs
Source : Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

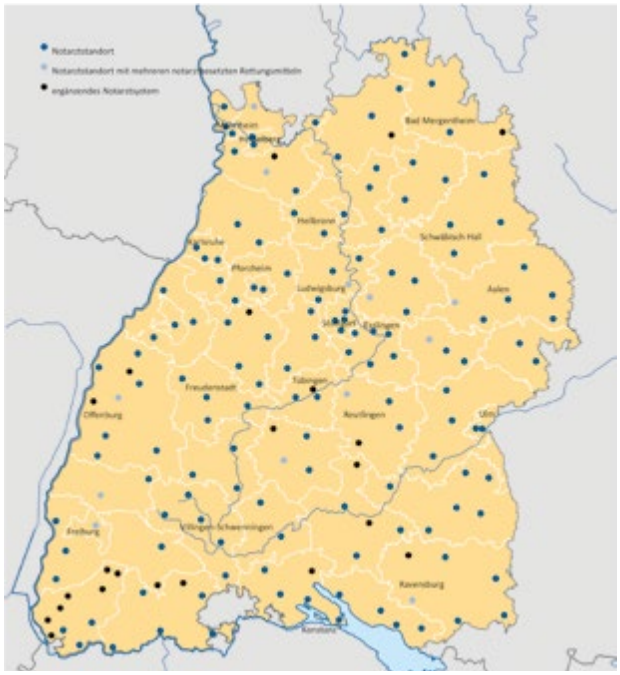
2 Les chiffres ne prennent pas en compte les interventions en dehors du territoire du Land.

de Bade-Wurtemberg ne compte pas moins de 270 postes de secours (cf. carte ci-dessous), représentant un total d'environ 400 *Rettungswagen* (RTW). Les médecins urgentistes sont, quant à eux, implantés sur 170 sites *(Notarztstandorte)*, avec un total d'environ 180 véhicules (cf. carte ci-dessous).



Implantation des postes de secours dans le Land de Bade-Wurtemberg.

Source : Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.



Implantation des médecins urgentistes dans le Land de Bade-Wurtemberg.

Source : Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

Le centre de régulation peut également décider d'envoyer sur le lieu de détresse un hélicoptère de secours (*Rettungshubschrauber* - RTH). L'envoi d'un hélicoptère n'est – hors exception – possible que dans l'un des cas suivants :

- L'hélicoptère est le moyen d'intervention médicalisé qui pourra arriver le plus rapidement sur le lieu de détresse ;
- Un transport par voie aérienne est nécessaire pour des raisons médicales ;
- Un transport par voie aérienne est nécessaire pour respecter le délai recommandé pour une prise en charge adaptée à l'hôpital.

L'équipe d'intervention est composée d'un pilote, d'un médecin urgentiste et d'un *Notfallsanitäter*. Les interventions en hélicoptère de secours ne sont pas soumises au délai d'intervention.

Les hélicoptères de secours ont un rayon d'intervention dépassant les secteurs de secours. Leur lieu d'implantation est décidé dans les deux Länder par le ministère de l'intérieur.

Le centre de régulation peut également dépêcher sur place un hélicoptère de transport intensif (*Intensivtransporthubschrauber* – ITH), réservé habituellement au transfert interhospitalier de patients nécessitant une surveillance spécifique (cf. 1.6.3), dans les cas suivants :

- En cas d'indisponibilité d'un hélicoptère de secours ;
- Si l'hélicoptère en question est le moyen d'intervention médicalisé qui pourra arriver le plus rapidement sur le lieu de détresse.

On notera que certains hélicoptères ont le double statut hélicoptère de secours/hélicoptère de transport intensif (on parle de «dual use»).

Les cartes suivantes indiquent les lieux d'implantation des hélicoptères relevant des deux catégories. Dans les deux Länder, les zones situées à la périphérie du territoire du Land sont souvent couvertes par les hélicoptères des Länder ou pays voisins. Leur implantation est également indiquée sur la carte.

1.6.2 Krankentransport

Pour rappel, le *Krankentransport* correspond à la prise en charge des personnes ne présentant pas d'urgence vitale ou risque de séquelles graves, mais nécessitant une surveillance spécifique pendant leur acheminement vers la structure de soins appropriée. Le *Krankentransport* peut intervenir soit suite à un appel de détresse, soit être programmé.

Dans le cadre du *Krankentransport* est utilisée une ambulance standard appelée *«Krankentransportwagen»* (KTW). L'équipe d'intervention est composée d'au moins deux personnes : un *Rettungssanitäter* et un *Rettungshelfer*. Le tableau figurant en page 31 indique le nombre d'interventions relevant du *Krankentransport* en 2015 dans le Land de Bade-Wurtemberg.

Implantation des hélicoptères de secours (RTH), des hélicoptères de transport intensif (ITH) et des véhicules terrestres de transport intensifs (ITW) dans le Land de Bade-Wurtemberg.

Source : Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg: Qualitätsbericht, 2015.

Implantation des hélicoptères de secours (RTH), des hélicoptères de transport intensif (ITH) et des véhicules terrestres de transport intensifs (ITW) dans le Land de Rhénanie-Palatinat.

Source : Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz : Notfall- und Intensivtransportsystem Rheinland-Pfalz (N.I.T.S.), 2007.

Le *Krankentransport* n'est pas soumis au délai d'intervention de 10/15 minutes, puisqu'il n'y a pas urgence vitale. En Rhénanie-Palatinat, la loi stipule que le *Krankentransport* doit être organisé de telle sorte que le temps d'attente (*Wartezeit*) ne dépasse pas 40 minutes pour les interventions non programmées. En Bade-Wurtemberg, la loi ne prévoit pas formellement de temps d'attente maximal. Il est néanmoins considéré que le temps d'attente ne doit pas dépasser une heure pour les interventions non programmées.

1.6.3 Intensivtransport

Pour rappel, on parle de *Intensivtransport* lorsqu'un patient doit être transféré d'une structure de soins à une autre et qu'il nécessite des soins et une surveillance intensive pendant le transfert. L'*Intensivtransport* fait partie intégrante de la *Notfallrettung* (cf. partie 1.1).

Dans le cadre du Intensivtransport, il est généralement fait recours à une ambulance lourde appelée *«Intensivtransportwagen»* (ITW). L'équipe est composée d'un médecin urgentiste et d'un *Notfallsanitäter* avec des qualifications spécifiques en médecine intensive. En cas d'indisponibilité des ITW, il peut être fait recours à une ambulance classique (RTW).

Si le patient doit, pour des raisons médicales, être transféré par voie aérienne, il est fait recours à un hélicoptère de transport intensif (*Intensivtransporthubschrauber* – ITH). En dernier recours, le transfert du patient peut être effectué avec un hélicoptère de secours (*Rettungshubschrauber* – RTH), réservé habituellement à la prise en charge des urgences vitales (cf. 1.6.1.), si l'urgence le justifie.

Bien que le *Intensivtransport* relève de la *Notfallrettung*, il n'y a pas de délai d'intervention, ni en Bade-Wurtemberg, ni en Rhénanie-Palatinat. Cela s'explique par le fait qu'il s'agit d'interventions secondaires et que le patient se trouve d'ores et déjà sous surveillance médicale à l'hôpital.

Les zones d'intervention des ITH et des ITW sont bien plus larges que les secteurs de secours. Dans les deux Länder, leur lieu de stationnement n'est pas décidé au niveau des secteurs de secours, mais par le ministère de l'Intérieur, pour l'ensemble du territoire du Land (voir cartes page 32).

Dans les deux Länder, l'envoi d'un ITH ou d'un ITW n'est pas décidé au niveau des centres de régulation des différents secteurs de secours, mais par une structure compétente pour l'ensemble du Land (*Zentrale Koordinierungstelle* – ZKS).

1.7 ÉVÈNEMENT MAJEUR

Dans le cas d'un événement majeur avec afflux important de blessés (*Großschadensfall mit Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten* – MANV), la direction des opérations sur place est assurée – pour le volet médical – par le *Leitender Notarzt* (cf. 1.8.1). Ce dernier a notamment pour missions d'évaluer la situation, de coordonner et surveiller les opérations et de fixer les priorités d'un point de vue médical. Il exerce ces missions en collaboration étroite avec l'*organisatorische Leiter Rettungsdienst* (cf. 1.8.2), qui gère l'intervention du *Rettungsdienst* d'un point de vue organisationnel.

Dans le Land de Bade-Wurtemberg a été mis en place un centre de régulation compétent pour l'ensemble du Land (*Oberleitstelle*) avec pour mission de venir en soutien aux différents centres de régulation, en cas de besoin et en particulier en cas d'événement majeur avec afflux important de blessés (*Massenanfall von Verletzten und Erkrankten*). Cette structure est implantée dans le centre de régulation de Stuttgart.

1.8 QUALIFICATIONS ET FORMATION DES PERSONNELS INTERVENANTS

Dans cette partie, nous présenterons une par une les qualifications des principaux intervenants du *Rettungsdienst*.

1.8.1 Personnel médical

Au niveau du personnel médical, on distinguera les trois qualifications suivantes : «*Notarzt*», «*Leitender Notarzt*» et «*Ärztlicher Leiter Rettungsdienst*»

1.8.2 Notarzt

Le médecin urgentiste (*Notarzt* – NA) est un médecin qui dispose d'une qualification supplémentaire dans le domaine de l'aide médicale urgente. Selon les Länder, cette qualification supplémentaire est appelée «*Fachkunde Rettungsdienst*» ou «*Zusatzbezeichnung Notfallmedizin*» (terminologie retenue en Bade-Wurtemberg et en Rhénanie-Palatinat).

Les conditions d'obtention de cette qualification sont fixées par l'ordre des médecins de chaque Land (*Landesärztekammer*) et varient donc d'un Land à l'autre. Elles sont cependant assez similaires dans les différents Länder dans la mesure où les *Landesärztekammer* suivent globalement les recommandations de l'ordre fédéral des médecins (*Bundesärztekammer*). Ces dernières prévoient :

- Formation continue de deux ans à temps plein en hôpital (soins stationnaires), dont six mois en médecine intensive, anesthésie ou service de prise en charge des urgences (Notfallaufnahme);
- 80 heures de cours en soins d'urgences;
- 50 sorties en intervention de secours d'urgence.

Un médecin n'exerce en tant que médecin urgentiste que dans le cadre de la prise en charge pré-hospitalière. En effet, contrairement à ce que l'on peut observer en France, on ne trouve pas de médecin urgentiste dans les services d'urgences.

L'immense majorité des médecins intervenant en tant que médecins urgentistes sont des médecins hospitaliers. C'est le cas de 95 % des médecins urgentistes en Bade-Wurtemberg. Dans les deux Länder, les hôpitaux ont l'obligation légale de mettre des médecins urgentistes à la disposition du *Rettungsdienst*. Dans les zones rurales, les médecins libéraux peuvent exercer en tant que médecin urgentiste.

1.8.3 Leitender Notarzt

Le *Leitender Notarzt* (abréviation LNA ou Ltd NA) est le médecin urgentiste qui prend la direction du volet médical des opérations dans le cas d'événements majeurs avec afflux important de blessés (*Massenanfall von Verletzten* – MANV), il intervient sur place. Ses missions sont notamment d'évaluer la situation, de coordonner et surveiller les opérations et de fixer les priorités d'un point de vue médical. Il exerce ces missions en collaboration étroite avec l'«*Organisatorische Leiter*» (cf. 1.8.2), qui gère les opérations d'un point de vue organisationnel. En règle générale, il n'intervient pas lui-même auprès des patients.

Le *Leitender Notarzt* est compétent pour l'ensemble du secteur de secours. Pour pouvoir exercer en tant *Leitender Notarzt*, il est nécessaire d'obtenir une qualification spécifique. Les conditions d'obtention de la qualification sont fixées par l'ordre des médecins du Land (*Landesärztekammer*) et peuvent donc, là-aussi, varier d'un Land à l'autre. Les recommandations de l'ordre fédéral des médecins prévoient une formation de 40 heures. Cette formation n'est en règle générale accessible qu'aux médecins ayant déjà la qualification de médecin urgentiste et ayant obtenu leur diplôme de médecine depuis au moins cinq ans. Par ailleurs, les *Leitende Notärzte* doivent suivre régulièrement des formations de remise à niveau.

En plus de la formation de 40 heures, les *Leitende Notärzte* doivent être formés par les Land- et *Stadtkreise* à l'organisation et au mode de fonctionnement de la police, des services de secours et incendie, du *Rettungsdienst*,

des organisations de secourisme intervenant sur place ainsi qu'aux potentiels de risques régionaux. *Leitende Notärzte werden vom Bereichsausschuss vorgeschlagen und anschließend vom Landrat zum Leitenden Notarzt ernannt.*

1.8.4 Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Un certain nombre de Länder (dont la Rhénanie-Palatinat) ont introduit dans leur législation la fonction de «*Ärztlicher Leiter Rettungsdienst*» (ÄLRD). Le ÄLRD est compétent, au niveau d'un secteur de secours donné, pour l'organisation du Rettungsdienst d'un point de vue médical. Il est en charge par exemple de l'équipement médical, de la formation initiale ou continue des personnels, du contrôle qualité, du respect des protocoles médicaux, de la standardisation et de l'optimisation des processus. Il élabore des stratégies pour renforcer l'efficience, l'efficacité et la qualité des services. Le rôle et les missions exactes du ÄLRD peuvent varier fortement d'un Land à l'autre.

Le «*Ärztlicher Leiter Rettungsdienst*» a donc une fonction purement administrative. À la différence du *Notarzt* et du *Leitender Notarzt*, il n'est pas impliqué dans les interventions sur le terrain. Tout du moins pas dans le cadre

de cette fonction : en effet, il arrive souvent que le ÄLRD exerce par ailleurs en tant que médecin urgentiste. Ce n'est pas le cas néanmoins en Rhénanie-Palatinat : les secteurs de secours étant de grande taille, la fonction de ÄLRD est un poste à temps plein.

Il existe différents groupes de travail au niveau du Bund (*Bundesverband ÄLRD*) et au niveau des Länder (*Landesverbände ÄLRD*) dans lesquels les ÄLRD peuvent échanger sur leurs pratiques, leurs stratégies et les difficultés rencontrées.

Pour exercer en tant que ÄLRD, il est nécessaire d'obtenir une qualification spécifique, selon des modalités qui diffèrent d'un Land à l'autre. L'ordre fédéral des médecins recommande une formation de 40 heures. L'obtention de la qualification est réservée aux Leitenden Notärzte disposant d'une longue expérience en médecine d'urgence hospitalière et pré-hospitalière et d'un grade de spécialiste dans une spécialité proche de la médecine intensive et de la médecine d'urgence.

Dans le Land de Bade-Wurtemberg, la fonction de ÄLRD n'existe pas. Cependant, le législateur a mis en place une structure (appelée SQR-BW) qui est chargée du contrôle qualité pour l'ensemble du Land. Cette structure a mis en place un système de collecte des données centralisé très perfectionné. Les données collectées concernent par exemple le nombre d'interventions, la nature des interventions, la durée des appels, les temps d'intervention, les pathologies, etc. Les données collectées sont ensuite analysées grâce à une large palette d'indicateurs de qualité qui couvrent l'ensemble de la chaine de secours et permettent d'identifier de manière précise les faiblesses du système et les optimisations possibles. Les résultats de l'analyse sont communiqués aux acteurs opérationnels et font l'objet d'un rapport annuel rendu public.

1.8.5 Personnel non médical

Pour le personnel non médical, les cinq qualifications les plus courantes sont les suivantes : «*Notfallsanitäter*», «*Rettungssanitäter*», «*Rettungshelfer*» «*Organisatorischer Leiter Rettungsdienst*» et «(*Leitstelle-*)*Disponent*».

Les missions principales des *Notfallsanitäter*, *Rettungssanitäter* et *Rettungshelfer* consistent à :

- Conduire l'ambulance ;
- Assurer les premiers soins avant l'arrivée du médecin ;
- Assister le médecin (si un médecin est envoyé sur place) ;
- Surveiller le patient pendant son transfert vers l'hôpital.

Sur le terrain, le rôle de chacun dépend de la nature de l'intervention (*Notfallrettung* ou *Krankentransport*) et de la composition de l'équipe d'intervention.

1.8.6 Notfallsanitäter

Le *Notfallsanitäter* (abrévation NotSan) correspond à la qualification la plus élevée après le médecin urgentiste. En règle générale, le *Notfallsanitäter* n'intervient pas dans le cadre du *Krankentransport*. En revanche, il fait obligatoirement partie de l'équipe d'intervention dans le cadre de la *Notfallrettung*.

Dans le cadre du système de rendez-vous, en règle générale, le *Notfallsanitäter* ne conduit pas l'ambulance lourde (*Rettungswagen* - RTW), cette mission étant confiée à un *Rettungssanitäter* voire à un *Rettungshelfer*, tandis que le *Notfallsanitäter* est chargé de surveiller le patient. En revanche, c'est généralement un *Notfallsanitäter* qui conduit le médecin urgentiste sur place (*Notarzteinsatzfahrzeug* - NEF).

Le *Notfallsanitäter* est habilité à pratiquer des actes médicaux normalement réservés au médecin, avant l'arrivée de ce dernier, si l'état du patient le justifie. Le *Rettungssanitäter* et le *Rettungshelfer* ne peuvent pratiquer de tels actes qu'en situation d'urgence extrême.

La formation des *Notfallsanitäter* est réglementée au niveau fédéral (*Notfallsanitätergesetz* - NotSanG). Il s'agit d'une formation sur trois ans (formation à temps plein) ou sur cinq ans (formation à temps partiel). La formation comprend des enseignements théoriques et pratiques délivrés dans une école de formation, ainsi qu'une partie pratique : 1960 heures dans un poste de secours et 920 heures en hôpital. La formation est sanctionnée par un diplôme d'État.

1.8.7 Rettungssanitäter

Le rôle du *Rettungssanitäter* (RS) varie selon le type d'intervention :

- Dans le cadre de la *Notfallrettung* : le *Rettungssanitäter* conduit l'ambulance et assiste le médecin urgentiste et le *Notfallsanitäter* ;
- Dans le cadre du *Krankentransport* : le *Rettungssanitäter* est en règle générale le professionnel disposant de la qualification la plus élevée. Il est chargé de la surveillance du patient pendant le transport. Il est assisté par un *Rettungshelfer*, lequel conduit l'ambulance.

La formation au métier de *Rettungssanitäter* n'est pas réglementée au niveau fédéral, mais au niveau de chacun des Länder. Néanmoins, la formation a fait l'objet d'une harmonisation pour toute l'Allemagne. La formation a une durée de 520 heures et comprend 160 heures de cours théoriques, 160 heures de stage en hôpital (soins intensifs, d'anesthésie et urgences ambulatoires), 160 heures de stage dans un poste de secours, puis à nouveau 40 heures de cours en fin de parcours (consolidation des acquis).

1.8.8 Rettungshelfer

Le *Rettungshelfer* (RH) n'intervient en règle générale que dans le cadre du *Krankentransport*. Il conduit alors le véhicule et assiste le *Rettungssanitäter*.

La formation de *Rettungshelfer* est réglementée dans les Länder de Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat, mais ce n'est pas le cas pour tous les Länder. En Bade-Wurtemberg, la formation a une durée de 320 heures et comprend 160 heures de cours théoriques, 80 heures de stage en hôpital et 80 heures de stage dans un poste de secours. En Rhénanie-Palatinat, la formation a une durée de 260 heures et comprend 80 heures de cours théoriques, 80 heures de stage en hôpital et 100 heures de stages dans un poste de secours.

1.8.9 Disponent

On appelle «*Disponent*» (ou «*Leitstellendisponent*») les permanenciers chargés de la régulation dans les centres de régulation. Les *Disponente* sont des *Notfallsanitäter* spécialisés. Ils ont suivi une formation de *Notfallsanitäter* complétée par une formation de pompier, la régulation étant le plus souvent intégrée.

1.8.10 Organisatorischer Leiter Rettungsdienst

L'Organisatorischer Leiter Rettungsdienst est le *Notfallsanitäter* qui dirige les opérations d'un point de vue organisationnel dans le cas d'événements majeurs avec afflux important de blessés (*Massenanfall von Verletzten* – MANV). Il exerce cette mission en collaboration étroite avec le *Leitender Notarzt*, qui dirige les opérations d'un point de vue médical.

L'*Organisatorischer Leiter Rettungsdienst* est nommé dans le Land de Bade-Wurtemberg par la Commission de secteur et dans le Land de Rhénanie-Palatinat par l'exécutif de la collectivité compétente au niveau du secteur de secours (Landrat, maire, etc.). Pour exercer en tant qu'*Organisatorischer Leiter Rettungsdienst*, il est nécessaire d'obtenir une qualification supplémentaire à celle de *Notfallsanitäter*. Les conditions d'obtention de cette qualification sont fixées au niveau des Länder. Elles peuvent donc varier d'un Land à l'autre, au même titre que les attributions exactes ainsi que l'intitulé de la qualification.

1.9 FINANCEMENT

Les modalités de financement du *Rettungsdienst* varient d'un Land à l'autre.

Dans le Land de Bade-Wurtemberg, les organisations de secourisme (et prestataires privés) perçoivent des financements à la prestation (*Benutzungsentgelte*) de la part des caisses d'assurance maladie. Dans le cadre de la *Notfallrettung*, les tarifs sont négociés chaque année entre les organisations de secourisme (et prestataires privés) et les caisses au niveau de chaque secteur.

Sur un secteur donné, les mêmes tarifs sont appliqués pour toutes les organisations de secourisme (et prestataires privés). En revanche, dans le cadre du *Krankentransport*, les tarifs sont négociés individuellement par les organisations de secourisme et les prestataires privés. Les *Benutzungsentgelte* sont censés couvrir en particulier :

- Les frais de gestion (rémunération du personnel, loyers des postes de secours, frais liés aux interventions, frais de formation, etc.) ;
- Les investissements pour ce qui concerne les véhicules d'intervention (y compris les hélicoptères) ;
- L'ensemble des frais (frais de gestion et frais d'investissement) liés aux centres de régulation (pour les activités relevant du R*ettungsdienst*)[3].

Les investissements non couverts par les *Benutzungsentgelte* (par ex. les frais d'infrastructure liés aux postes de secours) sont subventionnés par le Land à hauteur de 90 %, les 10 % restant étant à la charge des organisations de secourisme.

Dans le Land de Rhénanie-Palatinat, les organisations de secourisme (et prestataires privés) perçoivent également des financements à la prestation (*Benutzungsentgelte*) de la part des caisses d'assurance maladie. Les tarifs sont négociés directement entre les organisations de secourisme (et prestataires privés) et les caisses d'assurance maladie au niveau du Land. Les mêmes tarifs sont appliqués pour toutes les organisations de secourisme (et prestataires privés). Contrairement au Land de Bade-Wurtemberg, il n'existe pas de règle spécifique pour ce qui concerne le *Krankentransport*. Les financements des caisses sont censés couvrir en particulier :

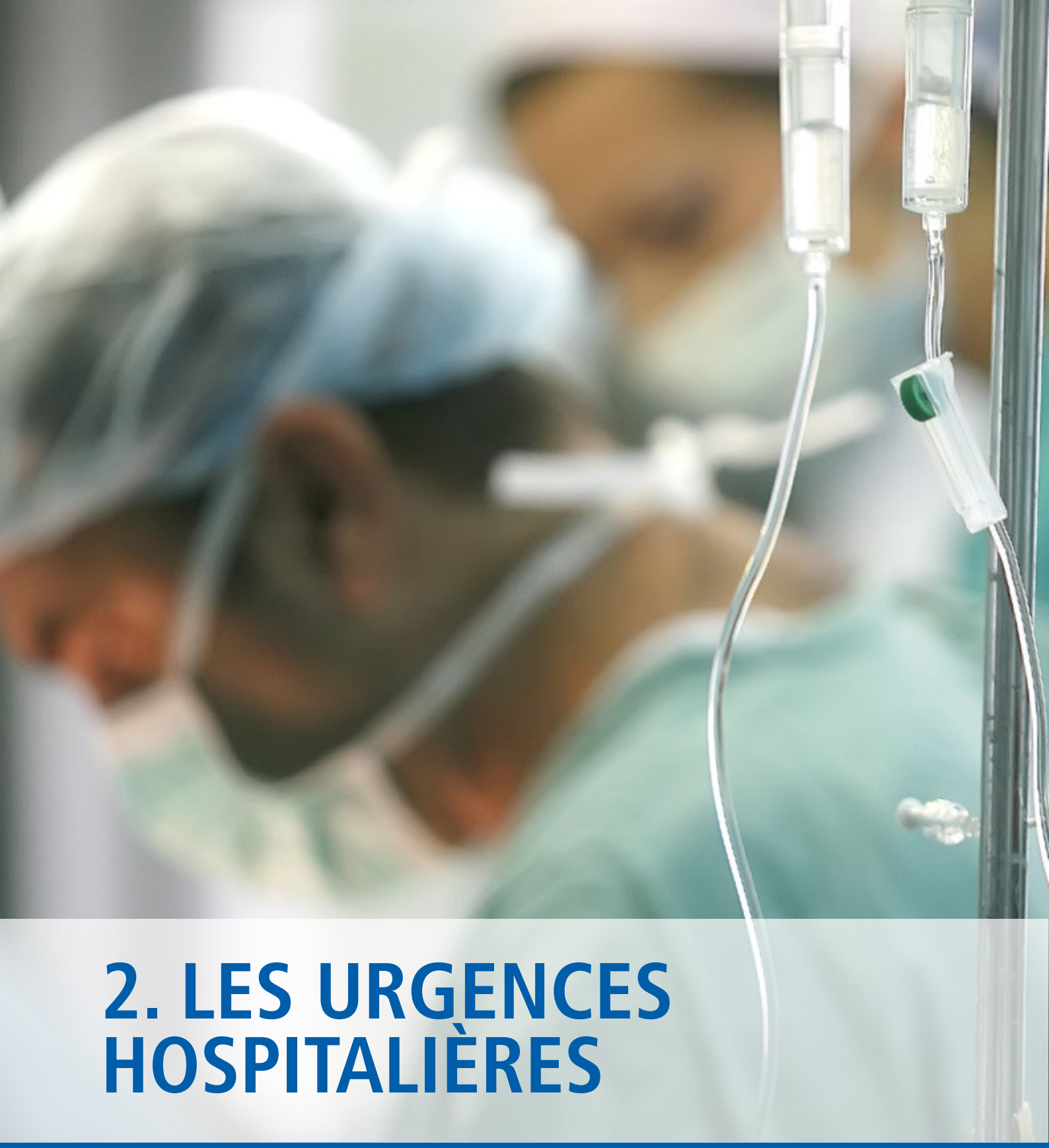
- Les frais de gestion (rémunération du personnel, frais liés aux interventions, frais de formation, etc.) ;
- Les investissements liés aux véhicules de secours ;
- 60 % des frais de personnel des centres de régulation (pour les activités relevant du *Rettungsdienst*).

Pour les frais relatifs aux infrastructures (investissements pour la construction et maintenance des postes de secours et des centres de régulation, ou alternativement les loyers), les organisations de secourisme perçoivent des financements des *Land-/Stadtkreise* à hauteur de 75 % des coûts. Les *Land-/Stadtkreise* financent également 15 % des frais de personnel des centres de régulation.

Le Land finance quant à lui 25 % des frais de personnel des centres de régulation ainsi que tous frais liés à l'équipement technique des centres de régulation. Il peut accorder également des subventions aux *Land-/Stadtkreise* pour les investissements de moyen ou long terme réalisés par ces derniers.

Dans les deux Länder, les *Benutzungsentgelte* octroyés aux organisations de secourisme (et prestataires privés) ne couvrent pas les frais liés aux interventions des médecins urgentistes, lesquelles font l'objet – dans chaque Land – de négociations séparées entre la Fédération des hôpitaux (*Krankenhausgesellschaft*), la *Kassenärztliche Vereinigung* et les caisses.

3 Il est précisé que les frais relatifs aux centres de régulation sont portés conjointement par les organisations de secourisme pour le volet « *Rettungsdienst* » et par les *Land-/Stadtkreise* au titre des sapeurs-pompiers.



2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES

2.1.1 CADRE JURIDIQUE

En Allemagne, l'accueil des urgences (*Notaufnahme*)[4] est le lieu de prise en charge des urgences médicales au sein d'un hôpital. Il n'existe pas de texte juridique encadrant précisément le traitement hospitalier des urgences ni au niveau fédéral ni au niveau des Länder (Bade-Wurtemberg et Rhénanie-Palatinat). Seule existe l'obligation légale de prendre en charge les patients en détresse. Chaque hôpital organise donc librement l'accueil des urgences. Il n'existe pas non plus de statistique officielle concernant cette thématique.

2.1.2 ORGANISATION

En règle générale, les urgences hospitalières sont prises en charge 24/24h. Le patient peut accéder aux urgences :

- De sa propre initiative;
- En y étant adressé par un médecin libéral;
- En y étant transporté dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Il convient de rappeler que le médecin urgentiste en Allemagne intervient uniquement en milieu pré-hospitalier. Les urgences hospitalières sont prises en charge par des médecins spécialistes non urgentistes. L'on distingue deux schémas d'organisation de l'accueil des urgences :

- L'accueil décentralisé des urgences (*dezentrale Notaufnahme*) : il s'agit du modèle le plus ancien. Le patient en détresse est dirigé, en fonction de sa pathologie, vers le service de l'hôpital approprié. Les urgences sont donc prises en charge directement dans les différents services par les médecins spécialistes qui les composent ;
- L'accueil centralisé des urgences (*zentrale Notaufnahme*) ou accueil interdisciplinaire des urgences (*interdisziplinäre Notaufnahme*). Il s'agit du modèle le plus répandu et qui tend à remplacer le premier. L'accueil des urgences est structurellement séparé des autres services. Y exercent des médecins issus de différentes spécialités. En cas de patients en situation de multi-morbidité, ils n'ont alors pas besoin, contrairement au premier modèle, d'être transportés d'un service à un autre. La structuration de l'accueil décentralisé varie selon les établissements mais elle permet en général d'effectuer des examens et de prendre en charge les patients en ambulatoire. Les plus grosses structures disposent d'une salle de déchoquage permettant de procurer les premiers soins et de stabiliser les cas les plus graves.Certaines disposent également de lits d'hospitalisation. Structurellement, l'accueil des urgences peut se situer sous la responsabilité d'un des services hospitaliers et donc d'une discipline particulière ou bien être autonome.

Un processus de triage peut être mis en place lors de l'accueil des urgences. À l'aide d'une échelle de triage préétablie, un infirmier spécialement formé à cet effet associe des symptômes à un degré d'urgence, lui-même correspondant à un délai de prise en charge. Il n'y a pas d'échelle de triage harmonisée au niveau fédéral ni au niveau des Länder. Ce dispositif n'est pas non plus mis en place dans l'ensemble des hôpitaux.

Par ailleurs, des cabinets de garde (*Bereitschaftsdienstzentrale* – BDZ; *Notfallpraxen*) où exercent des médecins libéraux se situent parfois à proximité ou au sein d'hôpitaux. Cela permet d'y envoyer les patients venus à l'accueil des urgences pour une demande de soins non programmée mais non urgente et ainsi de désengorger les urgences.

Le financement de l'accueil des urgences fait l'objet d'une tarification à l'activité, dont les modalités varient selon le type de prise en charge :

- Les prises en charge ambulatoires (sans nuitée) sont financées par les *Kassenärztliche Vereinigungen* selon l'*einheitlicher Bewertungsmaßstab*, la grille tarifaire des actes des médecins libéraux. Les hôpitaux reçoivent en moyenne une trentaine d'euros par cas ;
- Les prises en charge stationnaires (avec nuitée) sont financées par les caisses d'assurance maladie dans le cadre du système allemand de tarification à l'acte hospitalier. Celui-ci permet de classer les malades selon leur pathologie dans un Diagnosis related groups (DRG) auquel est associé un tarif (pour plus d'informations sur le système des DRG, cf. cahier thématique sur le secteur hospitalier allemand).

4 Également appelé Rettungsstelle. Cette pluralité de notions est la conséquence de l'absence de cadre juridique.

3. LA MÉDECINE DE GARDE

3.1 CADRE JURIDIQUE

La médecine de garde a vocation à répondre aux demandes de soins urgents mais non vitaux pendant les horaires de fermeture des cabinets. Il s'agit de soins pour lesquels les patients se seraient, en journée, adressés à leur médecin de ville.

En Allemagne, l'organisation de la médecine de garde (appelée tantôt «*ärztlicher Notfalldienst*» ou «*ärztlicher Bereitschaftsdienst*»)[5] relève de la compétence des *kassenärztliche Vereinigungen* des Länder. Le code de la sécurité sociale (article 75) dispose en effet que ces dernières « *doivent garantir l'accès aux soins de médecine de ville y compris pendant les heures de fermeture des cabinets* ».

Pour satisfaire à cette obligation légale, les *Kassenärztliche Vereinigungen* éditent des directives précisant l'organisation de la médecine de garde sur leur périmètre de compétence :

- Pour le Land de Rhénanie-Palatinat : «*Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz*» du 02.07.2009, complétée par la «*Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung*» du 14.12.2009 ;
- Pour le Land de Bade-Wurtemberg : «*Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*» du 19.06.2013, complété par le «*Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg*» du 09.07.2017.

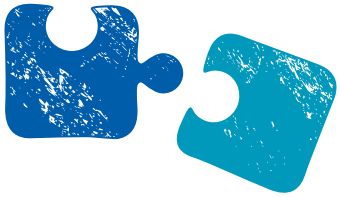
3.2 ORGANISATION

Jusqu'à récemment, la médecine de garde était souvent assurée à tour de rôle par les médecins dans leur propre cabinet ou postés à leur domicile. Les patients devaient alors se référer aux journaux ou publications locales pour trouver le numéro et/ou l'adresse du médecin de garde. Aujourd'hui, ce système a disparu au profit de structures de garde centralisées, appelées «*Bereitschaftsdienstzentrale*» (BDZ) en Rhénanie-Palatinat et «*Notfallpraxen*» en Bade-Wurtemberg. Ce mode d'organisation est plus transparent pour le patient, du fait que l'adresse de la structure de garde la plus proche est toujours la même et du fait qu'il existe désormais un numéro d'appel unique, valable dans toute l'Allemagne, le 116117. En revanche, les temps de trajet peuvent être plus longs que par le passé.

La généralisation des structures de garde a permis de rationaliser le système, en faveur notamment d'une réduction du nombre de gardes pour les médecins installés en zone rurale. Selon la *kassenärztliche Vereinigung* du Bade-Wurtemberg, la réforme doit permettre de limiter à 7 le nombre annuel de gardes en week-ends et jours fériés. Avant la réforme, il n'était pas rare pour un médecin de campagne d'avoir à effectuer jusqu'à 20 gardes par an. Dans le contexte de pénurie de médecins, la réduction de la fréquence des gardes doit contribuer à rendre plus attractive l'installation de nouveaux médecins.

Dans les deux Länder, les structures de garde sont généralement implantées dans un hôpital ou à proximité immédiate, ce qui présente les avantages suivants :

- Le patient peut localiser la structure de garde plus facilement ;
- Le patient peut être transféré plus rapidement à l'hôpital si cela est nécessaire ;
- Des effets de synergies peuvent être créés, par exemple partage de locaux, utilisation partagée de certains équipements tels que laboratoire ou IRM.
- Des coopérations sont possibles pour la prise en charge en «nuit profonde» : Dans le Land de Bade-Wurtemberg, au-delà de 22 heures, les patients sont en règle générale pris en charge par des médecins hospitaliers.



Dans les deux Länder, le territoire du Land est découpé en zones de planification (appelées *Bereitschaftsdienstbereiche* en Rhénanie-Palatinat et *Notfalldienstbereiche* en Bade-Wurtemberg), qui comportent toutes au minimum une structure de garde :

- Le Land Rhénanie-Palatinat est découpé en 39 zones de planification et compte 48 structures de garde, dont 39 couvrant intégralement les horaires de fermeture habituels des cabinets, et 9 ayant des horaires d'ouverture limités. 45 des structures

5 Le Code de la sécurité sociale (Sozialgesetzbuch) utilise le terme de «*Notdienst*». La loi fédérale sur l'exercice de la médecine (*Heilberufsgesetz* - HeilBG) utilise le terme de «(*ärztlicher*) *Notfalldienst*». C'est également ce terme qui est employé généralement par les ordres des médecins des Länder (par exemple dans la *Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz*). La *Kassenärztliche Vereinigung* de Rhénanie-Palatinat utilise systématiquement le terme de «(*ärztlicher*) *Bereitschaftsdienst*», afin d'éviter une confusion avec les autres secteurs de la médecine d'urgence (*Notarzt, Notaufnahme, Notfallambulanz*...). La *Kassenärztliche Vereinigung* de Bade-Wurtemberg utilise le terme de «(*ärztlicher*) *Notfalldienst*» dans ses directives, mais préfère le terme «(*ärztlicher*) *Bereitschaftsdienst*» dans tous ses supports de communication en direction des patients, afin là-aussi d'éviter des confusions sémantiques.

de gardes sont implantées dans ou à proximité d'un hôpital. Depuis 2014, toutes ces structures de garde sont portées par la *Kassenärztliche Vereinigung*. Par ailleurs, quatre hôpitaux proposent un service de garde ambulatoire assuré par du personnel hospitalier. La distance moyenne entre le domicile et la structure de garde la plus proche est de 8,4 kilomètres. Dans certaines zones rurales (par exemple dans la Eifel ou la Westerwald), les distances sont plus élevées. Elles se situent entre 10 et 14 kilomètres en moyenne, et peuvent atteindre jusqu'à 30 kilomètres.

- Le Land de Bade-Wurtemberg est découpé en 66 zones de planification et compte 100 structures de garde. Leurs horaires d'ouverture sont souvent limités aux soirées (18h00 – 22h00) ainsi qu'aux week-ends et jours fériés, ce qui est rendu possible grâce à une coopération plus étroite avec les hôpitaux. La grande majorité des structures sont portées par la *Kassenärztliche Vereinigungen*, mais il existe aussi des structures gérées en autonomie par les médecins locaux. Les structures de garde sont implantées de manière à ce qu'elles soient accessibles en 30 minutes maximum pour l'ensemble de la population.

3.3 MODALITÉS DE PARTICIPATION DES MÉDECINS

Tous les médecins de ville conventionnés sont obligés de participer au système de médecine de garde. Cette obligation s'applique à la fois aux médecins de ville libéraux et aux médecins travaillant en médecine de ville en tant que salariés. À l'inverse, les médecins non conventionnés (Privatärzte) et les médecins hospitaliers ne sont pas obligés de participer au système de garde. Ils peuvent toutefois, sous certaines conditions, participer de leur propre initiative.

L'obligation faite aux médecins conventionnés s'applique tant aux médecins généralistes qu'aux médecins spécialistes. Toutefois, les ophtalmologues, les ORL et les pédiatres peuvent en être dispensés dès lors qu'ils participent à la médecine de garde de spécialité (cf. «médecine de garde de spécialité»).

Il existe deux grandes modalités d'exercice de la médecine de garde :

- Le «*Sitzdienst*» : le médecin assure les consultations au sein de la structure de garde ;
- Le «*Fahrdienst*» (ou «*Hausbesuchdienst*») : le médecin est affecté aux visites à domicile, pour les patients qui ne peuvent pas se rendre à la structure de garde pour raisons médicales. En Rhénanie-Palatinat, le médecin affecté au Fahrdienst est posté à la structure de garde, d'où il part pour effectuer les visites à domicile. Dans le Bade-Wurtemberg, le médecin est posté à son domicile ;

En Rhénanie-Palatinat, il peut arriver que le médecin soit, dans le cadre d'une même garde, affecté à la fois au Sitzdienst et au Fahrdienst. On parle alors de «Kombidienst» ;

Les modalités de rémunération des médecins varient d'un Land à l'autre. Elles seront précisées au point suivant (cf. «financement du système»).

3.4 FINANCEMENT DU SYSTÈME

Les modalités de financement du système varient fortement d'un Land à l'autre.

En Rhénanie-Palatinat, le système de médecine de garde est financé par :

- Les honoraires versés (par les caisses d'assurance-maladie) au titre des prestations réalisées. Il convient de préciser que les honoraires ne sont pas perçus par le médecin, mais conservés par la *Kassenärztliche Vereinigung* pour financer le système. Dans ce contexte, les médecins sont rémunérés au forfait, à hauteur de 50 € pour l'heure de garde ;
- Des contributions financières versées par l'ensemble des médecins conventionnés (appelées «Umlage»). Actuellement, les contributions financières sont de l'ordre de 240 € par mois (soit 3240 € par an) pour un médecin exerçant une activité libérale à temps plein ;
- Une retenue de 10% appliquée sur la rémunération forfaitaire de 50€ de l'heure de garde pour les médecins non conventionnés (médecins privés, médecins hospitaliers) qui participent au système de médecine de garde.

Dans le Land de Bade-Wurtemberg, le système de médecine de garde est financé par :

- Les contributions financières des médecins (*Sicherstellungsumlage*), qui se composent à 50% d'une contribution indexée sur les revenus du médecin (*umsatzabhängige prozentuale Umlage*) et à 50% d'une contribution mensuelle forfaitaire (*umsatzunabhängiger monatlicher Kopfpauschale*) indépendante des revenus, mais dont le montant varie selon plusieurs critères (activité à temps plein ou à temps partiel, etc.). Ces contributions sont prélevées directement par la *Kassenärztliche Vereinigung* dans le cadre du système de rémunération des médecins ;

- Un prélèvement sur les honoraires perçus par les médecins dans le cadre des gardes effectuées (*Strukturpauschale*). Ce prélèvement est de l'ordre de 5%. On pourra donc noter que, contrairement à la Rhénanie-Palatinat, les médecins de garde sont rémunérés à l'activité et non au forfait. La *kassenärztliche Vereinigung* de Bade-Wurtemberg a par ailleurs introduit un système de sécurisation des honoraires, qui garantit au médecin de percevoir au minimum 50€ de l'heure de garde, quelle que soit le nombre d'actes réalisés. Viennent s'ajouter plusieurs dispositifs de prime. A titre d'exemple, une prime de 500€ pour 24 heures est accordée pour les gardes effectuée les 24 et 31 décembre. De même, les médecins affectés aux visites à domicile utilisant leur véhicule personnel perçoivent une prime de 130€ en semaine et de 300€ en week-end.

3.5 RÉGULATION

En Rhénanie-Palatinat comme en Bade-Wurtemberg, les patients peuvent se rendre directement dans une structure de garde : Il n'est pas nécessaire d'appeler préalablement le 116117. Ils peuvent se rendre à la structure de garde de leur choix, c'est-à-dire sans prendre en considération les zones de planification de la *kassenärztliche Vereinigung*.

S'ils ne connaissent pas l'adresse ou les horaires d'ouverture de la structure de garde, ou si leur demande concerne une visite à domicile, les patients doivent composer le 116117. Ce numéro d'appel est valable dans toute l'Allemagne, mais les modalités de régulation varient d'un Land à l'autre :

- Dans le Land de Rhénanie-Palatinat, les appels sont réceptionnés directement par la structure de garde compétente territorialement ;
- Dans le Land de Bade-Wurtemberg, le patient composant 116117 tombe sur un répondeur qui indique l'adresse de la structure de garde la plus proche, et demande au patient de rester en ligne si sa demande concerne une visite à domicile. Dans ce cas, l'appel est transféré au centre de régulation de la *Deutsches Rotes Kreuz*, qui contacte alors le médecin de garde affecté aux visites à domicile.

3.6 MÉDECINE DE GARDE DE SPÉCIALITÉ

Le système de médecine de garde décrit précédemment se rapporte exclusivement à la médecine de garde dite «généraliste» (*allgemeinärztlicher Bereitschaftsdienst*), étant rappelé que les médecins de spécialité participent aux gardes au même titre que les médecins généralistes. En parallèle, il existe des dispositifs de médecine de garde de spécialité, appelés «*fachärztlicher Bereitschaftsdienst*» en Rhénanie-Palatinat et «*gebietsärztlicher Notfalldienst*» dans le Land de Bade-Wurtemberg. La médecine de garde de spécialité concerne les ophtalmologues, les pédiatres ainsi que les ORL.

La médecine de garde de spécialité est organisée de manière très hétérogène. Souvent, les gardes sont encore assurées à tour de rôle par les médecins de spécialité dans leur propre cabinet. Ainsi, dans le Land de Bade-Wurtemberg, on compte seulement trois structures de garde centralisées en ophtalmologie (Stuttgart, Mannheim, Freiburg) et seulement deux structures de garde centralisées pour les soins ORL (Tübingen et Villingen-Schwenningen). Le système des structures de garde centralisées est en revanche beaucoup plus développé en pédiatrie, avec pas moins de 25 structures.

Le numéro d'appel 116117 n'est valable que pour la médecine de garde généraliste. Pour les gardes de médecins spécialistes, le patient doit chercher dans les journaux locaux ou sur internet pour connaître l'adresse du médecin de garde et/ou le numéro de téléphone à appeler.

On notera qu'il existe aussi un système de garde pour les dentistes. Ce système de garde ne relève pas de la *kassenärztliche Vereinigung* mais de la *kassenzahnärztliche Vereinigung*.

SOURCES/LITTÉRATURE

TEXTES JURIDIQUES ET INSTRUMENTS DE PLANIFICATION :

- Gesetz über den Rettungsdienst Baden-Württemberg (Stand 2015).
- Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Stand 2013).
- Landesrettungsdienstplan Rheinland-Pfalz (Stand 2014).
- Rettungsdienstplan Baden-Württemberg (2014).
- Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 2016).
- Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (Stand 2016).
- Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz zur Bereitschaftsdienstordnung (Stand 2016).
- Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 2016).

RAPPORTS / ÉTUDES :

- Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg, Qualitätsbericht Rettungdienst Baden-Württemberg, 2016.
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Reform des ärztlichen Notfalldienstes, Erläuterungen zur neuen Notfalldienstordnung gültig ab 1. Januar 2014, 2014.
- Management Consult Kestermann GmbH (MCK), Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, 2015.
- Von Eiff, Wilfried / Dodt Christoph / Brachmann Matthias / Niehues Christopher / Fleischmann Thomas, Management der Notaufnahme, Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor, 2011.
- Riessen, Reimer / Seekamp, Andreas / Gries, André / Dodt, Christoph / Kumles, Bernhard / Busch Hans-Jörg, Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland, 2015.
- Mitrović, Aleksandar, Workflowanalyse einer zentralen Notaufnahme (ZNA), 2006.
- Landtag von Baden-Württemberg, Große Anfrage der Fraktion der FDP/DVP und Antwort der Landesregierung, Drucksache 16 / 1991, 08. 05. 2017.
- Landesamt für Vermessung und Geoinformation Rheinland-Pfalz (LVermGeo): Rettungsdienst Rheinland-Pfalz, 2008.
- Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz: Notfall- und Intensivtransportsystem Rheinland-Pfalz (N.I.T.S.), 2007.

Rettung

LES SOINS MÉDICAUX URGENTS EN SUISSE

Sauvetage sanitaire, urgences hospitalières
et médecine de garde ambulatoire

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

Rédaction :

- Jérémy Presle (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Dr. Marc Lüthy (Médecin-cadre Sanität Basel, médecin chef des secours),
- Dr. Daniel Strohmeier (Directeur du secteur des opérations, Département de justice et de sécurité du canton de Bâle-Ville).

Traduction :

- Michael Lörch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

1. SAUVETAGE SANITAIRE 50
1.1. Cadre général 51
1.2. Organisation de la régulation 52
1.3. Organisation de l'intervention 53
1.4. Soins d'urgence à de nombreuses victimes 56
1.5. Qualification et formation des personnel 57
2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES 58
2.1. Cadre général 59
2.2. Organisation 59
3. LA MÉDECINE DE GARDE 60
3.1. Cadre général 61
3.2. Organisation 61

SOMMAIRE

1. SAUVETAGE SANITAIRE

Remarque introductive
En Suisse, l'organisation de la prise en charge des soins médicaux urgents varie d'un canton à l'autre. Ce cahier thématique traitera en particulier des cantons du Jura, de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Ce choix s'explique par le fait que le centre de compétences trinational TRISAN intervient principalement dans la région transfrontalière du Rhin supérieur. Il permet par ailleurs d'inclure des cantons germanophones et francophones. De même, les dénominations utilisées dans chaque canton peuvent varier ; pour faciliter la bonne compréhension, nous avons choisi de toujours employer les termes les plus courants.

1.1 CADRE GÉNÉRAL

En Suisse, on entend par sauvetage sanitaire (appelé également secourisme – *Rettungswesen*) le dispositif visant à procurer aux patients en situation de détresse des soins d'urgence pré-hospitaliers. Les acteurs du sauvetage sanitaire sont :

- Les centrales de régulation appelées centrales d'appels sanitaires urgents (CASU 144 ; *Sanitätsnotrufzentrale SNZ 144*) ;
- Les services d'ambulances (appelés aussi services de sauvetage – *Rettungsdienste*) et les services de secours aériens comme par exemple la REGA (services héliportés) ;
- Les médecins d'urgence (*Notärzte*) qui sont envoyés par un centre de régulation cantonal. Il peut s'agir de médecins hospitaliers ou de médecins libéraux.

Le sauvetage sanitaire (tout comme la santé en général), relève en grande partie de la compétence des cantons qui ont l'obligation d'en assurer l'organisation. Il existe donc 26 réglementations cantonales différentes :

- Dans le canton de Bâle-Ville, le sauvetage sanitaire est très peu encadré juridiquement. Il est mentionné dans la loi cantonale sur la santé (*Gesundheitsgesetz*) sans que celle-ci n'entre dans les détails. Elle ne fait qu'en confier l'organisation à l'administration cantonale ;
- Dans le canton de Bâle-Campagne, le sauvetage sanitaire est encadré dans une ordonnance de 2000, la *Verordnung über die Organisation des Kranken–, Rettungs– und Leichentransports* ;
- Dans le canton du Jura, l'organisation du sauvetage sanitaire est fixée dans trois textes juridiques : la loi et l'ordonnance sur les établissements hospitaliers de 2012 ainsi que l'ordonnance sur le service ambulancier de 2011.

Malgré l'importance des cantons dans l'organisation du sauvetage sanitaire, la Constitution et les lois fédérales ont conféré plusieurs compétences à la Confédération touchant à ce domaine :

- l'attribution des numéros d'appel courts (à trois chiffres). Pour les appels médicaux urgents, il s'agit du 144 ;
- la formation professionnelle des personnels de santé ;
- les normes des véhicules d'intervention. Les normes de l'Union européenne (EN 1789, EN 75079, etc.) sont appliquées en Suisse ;
- La protection de la population (*Bevölkerungsschutz*), dans les situations d'urgence et de catastrophes, en coopération avec les cantons à travers le service sanitaire coordonné (*koordinierter Sanitätsdienst SSC–KSD*). Ce service s'occupe de la coordination des organisations impliquées dans la protection de la population (services d'ambulances, organisations caritatives, etc.) pour une prise en charge sanitaire optimale lors d'événements majeurs.

Néanmoins, concernant ces compétences fédérales, les cantons conservent un rôle, soit parce qu'il s'agit de compétences partagées, soit parce que la Confédération délègue aux cantons la mise en œuvre de ces missions.

Il faut mentionner également la coordination intercantonale, avec plusieurs organisations rassemblant les acteurs du sauvetage sanitaire des différents cantons. La coordination intercantonale permet d'harmoniser les pratiques, d'améliorer la qualité, ou encore de trouver des réponses communes à des problématiques intercantonales. Les organisations intercantonales répondent à des missions qui leur sont confiées par la Confédération et/ou les cantons. Aucun des textes qu'elles élaborent n'ont de valeur juridique contraignante.

En revanche, les cantons peuvent volontairement décider de les appliquer, par exemple en les intégrant dans leurs propres lois. On mentionnera en particulier :

- La conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS ; *schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren GDK*) réunit les responsables de la santé des 26 cantons et cherche à faciliter la coordination entre les cantons, la Fédération et les autres acteurs de la santé. Elle formule en ce sens des recommandations non contraignantes ;
- L'Interassociation de sauvetage (IAS ; *Interverband für Rettungswesen* IVR) représente tous les acteurs de la chaîne du sauvetage ainsi que les cantons. Elle a pour rôle la coordination du domaine du sauvetage sanitaire ainsi que l'élaboration de normes de qualité valables pour l'ensemble de la Suisse. Les services d'ambulances et les CASU 144 qui s'engagent à respecter ces normes peuvent obtenir une reconnaissance délivrée par l'Interassociation. Le cadre juridique de certains cantons peut

également leur imposer de s'y soumettre ;

- Le forum du sauvetage de la Fédération des médecins suisses (*Plattform Rettungswesen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*) regroupe des professionnels de santé qui étudient les questions relatives à la médecine d'urgence et formulent des recommandations ;
- La société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS ; *Schweizerische Gesellschaft für Notfall– und Rettungsmedizin* SGNOR) est une association reconnue par la fédération des médecins suisses et regroupant les médecins intéressés à la médecine d'urgence. Elle représente les intérêts des médecins d'urgence et promeut la coopération entre l'ensemble des acteurs du sauvetage sanitaire. Elle émet des recommandations concernant la formation ou le fonctionnement de la médecine d'urgence. Elle est responsable de la conception et de la mise en œuvre du certificat d'aptitude médecin d'urgence SSMUS et du certificat d'aptitude en médecine d'urgence hospitalière SSMUS[1].

Le financement du domaine du sauvetage peut provenir de quatre sources différentes :

- Les assureurs maladie et accident prennent en charge 50 % des frais de sauvetage et de transport. Ils contribuent également aux frais d'exploitation des CASU 144, selon des modalités qui varient selon les cantons ;
- Les patients participent également au financement des frais de sauvetage et de transport, selon la tarification nationale des soins ambulatoires TARMED ;
- Cantons et communes complètent le financement des CASU 144 et des services d'ambulances ;
- Des donateurs privés peuvent subventionner les services d'ambulances ainsi que les services de secours aériens. Dans le cas de la REGA, les contributions des donateurs représentent 60 % du budget total. Le reste des coûts est pris en charge principalement par les assureurs maladie et accident sous la forme de rémunérations à l'intervention.

1.2 ORGANISATION DE LA RÉGULATION

Numéro unique pour tous les cantons

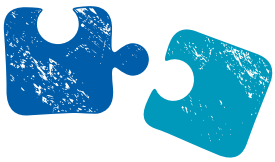
Depuis 1999, il existe en Suisse un numéro d'appel unique gratuit pour les situations d'urgence : le 144. Il permet de joindre les centrales d'appels sanitaires urgents (CASU 144). Les CASU 144 sont donc chargées de la régulation des appels. Elles doivent répondre aux appels d'urgence, mettre en œuvre une réponse adaptée et coordonner les moyens de secours engagés. La mise en place du numéro d'urgence européen 112 n'a pas conduit à un regroupement des services d'incendie, de police et de sauvetage[2]. Les différents numéros nationaux coexistent avec le 112, qui renvoie vers les services de police.

Gestion des CASU 144

Il existe le plus souvent une CASU 144 par canton. Cependant, une fusion des CASU 144 des deux Bâle est prévue pour janvier 2018. La régulation des appels sera assurée pour les deux cantons par la centrale de Bâle-Ville. Par ailleurs, la régulation des appels dans le canton du Jura, assurée à ce jour par l'hôpital du Jura, va être externalisée courant 2017 à la CASU 144 du canton de Fribourg.

L'exploitation des CASU 144 étant du ressort des cantons, il existe des différences d'organisation notables d'un canton à l'autre. Selon le canton, les CASU 144 peuvent être gérées par un hôpital, par un service du canton ou d'une ville, par un prestataire privé ou encore être intégrées aux services d'incendie et de police :

- Le canton de Bâle-Campagne a délégué la gestion de sa centrale d'appels sanitaires urgents à l'hôpital cantonal Bâle campagne (KSBL) de Liestal (hôpital public) ;
- La centrale d'appels sanitaires urgents du canton de Bâle-Ville est intégrée à l'administration du canton au sein du service sanitaire du canton (*Sanität Basel*) ;
- La gestion de la centrale d'appels sanitaires urgents du canton du Jura a été déléguée à l'hôpital du Jura (hôpital public).



1 Pour plus de détails sur la formation des médecins d'urgence, cf. 2.2.

2 Dans certains cantons, cependant, des regroupements entre les différents services ont été mis en œuvre.

Organisation interne des CASU 144

D'une manière générale[3], le personnel d'une CASU 144 se compose :

- De deux ambulanciers diplômés ES[4] (ci-après «ambulancier») qui gèrent les appels de la centrale d'appels sanitaires urgents. Ils recueillent les informations initiales de manière structurée, évaluent le degré d'urgence et envoient les moyens appropriés ;
- D'un médecin cadre ou médecin chef (*ärztlicher Leiter*) formé aux soins d'urgence. Contrairement à la France, il n'intervient pas lors de la régulation de l'appel. Il est responsable de la qualité du service, participe à la formation des ambulanciers et valide les algorithmes médicaux (pour plus d'informations sur les algorithmes, cf. point suivant). Il peut également, en tant que médecin d'urgence, participer aux interventions.

Les ambulanciers sont donc les principaux acteurs de la régulation. Les CASU 144 doivent comporter en permanence, 24/24h, au moins deux régulateurs.

Déroulement d'un appel

- L'appel est initialement reçu par l'ambulancier régulateur. Selon les directives de l'Interassociation de sauvetage, 90 % des appels doivent être décrochés en moins de dix secondes ;
- Une CASU 144 peut rediriger un appel ne relevant pas de son périmètre vers la CASU 144 compétente. En effet, toutes les centrales 144 sont interconnectées ;
- Une fois en contact avec l'appelant, l'ambulancier procède à une interrogation structurée. Il s'agit de recueillir le plus vite possible les informations concernant le lieu de détresse, l'état du patient, et les circonstances de l'appel afin d'évaluer la gravité de l'appel ;
- La CASU 144 décide ensuite de la réponse à mettre en œuvre. Pour les cas urgents, l'objectif est que le régulateur engage les moyens appropriés dans un délai de 90 à 120 secondes après réception de l'appel ;
- Le régulateur coordonne ensuite les différents acteurs situés sur le terrain. Il assure également l'instruction du dossier ;
- L'ambulancier régulateur est également habilité à donner à l'appelant des consignes pour la réalisation de gestes de secours en l'attente des secouristes professionnels, en particulier pour des massages cardiaques.

1.3 ORGANISATION DE L'INTERVENTION

Pour répondre à la demande de soins qui lui est adressée, l'ambulancier régulateur dispose d'un large éventail de moyens :

Conseil médical

Même si les ambulanciers régulateurs ne sont pas médecins, ils sont habilités à procurer des conseils médicaux au patient, sans mobiliser de moyens. Il s'agit d'un acte médical délégué, effectué à partir d'algorithmes.

Orientation vers un médecin

Si l'état du patient nécessite de voir un médecin sans qu'il n'y ait d'urgence vitale, le médecin régulateur peut :

- Orienter le patient vers un médecin libéral ;
- Ou, si le patient n'a pas les moyens de se déplacer, faire intervenir un médecin sur place *(Hausbesuche)*.

Recours aux services d'ambulances

Lorsque l'état du patient nécessite une prise en charge urgente, la CASU 144 s'appuie sur les services d'ambulances (*Rettungsdienste*). Il en existe plus d'une centaine dans toute la Suisse, qui peuvent être des organismes publics, établis par exemple dans un hôpital ou au sein de l'administration cantonale, ou bien privés. Tous sont en liaison avec une CASU 144. Dans le canton de Bâle-Ville, l'unique service d'ambulance est Sanität Basel. Tout comme la CASU 144, il fait partie du service sanitaire du canton. Le canton de Bâle-Campagne dispose, quant à lui, de plusieurs services d'ambulances, dont celui (public) de l'hôpital cantonal Basel-Land (KSBL) de Liestal. Le service ambulancier dans le canton du Jura est assuré par l'hôpital du Jura. Toutes les sociétés d'ambulances doivent obtenir une autorisation d'exercer de leur canton respectif. Les cantons déterminent individuellement les normes de qualité à respecter pour obtenir l'autorisation.

Les services d'ambulances assurent les missions suivantes :

3 C'est le cas à Bâle-Ville, Bâle-Campagne et dans le Jura.

4 Sur la formation des ambulanciers, cf. 1.3. Recours aux services d'ambulances.

- Interventions primaires (*Primäreinsätze*). Les services d'ambulance interviennent directement sur le lieu de détresse. Ils procurent les premiers soins pré-hospitaliers et assurent, si nécessaire, un transport sous surveillance vers l'hôpital (service d'urgence, bloc opératoire ou service de soins intensifs) ;
- Interventions secondaires (*Sekundäreinsatz*). Ils assurent alors les transports inter-hospitaliers, pour transporter un patient d'un établissement à un autre ;

Les services d'ambulances disposent de plusieurs véhicules pour mener à bien leur intervention. Ces véhicules ainsi que leur équipement répondent aux normes EN 1789 de l'Union européenne. Les ambulanciers peuvent embarquer dans :

- Une ambulance d'intervention (*Einsatzambulanz*, appelée également *Krankentransportwagen*, EN 1789 types A et B), utilisée pour des transports programmés de patients qui ne sont pas en détresse mais également en cas d'urgence pour les cas les moins graves. Elle permet le transport du personnel ainsi que celui du patient en position allongée ;
- Une ambulance de secours et de soins d'urgences (*Rettungswagen*, norme EN 1789 type C), permettant le transport du personnel paramédical et/ou médical, ainsi que celui du patient en position allongée. Elle est utilisée dans des situations d'urgence et permet de procurer des soins intensifs.

Les directives de l'Interassociation de sauvetage disposent que les ambulances doivent pouvoir rejoindre le lieu de détresse en moins de 15 minutes, dans 90 % des cas. Dans les cantons du Jura, de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, cette exigence est respectée. En effet, 94 % des interventions dans le canton de Bâle-Campagne respectent le délai (et 99 % des interventions se situent dans un délai inférieur à 20 minutes), tandis que toutes les interventions dans Bâle-Ville se font en moins de 15 minutes.

La composition de l'équipe d'intervention varie selon les cantons. Dans les cantons du Jura, de Bâle-Campagne et Bâle-Ville, l'équipe d'intervention est composée de deux personnes[5]: soit deux ambulanciers, soit un ambulancier et un technicien ambulancier (*Transportsanitäter*). Dès lors qu'il y n'a pas de médecin sur place, les ambulanciers sont habilités à procurer les soins d'urgence aux patients en détresse, en suivant des algorithmes préétablis. Ils assurent la surveillance du patient durant le transport. Le technicien ambulancier conduit le véhicule, transporte les patients et assiste l'ambulancier.

Recours au SMUR

Lorsque l'état du patient nécessite une médicalisation précoce, la centrale 144 peut, en plus du service d'ambulance, dépêcher un médecin d'urgence sur place. En Suisse romande, on emploie l'expression de Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR – *mobiler Dienst für Notfallmedizin und Reanimation*) tandis qu'en Suisse alémanique, on fait plus simplement référence à la notion de médecin d'urgence (*Notarzt*). Le recours au SMUR peut se faire dans deux situations différentes :

- La CASU 144 fait appel au SMUR dès la réception de l'appel. Il s'agit d'une intervention de premier échelon (*primäre Notarzteinsatz*) ;
- Les ambulanciers sont d'abord envoyés seuls, puis estiment, une fois sur place, qu'un renfort médical est nécessaire. Ils communiquent leur bilan à la CASU 144, qui fait alors appel au SMUR. Il s'agit d'une intervention de deuxième échelon (*sekundäre Notarzteinsatz*).

5 Sauf dans les cas où l'ambulance est médicalisée. L'équipe se compose alors de plusieurs ambulanciers et du médecin d'urgence. Cf. SMUR.

Par ailleurs, les SMUR peuvent être déployés, selon les cantons, dans deux configurations différentes :

- Le SMUR part sur le lieu de détresse en ambulance et arrive donc sur le lieu de détresse avec l'équipe ambulancière. L'on parle de *Kompaktsystem* ;
- L'ambulance et l'équipe SMUR partent séparément et se retrouvent sur le lieu de détresse. Le médecin, accompagné d'un ambulancier (Bâle-Ville, Bâle-Campagne) ou d'un infirmier (Jura), se rend sur les lieux à l'aide d'un véhicule radio médicalisé (*Notarzteinsatzfahrzeug*), comportant le matériel médical. Une fois sur le lieu de détresse, ils viennent compléter l'équipe paramédicale et s'installent dans l'ambulance. Cette configuration appelée système du rendez-vous (*Rendezvous-System*) est appliquée dans les cantons de Bâle-Ville, de Bâle-Campagne et du Jura.

Les médecins d'urgence participant au sauvetage sanitaire relèvent des départements d'anesthésie-réanimation de l'hôpital cantonal Bâle-campagne (KSBL) de Liestal et de l'hôpital universitaire de Bâle (*Universitätsspital Basel*) pour Bâle-Ville, tandis que ceux du canton du Jura relèvent de l'hôpital du Jura. Des tours de garde leur permettent d'assurer 24/24h une médicalisation des interventions des services d'ambulances. Dans certains cantons, en raison du manque de personnel, il peut arriver qu'un médecin de garde ne possède pas le titre de médecin d'urgence[6].

Recours aux services de sauvetage aérien

REGA

La Garde aérienne suisse de sauvetage (REGA ; *schweizerische Rettungsflugwacht*) est une fondation indépendante d'utilité publique qui assure le sauvetage sanitaire aérien sur l'ensemble du territoire Suisse. La REGA dispose de sa propre centrale de régulation, joignable par un numéro national d'urgence spécifique : le 1414. Cette centrale bénéficie d'interconnexions avec d'autres services, dont les CASU 144. Ces dernières peuvent donc avoir recours, lorsqu'elles le jugent nécessaires, aux moyens héliportés de la REGA. La REGA effectue :

- Des interventions primaires (sur le lieu de détresse), par exemple en cas d'accident de circulation ou d'accident de haute montagne, en Suisse mais aussi dans les pays frontaliers. Elle assure la prise en charge jusqu'au transfert à l'hôpital ;
- Des interventions secondaires (transferts inter-hospitaliers) ;
- Des interventions à l'étranger, en procurant des conseils médicaux, et en mettant en place des rapatriements et/ou des transferts inter-hospitaliers.

La REGA procure aux personnes en détresse des soins médicalisés. L'équipage comprend *a minima* un médecin d'urgence, un sauveteur professionnel et un pilote d'hélicoptère. La flotte comprend des hélicoptères pour les interventions en Suisse et dans les pays frontaliers, ainsi que des avions-ambulances (*Ambulanzjets*) pour les interventions à l'étranger.

La REGA compte douze bases hélicoptère qui permettent d'intervenir sur l'ensemble du territoire en moins de 15 minutes. La base de Bâle est hébergée au sein de l'aéroport trinational de Bâle-Mulhouse-Fribourg. Elle réalise la moitié de ses interventions dans le pays de Bade, et 10 % en Alsace.

Alpine Air Ambulance (AAA)

L'entreprise d´ambulance aérienne AAA a été créé en 2011 par le Lions Air Group (transports ambulanciers et de passagers) et le Touring Club Suisse (TCS, assistance aux personnes et aux véhicules). Depuis que le TCS s´est retiré du sauvetage aérien en 2015, l´AAA n´envoie plus d´hélicoptères TCS.

Le siège de l´entreprise se trouve à Zurich. Elle est spécialisée en transport de patients au niveau aérien et terrestre ; elle organise ces transports depuis une propre centrale. L´entreprise est interconnectée au réseau de sauvetage 114 dans le canton Argovie. Par ailleurs, elle effectue des vols pour les équipes de transplantations et des transports d´organes pour Swisstransplant.

La flotte comprend deux hélicoptères, un avion et plusieurs ambulances terrestres. L´AAA peut également utiliser la flotte du Lions Air Group.

La compétence médicale est assurée en coopération avec la clinique Hirslanden à Zurich. Le service médical est effectué par des spécialistes ayant obtenu un certificat d'aptitude en médecine d'urgence hospitalière de l'institut d'anesthésiologie et de médecine intensive.

6 Sur la formation des médecins d'urgence, cf. partie 3.2.

Autres partenaires

L'ambulancier régulateur de la CASU 144 peut également recourir à d'autres acteurs, ne faisant pas nécessairement partie du sauvetage sanitaire. Suivant la situation, il peut demander l'intervention des services du feu, des services de police, etc. Il assure alors, comme pour les autres cas déjà décrits, la coordination entre les différents acteurs.

1.4 SOINS D'URGENCE À DE NOMBREUSES VICTIMES

En Suisse, on appelle conduite sanitaire en cas d'événement majeur (*sanitätsdienstliche Führung im Grossereignis*) le dispositif de prise en charge des soins d'urgence en cas d'afflux important de victimes (*Massenanfall von Verletzten*). Dans ce domaine, la Confédération, à travers le service sanitaire coordonné (*Koordinierter Sanitätsdienst*), organe fédéral chargé de la protection de la population chargé de coordonner en amont la mise à disposition des moyens disponibles :

- D'une part entre les cantons ;
- D'autre part entre les différents organes civils et militaires impliqués dans le domaine sanitaire.

Le service sanitaire coordonné a, par exemple, mis en place une plate-forme informatique «système d'information et d'intervention» (SSI; *Informations– und Einsatz–System IES*). Cette dernière opère un maillage entre l'ensemble des administrations et organismes civils ou militaires, en lien avec la protection civile et facilite la transmission des informations entre ceux-ci, si besoin au niveau fédéral.

Par ailleurs, l'Interassociation de sauvetage, dans un souci d'harmonisation des réglementations cantonales a émis des directives (non contraignantes) concernant l'organisation des services d'ambulances en cas d'événement majeur.

Au niveau cantonal, la coordination est assurée par l'état-major cantonal de conduite (EMCC ; *kantonaler Führungsstab KFS*). Il comprend des représentants de divers services impliqués dans la protection de la population (service d'ambulance, médecin d'urgence, service du feu etc.), ainsi que des spécialistes des différents risques. L'état-major est dirigé par un responsable de la police ou des pompiers. Il a pour fonctions :

- En situation normale, d'analyser les risques et de planifier en conséquence ;
- En situation de crise, de déterminer et conduire la prise en charge adaptée de l'événement.

La direction concrète des opérations de sauvetage est quant à elle bicéphale (*duale Führung*). Elle s'appuie en effet sur :

- Un ambulancier chef des secours (ACS ; *Einsatzleiter Sanität EL San*), chargé de surveiller et coordonner l'organisation logistique des opérations ;
- Un médecin chef des secours (MCS ; *Leitender Notarzt LNA*), chargé de conduire, coordonner et surveiller l'organisation médicale des opérations.

L'un d'entre eux assure également la fonction de chef des secours (*Bereichsleiter Sanität*) qui consiste à assurer la coordination entre les volets médical et logistique des opérations. Le chef des secours participe également à l'état-major cantonal de conduite. Il a donc une double fonction :

- Il est chargé de l'organisation des opérations de sauvetage dans son ensemble ;
- Il travaille par ailleurs à la coordination des services d'ambulances avec les autres organismes civils ou militaires.

L'organisation du sauvetage sanitaire en cas d'événement majeur doit permettre un tri et une prise en charge rapides du patient. À cet effet, un poste médical avancé (PMA; *Sanitätshilfsstelle San Hist*) est mis en place sur les lieux de l'événement. Il permet :

- De procurer les premiers soins aux victimes ;
- De trier les patients en fonction de l'urgence de leur état ;
- De préparer l'évacuation de la victime vers la structure adaptée.

La régulation, en cas de d'afflux important de victimes, reste assurée par la CASU 144. Elle se charge de répartir les patients entre les différents hôpitaux pour éviter une saturation. Sa tâche se voit facilitée par le système d'information et d'intervention. Ainsi, la CASU 144 peut, par exemple, plus facilement répartir les patients entre les différents hôpitaux pour éviter une saturation.

L'organisation détaillée du sauvetage en cas d'événement majeur et les éventuels plans d'urgence sont mis en place au niveau cantonal.

1.5 QUALIFICATION ET FORMATION DES PERSONNEL

Médecin d'urgence

Le médecin d'urgence (*Notarzt*) exerce en milieu hospitalier ou en pré-hospitalier. Il a suivi une formation spécifique aux soins d'urgence. Toutefois, cette formation ne constitue pas une spécialité. Il s'agit d'un certificat d'aptitude en médecine d'urgence SSMUS (*Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR*) mis en place par la société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage, délivré après une formation de 18 mois. C'est une formation complémentaire aux titres de spécialiste (*Facharzttitel*) en médecine interne générale, chirurgie, anesthésiologie, médecine intensive ou chirurgie préalablement obtenus après 11 années d'étude.

Médecin chef des secours

Le médecin chef des secours (*Leitender Notarzt*) est un médecin d'urgence qui prend la direction du volet médical des opérations en cas d'événement majeur. Il doit être titulaire du certificat d'aptitude de médecin d'urgence SSMUS et justifier d'une expérience préalable, variable selon les cantons. L'académie suisse de médecine militaire et de catastrophe (ASMC ; *Schweizerische Akademie für Militär– und Katastrophenmedizin* SAMK) et la société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage ont mis en place, à l'initiative du service sanitaire coordonné, une formation spécifique. Cette dernière dure 5 jours et donne lieu à la délivrance d'un diplôme CEFOCA-SFG[7] de médecin chef des secours. Les titulaires du diplôme doivent suivre une formation continue pour le conserver.

Le médecin chef des secours est nommé par l'administration cantonale responsable de la protection de la population. Un système de garde est mis en place, afin qu'un médecin chef des secours puisse, dans chaque canton, intervenir à tout moment en cas d'événement majeur.

Infirmier expert en soins d'urgence

Pour obtenir son diplôme, l'infirmier diplômé ES ou HES[8] (Dipl. *Pflegefachmann/Pflegefachfrau* HF ou FH) suit une formation de 5 400 heures sur trois ans. Il peut ensuite suivre une formation complémentaire en soins d'urgence sur deux ans, en parallèle de son activité professionnelle. Cette formation conduit au titre d'infirmier expert en soins d'urgence EPD[9] ES (*Experte/–in Notfallpflege* NDS HF).

Les infirmiers d'accueil et d'orientation (cf. partie 2) sont également diplômés ES ou HES, et suivent quant à eux une formation complémentaire de 4 jours. Ils doivent avoir une expérience de service d'au moins 18 mois.

Ambulancier

On veillera à distinguer :

- l'ambulancier diplômé ES (*Dipl. Rettungssanitäter HF*) : Il est titulaire d'un diplôme délivré par une école supérieure (diplôme ES) au terme d'une formation de 3 ans, dont deux ans de stage. Il assure les soins d'urgence et le transport du patient. Il est habilité à délivrer des actes médicaux délégués, sur la base d'algorithmes ;
- le technicien ambulancier (*Transportsanitäter*) : Il est titulaire d'un certificat délivré lui aussi en école supérieure, au terme d'une formation d'un an. Il est chargé de la conduite du véhicule et du transport les patients. Il assiste l'ambulancier.

Ambulancier chef des secours

L'ambulancier médecin chef des secours (*Einsatzleiter Sanität*) est un ambulancier diplômé ES qui prend la direction du volet logistique des opérations en cas d'événement majeur. Il doit justifier d'une expérience préalable, variable selon les cantons. Il suit une formation similaire à celle du médecin chef des secours. Elle dure donc 5 jours et donne lieu à un diplôme CEFOCA-SFG d'ambulancier chef des secours. Les titulaires du diplôme doivent suivre une formation continue pour le conserver.

L'ambulancier chef des secours est nommé par l'administration cantonale responsable de la protection de la population. Un système de garde est mis en place, afin qu'un ambulancier chef des secours puisse, dans chaque canton, intervenir à tout moment en cas d'événement majeur.

7 Il s'agit des acronymes des deux institutions délivrant, en langue française et en langue allemande, le diplôme : le centre de formation en médecine de catastrophe (CEFOCA) et la plateforme *Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis* (conduite sanitaire en cas d'événement majeur – SFG).

8 Diplôme obtenu après une formation de 3 ans dans une haute école supérieure (HES – *Fachhochschule* FH) ou dans une école spécialisée (ES – *höhere Fachschule* HF).

9 Études postdiplômes (*Nachdiplomstudiengang*).

2. LES URGENCES HOSPITALIÈRES

2.1 CADRE GÉNÉRAL

L'organisation des hôpitaux, et donc des services d'urgences (*Notfallstation*) relève des cantons. Il peut donc exister des différences d'un canton à l'autre. La Société Suisse de Médecine d'Urgence et de sauvetage a cependant émis des recommandations sur les conditions minimales d'un service d'urgence.

Tous les hôpitaux ne disposent pas d'un service d'urgence. Sur les 138 services d'urgences recensés en 2011, la très grande majorité sont implantés dans un établissement public. Les services d'urgences des cantons de Bâle-Ville, de Bâle-Campagne et du Jura se situent au sein de l'hôpital intercantonal de Bâle-Campagne (sur trois sites différents), de l'hôpital universitaire de Bâle, de l'hôpital universitaire pédiatrique de Bâle (*Universitäts-Kinderspital beider Basel*) et de l'hôpital du Jura (sur trois sites différents).

De manière générale, les services d'urgences sont ouverts 24 heures sur 24. Les patients peuvent :

- Venir de leur propre initiative ;
- Venir via les services d'ambulances (en lien avec la CASU 144) ;
- Être adressés par un médecin de garde (cf. partie 3).

2.2 ORGANISATION

En règle générale, le patient sera d'abord dirigé vers un infirmier d'accueil et d'orientation. Son rôle est de trier les patients. À cet effet, l'infirmier dispose d'une échelle de triage qui associe des symptômes à un degré d'urgence, lui-même correspondant à un délai de prise en charge. Il n'y a pas d'échelle de triage harmonisée au niveau fédéral ni au niveau cantonal. Par ailleurs, l'infirmier peut prendre en charge la douleur, sur la base de protocoles de soins.

Les services d'urgences assurent ensuite le traitement du patient (par un personnel médical qualifié), ou le transfèrent dans un autre établissement ou un autre service de l'hôpital.

À titre d'exemple, le service d'urgence de l'hôpital universitaire de Bâle se compose :

- D'une unité «*Triage*» : elle comprend la salle d'accueil et de tri, deux salles de réanimation, 26 salles d'examen;
- D'un cabinet de garde (*Notfallpraxis*), où les cas les moins graves sont traités par des médecins libéraux de garde[10];
- D'une unité d'hospitalisation de courte durée (*Bettenstation*). Après 48 heures, le patient est redirigé vers un autre service, si son état ne lui permet pas de quitter l'hôpital.

Le service d'urgence est généralement structuré comme les autres services de l'hôpital. Il dispose d'un budget propre, d'un médecin-chef et de son propre personnel soignant.

10 Cf. partie 3.2.

3. LA MÉDECINE DE GARDE

3.1 CADRE GÉNÉRAL

La médecine de garde est une des réponses à l'obligation des cantons de procurer en tout temps des soins d'urgence aux personnes en détresse. Elle assume deux types de mission :

- Répondre aux demandes de soins non programmés non vitaux ;
- Procurer des soins de premier recours aux victimes, en l'attente de l'arrivée des services d'ambulances et/ou du SMUR. Ce rôle est particulièrement important en zone rurale. À ce titre, la médecine de garde fait partie intégrante du sauvetage sanitaire.

L'organisation de la médecine de garde est déléguée par les cantons aux sociétés cantonales de médecine, qui représentent les médecins du canton. Il s'agit pour Bâle-Ville et Bâle-Campagne de la *Medizinische Gesellschaft Basel* et de l'*Ärztegesellschaft Basel-Land* et pour le canton du Jura de la Société médicale du Canton du Jura. La participation à la médecine de garde est une obligation pour l'ensemble des médecins.

Les horaires de garde varient selon les cantons, ils peuvent couvrir les horaires d'ouverture des cabinets libéraux et ne concernent pas forcément la nuit. Lorsque la médecine de garde ne couvre pas la totalité des horaires de fermeture des cabinets libéraux, ce sont les hôpitaux qui prennent en charge cette mission.

3.2 ORGANISATION

Régulation

Plusieurs centrales de régulation sont dédiées spécifiquement aux demandes de soins non programmés non vitaux. Il s'agit :

- De centrales mises en place par les sociétés cantonales de médecine. Elles sont financées à la fois par des fonds publics et les professionnels de santé. C'est le cas de la *Medizinische Notrufzentrale*, qui est présente dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne[11], et fonctionne 24 heures sur 24 ;
- Des centrales gérées par des prestataires privés. C'est le cas de SOS médecins (SOS *Ärzte*), présents dans les grandes agglomérations, dont Bâle.

Dans les deux cas, ces centrales délivrent du conseil médical et peuvent renvoyer les appelants vers les médecins de garde et/ou les services d'urgence. Elles peuvent également demander l'envoi de services d'ambulances. Elles sont chacune joignables par des numéros longs, distincts du 144. Elles s'occupent des cas non vitaux alors que les CASU 144 sont plutôt destinées à s'occuper des urgences vitales, en mobilisant les services d'ambulances.

Modalités des gardes

Dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, la médecine de garde est organisée de manière similaire. Elle est assurée 24 heures sur 24 et implique plusieurs structures :

- Un cabinet de garde (*Notfallpraxis*) dans lequel exercent des médecins généralistes. Il est implanté au sein des hôpitaux, en lien avec les services d'urgence (hôpital cantonal Bâle-campagne de Liestal, hôpital universitaire de Bâle, hôpital universitaire pédiatrique de Bâle). Les horaires varient selon les établissements, mais ne couvrent, en semaine, que la soirée (jusqu'à 23 heures). Le weekend, les cabinets de garde sont ouverts en journée et en soirée, mais là encore, seulement jusqu'à 23 heures. Ces cabinets sont gérés par les hôpitaux et la *Medizinische Notrufzentrale* (centrale d'appels des médecins de garde). Les patients peuvent :
  - S'y présenter spontanément ;
  - Y être adressés par une centrale de régulation (CASU 144, SOS Médecins, *Medizinische Notrufzentrale*) ;
  - Ou encore y être adressés par le service d'urgence, situé à proximité. Cette organisation spécifique de la médecine de garde permet de désengorger les services d'urgence des cas non-vitaux ;
- Des visites à domicile (*Hausbesuche*) de médecins de garde, décidées par la *Medizinische Notrufzentrale*. Elles sont possibles en tout temps, y compris durant la nuit ;
- SOS Médecins prend en charge, en tout temps, les urgences non vitales qui lui sont parvenues par le biais de sa propre centrale de régulation ;
- Les services d'urgence des hôpitaux (notamment ceux ne disposant pas de cabinets de garde), traitent en tout temps les urgences non vitales des patients s'étant présentés spontanément.

11 La *Medizinische Notrufzentrale* couvre les territoires de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, ainsi qu'une partie des cantons d'Argovie et de Soleure

SOURCES/LITTÉRATURE

TEXTES JURIDIQUES

- Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt, 2011.
- Gesundheitsgesetz des Kantons Basel-Stadt, 2012.
- Loi sur la protection de la population et de la protection civile du Parlement de la République et du Canton du Jura, 2006.
- Ordonnance concernant le service ambulancier dz Gouvernement de la République et du Canton du Jura, 2011.
- Ordonnance sur le Service sanitaire et coordonné du Conseil fédéral suisse, 2005.
- Vereinbarung über Dienstleistungen der Sanität Basel auf dem Gebiet des Kantons Basel-Landschaft , 2007.

ÉTUDES/RAPPORTS

- Confédération suisse, Département de l'environnement, des transports, de l´énergie et de la communication : Services d´appels d´urgences – Etat des lieux et stratégie future, 2013.
- Confédération suisse, Mandataire du conseil fédéral pour le service sanitaire coordonné SSC: Le secourisme en Suisse, 2008.
- Direktion für Gesundheit und Soziales, Staat Freiburg: Bericht über die präklinische Versorgung, 2011.
- Forum Formation professionnelle de sauvetage: Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures ; sauvetage ; ambulancière diplômée ES, ambulancier diplômé ES, 2008.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt : Grundlagenbericht zu Fakten und Finanzierung des Gesundheitswesens des Kantons Basel-Stadt, 2013.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt: Monitoring der regionalen und überregionalen Patientenströme für den Kanton Basel-Stadt, 2015.
- Lange, Karin/Obbens,Regula: Notfallversorgung im Emmental. Themenmagazin des Regionspitals Emmental, Nr. 1, 2009.
- Société Internationale de Sauvetage du Léman : Urgence sanitaire, 2011.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Rettungsdienst in der Schweiz, 2017.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren: Notfalldienst: Maßnahmen und Empfehlungen, 2006.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren: Reorganisation ärztlicher Notfalldienst, 2008.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- Ummenhofer, Wolfgang/Müller, Stefan/Bildstein, Günter: Die Sanitätsnotrufzentralen – wichtige Schaltstationen im schweizerischen Rettungswesen, Schweizerische Ärztezeitung, 2014.
- Zimmermann, Hans/Bachmann, Denis/Berger, Pascal/Diem, Konrad/Durrer, Bruno/Ummenhofer, Wolfgang: La médecine d´urgence hospitalière en mutation, Bulletin des médecins suisses, 2015.
- Zürcher, Mathias (Dr.med.)/Yersh, Bertrand (Dr.med.): Konzept der dualen Führung des Sanitätsdienstes, KSD–Bulletin, 2006.

KONTACT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / **www.trisan.org**

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonfenrez ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitendenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Mis en page et imprimé par Print Europe – www.printeurope.fr – 05/2018.

Euro Institut

Baden-Württemberg
REGIERUNGSPRÄSIDIUM KARLSRUHE

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR FAMILIE, FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ

Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Kanton Basel-Stadt

BASEL LANDSCHAFT

KANTON AARGAU

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Regio Basiliensis

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt