

SENAT DE BELGIQUE**SESSION DE 1993-1994**

8 DECEMBRE 1993

Projet de loi contenant certaines dispositions relatives à la santé publique

RAPPORT
FAIT AU NOM
DE LA COMMISSION
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT
PAR MME CREYF

La Commission de la Santé publique et de l'Environnement a consacré cinq réunions à ce projet de loi qui lui avait été transmis par la Chambre des représentants.

Il s'agit d'un projet tombé en caducité par suite de la dissolution des Chambres, le 18 octobre 1991, et qui en a été relevé par la loi du 28 mars 1992.

Ont participé aux travaux de la commission :

1. Membres effectifs : MM. Diegenant, président; Arts, Barzin, Mme Cornet d'Elzjus, MM. Cuyvers, De Meyer, Dighneef, Evrard, Mme Gijsbrechts-Horckmans, MM. Lahaye, Lenfant, Leroy, Mahoux, L. Martens, Meesters, Poulain, Swinnen, Timmermans, Vandermeulen, Mme Van der Wildt, M. Van Hooland et Mme Creyf, rapporteur.

2. Membres suppléants : MM. Daras, Pataer, Snappe et Mme Van Cleuvenbergen.

3. Autres sénateurs : MM. Bosman, Dardenne, Dierickx et Leclercq.

R. A 16191*Voir :***Document du Sénat :**

650-1 (1992-1993) : Projet transmis par la Chambre des représentants.

BELGISCHE SENAAT**ZITTING 1993-1994**

8 DECEMBER 1993

Ontwerp van wet houdende sommige bepalingen inzake volksgezondheid

VERSLAG
NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID
EN HET LEEFMILIEU
UITGEBRACHT
DOOR MEVR. CREYF

De Commissie voor de Volksgezondheid en het Leefmilieu heeft 5 vergaderingen gewijd aan dit ontwerp van wet dat door de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd overgezonden.

Het gaat hier om een wetsontwerp dat ten gevolge van de ontbinding van de Kamers op 18 oktober 1991 vervallen was en dat van verval ontheven werd door de wet van 28 maart 1992.

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

1. Vaste leden : de heren Diegenant, voorzitter, Arts, Barzin, mevr. Cornet d'Elzjus, de heren Cuyvers, De Meyer, Dighneef, Evrard, mevr. Gijsbrechts-Horckmans, de heren Lahaye, Lenfant, Leroy, Mahoux, L. Martens, Meesters, Poulain, Swinnen, Timmermans, Vandermeulen, mevr. Van der Wildt, de heer Van Hooland en mevr. Creyf, rapporteur.

2. Plaatsvervangers : de heren Daras, Pataer, Snappe en mevr. Van Cleuvenbergen.

3. Andere senatoren : de heren Bosman, Dardenne, Dierickx en Leclercq.

R. A 16191*Zie :***Gedr. St. van de Senaat :**

650-1 (1992-1993) : Ontwerp overgezonden door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.

La Chambre des représentants a adopté ce texte le 11 février 1993 par 132 voix contre 1 et 41 abstentions.

Lors de la discussion en commission du Sénat, l'attention s'est portée surtout sur le chapitre II du projet, qui concerne l'aide médicale urgente.

En réponse aux questions des commissaires, le ministre a commenté en détail sa politique en la matière.

I. EXPOSE INTRODUCTIF DE LA MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DE L'INTEGRATION SOCIALE

Le projet de loi qui vous est soumis, déposé par le gouvernement précédent, comprend une série de dispositions qui ne sont pas liées entre elles et qui visent à modifier :

— l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales;

— la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

Le présent projet traite quatre questions importantes :

1. la lutte contre la falsification d'ordonnances;
2. la création d'un conseil national des accoucheuses;
3. la qualification de certains praticiens de l'art infirmier;
4. la formation de secouriste ambulancier.

I. La lutte contre la falsification d'ordonnances

L'obligation d'une prescription spéciale pour des produits soporifiques a été reprise à l'article 1^{er} du projet, qui prévoit l'imposition d'un type de feuillet pour cette prescription.

Le but, volontairement limité, est de :

- rendre plus difficile les prescriptions réalisées à l'aide d'ordonnances volées;
- contrôler les toxicomanes;
- contrôler les prescripteurs.

On offre, en outre, la possibilité au médecin de contrôler ses patients, bien qu'il puisse déjà le faire à partir du dossier que tout médecin généraliste agréé est obligé de tenir.

Le feuillet peut aussi influencer les habitudes de prescription des médecins, puisqu'une expérience à

De Kamer van Volksvertegenwoordigers keurde het ontwerp goed op 11 februari 1993 met 132 stemmen tegen 1, bij 41 onthoudingen.

Tijdens de bespreking in de Senaatscommissie is de aandacht vooral uitgegaan naar hoofdstuk II van het wetsontwerp dat betrekking heeft op de dringende geneeskundige hulpverlening.

De Minister heeft haar beleid inzake die hulpverlening, in antwoord op vragen van commissieleden, uitvoerig toegelicht.

I. INLEIDING VAN DE MINISTER VAN MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

Het aan u voorgelegde wetsontwerp, dat nog door de vorige regering werd ingediend, bevat een aantal losstaande bepalingen die strekken tot wijziging van :

— het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies;

— de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening.

In het ontwerp komen vier belangrijke kwesties aan bod :

1. de strijd tegen de vervalsing van voorschriften;
2. de oprichting van een Nationale Raad voor de vroedvrouwen;
3. de kwalificaties van bepaalde beoefenaars van de verpleegkunde;
4. de opleiding van hulpverleners-ambulanciers.

I. De strijd tegen de vervalsing van voorschriften

Artikel 1 van het ontwerp behelst de verplichting om voor slaapmiddelen een speciaal daartoe bestemd voorschrift te gebruiken. Het artikel voorziet zelfs in een speciaal briefje voor dergelijke voorschriften.

Op die manier hoopt de Regering :

- het uitschrijven van voorschriften op gestolen briefjes te bemoeilijken;
- enige controle te verwerven op de gebruikers van verdovende middelen;
- en op degenen die ze voorschrijven.

Bovendien wordt de arts de gelegenheid geboden om zijn patiënten te controleren (hoewel hij dat nu al kan aan de hand van het dossier dat elke erkende huisarts over al zijn patiënten dient bij te houden).

Het speciaal voorschriftenbriefje kan ook de gewoonten van de artsen beïnvloeden. In New York

New York a démontré qu'en introduisant un feuillet de prescription spécial pour des benzo-diazépines, la prescription diminuait de 20 p.c. après un an.

Nos pays voisins ont développé des systèmes divers pour réaliser ce feuillet. En général, il s'agit d'un carnet composé d'ordonnances spécifiques parfois en deux, voire en trois exemplaires.

Dans l'absolu, exporter un tel système est possible, mais pose quelques problèmes pratiques.

Imposer un carnet spécifique obligerait les médecins prescripteurs à utiliser un carnet supplémentaire. En effet, celui-ci devrait être différent pour les prescriptions destinées aux assurés ordinaires de type I.N.A.M.I. et à ceux relevant de la S.N.C.B.

Aussi, dans notre contexte, la solution la plus pratique, rendue possible grâce aux techniques modernes, consiste à constituer un carnet composé de vignettes autocollantes pouvant être apposées sur chaque type d'ordonnance.

Le système pourrait être conçu de la façon suivante:

L'inspection des pharmacies met à la disposition des prescripteurs un carnet composé des vignettes autocollantes, numérotées, accompagnées de leurs doubles, mentionnant le nom du médecin et son numéro d'agrégation à l'I.N.A.M.I.

L'ensemble serait contenu dans un carnet qui comprendrait deux parties:

1. Une partie gauche (le double) qui reste dans le carnet.
2. Une partie droite (la vignette autocollante) destinée à être apposée sur l'ordonnance.

L'inspection des pharmacies serait donc responsable:

- de la production et de l'envoi des carnets;
- du contrôle des prescriptions.

Dans ce cadre, l'inspection des pharmacies pourrait se faire remettre l'original de toute ordonnance avec autocollant et la copie de tout feuillet ayant servi à prescrire le médicament défini dans le présent projet.

Le coût d'un set de vignettes, composé de l'original et du double, sera supporté par les médecins prescripteurs et se situera, d'après une première estimation, aux environs de un franc.

Le présent projet de loi confie au Roi le soin:

1. d'imposer les feuillets;
2. d'en fixer le modèle;

is uit een experiment gebleken dat de invoering van een specifiek voorschrift voor benzodiazepines ertoe heeft geleid dat het voorschrijven van een dergelijk middel in één jaar tijd met 20 pct. is gedaald.

Onze buurlanden hebben verschillende regelingen voor het gebruik van een dergelijk voorschrift uitgewerkt. Meestal betreft het een speciaal voorschriftenboekje, waarin elk voorschrift in twee of zelfs in drie exemplaren wordt opgemaakt.

We kunnen die regeling overnemen, maar dat schept een aantal praktische problemen.

Een dergelijk voorschriftenboekje zou immers verschillend moeten zijn naargelang het voorschrift bestemd is voor de gewone verzekerden van het R.I.Z.I.V. of voor de verzekerden van het N.M.B.S.-personeel.

De moderne technieken bieden daarom in ons geval een praktische oplossing in de vorm van een voorschriftenboekje met zelfklevende blaadjes die op elk soort van voorschrift kunnen worden aangebracht.

Hiervoor kan volgende regeling worden uitgewerkt:

Medici en paramedici die recepten moeten voorschrijven, ontvangen van de farmaceutische inspectie een boekje met genummerde zelfklevers en een aantal kopieën, waarop de naam van de arts en zijn erkenningsnummer bij het R.I.Z.I.V. zijn vermeld.

Elk blad van het boekje bestaat uit twee delen:

1. een linkerdeel (de kopie) dat in het boekje blijft zitten; en
2. een rechterdeel (de zelfklever) dat op het voorschrift wordt aangebracht.

De farmaceutische inspectie moet zorgen voor:

- het drukken en versturen van de boekjes; en
- voor de controle op de voorschriften.

Zo kan worden bepaald dat het origineel van elk voorschrift met zelfklever, alsmede de kopie van de blaadjes die werden gebruikt om de in het ontwerp bedoelde geneesmiddelen voor te schrijven, aan de inspectie worden teruggestuurd.

De artsen dragen de kosten voor de boekjes met zelfklevende etiketten, volgens een eerste raming ongeveer één frank.

Het voorliggende ontwerp bepaalt dat de Koning:

1. de verplichting oplegt om die blaadjes te gebruiken;
2. een standaardformulier opstelt;

3. d'arrêter la liste des substances visées;
4. de faire supporter aux médecins prescripteurs le coût de l'opération.

En ce qui concerne la liste des substances proprement dite, référence sera faite:

1. Aux produits visés dans l'arrêté royal du 31 décembre 1930, concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes. En effet, dans cet arrêté royal, toutes les substances morphiniques commercialisées en Belgique ou non sont répertoriées.

2. Aux substances reprises dans l'arrêté royal du 2 décembre 1988 réglementant certaines substances psychotropes, comme les stimulants, dont on abuse fréquemment en Belgique.

Ne seraient par contre pas soumis à une prescription spécifique: les calmants, somnifères, neuroleptiques et autres anti-dépresseurs.

Cela constitue un projet; il reste bien sûr à le finaliser dans un texte qui reste à concevoir dans la forme, avec l'avis de la Commission d'enregistrement.

II. Le Conseil national des accoucheuses

A la suite de la constitution du Conseil national des professions paramédicales par l'arrêté royal du 21 décembre 1989 (*Moniteur belge* du 3 février 1990) et en vertu des dispositions de l'article 50, §2, de l'arrêté royal n° 78, le Conseil supérieur du nursing est abrogé. Aussi, il devient urgent de recréer une instance d'avis pour les accoucheuses: instance prévue dans l'article 6 du présent projet.

En ce qui concerne les puéricultrices, également privées d'une instance de représentation, il est envisagé d'ores et déjà, suivant ainsi l'avis rendu par le Conseil d'Etat, de les intégrer dans le Conseil national des professions paramédicales.

III. La reconnaissance des activités des personnes qui ne satisfont pas aux conditions de qualification des praticiens de l'art infirmier

L'arrêté royal du 18 juin 1990 (*Moniteur belge* du 26 juillet 1990) fixe, au 1^{er} septembre 1990, l'entrée en vigueur de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et les conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Or, le point de l'annexe III de ce même arrêté fait référence à l'article 54bis de l'arrêté royal n° 78.

3. de la liste van de beoogde produkten bepaalt; en
4. de regels vaststelt voor de betaling van een bijdrage door de artsen.

Voor de stoffen op deze lijst zal worden verwezen naar:

1. het koninklijk besluit van 31 december 1930 omtrent de handel in slaap- en verdovende middelen. In dat besluit worden alle morfinestoffen opgesomd die al dan niet in België worden verhandeld;

2. het koninklijk besluit van 2 december 1988 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen, waarin bijvoorbeeld een lijst staat van de stimulerende middelen, waarvan het verbruik te hoog ligt in België.

Kalmeermiddelen, slaapmiddelen, zenuwstillende middelen en andere antidepressiva worden evenwel niet onderworpen aan een specifiek voorschrift.

Dit ontwerp moet natuurlijk nog in een definitieve vorm worden gegoten, waarvoor het advies van de Registratiecommissie zal worden gevraagd.

II. De Nationale Raad voor de vroedvrouwen

Als gevolg van de oprichting van de Nationale Raad van Paramedische beroepen bij koninklijk besluit van 21 december 1989 (*Belgisch Staatsblad* van 3 februari 1990) en overeenkomstig de bepalingen van artikel 50, § 2, van voornoemd koninklijk besluit nr. 78 werd de Hoge Raad voor de Nursing opgeheven. Het is dan ook de hoogste tijd dat opnieuw een adviesorgaan voor vroedvrouwen wordt ingesteld. Artikel 6 van het ontwerp voorziet daarin.

Voorts wordt overwogen de kinderverzorgsters, voor wie evenmin een representatief orgaan bestaat, overeenkomstig het advies van de Raad van State op te nemen in de Nationale Raad van Paramedische Beroepen.

III. De erkenning van de activiteiten van personen die niet voldoen aan de beroepsvereisten voor verpleegkundigen

Met ingang van 1 september 1990 is het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen (*Belgisch Staatsblad* van 26 juli 1990), in werking getreden.

In bijlage III van dat besluit wordt evenwel naar artikel 54bis van het bovengenoemde koninklijk besluit nr. 78 verwezen.

Il convient donc d'harmoniser les dates de référence à partir desquelles les personnes qui ne satisfont pas aux conditions de qualification prévues dans l'arrêté royal du 18 juin 1990, mais qui ont été occupées, pendant au moins trois ans, dans un établissement de soins, peuvent continuer à exercer dans les mêmes conditions. La date de référence unique sera dorénavant le 1^{er} septembre 1990.

De plus, comme il appartient au Roi de fixer les modalités d'application de cet article, un projet d'arrêté royal définissant et organisant la procédure de reconnaissance auprès des commissions médicales provinciales vient d'être transmis pour avis au Conseil d'Etat.

Cette procédure, attendue depuis longtemps par le secteur, permettra, enfin, aux personnes non qualifiées mais présentant une expérience utile, de continuer à pratiquer les actes infirmiers qu'elles effectuaient avant la publication de l'arrêté royal énumérant les actes.

Vu la réforme de l'Etat et suite notamment à la communautarisation de l'enseignement, il convient d'actualiser certains articles de l'arrêté royal n° 78.

En effet, cet arrêté royal institue différentes instances consultatives telles le « Conseil national de l'art infirmier » et le « Conseil national des professions paramédicales ».

Or, le législateur de 1967 a prévu, dans la mouture initiale de cet arrêté, que deux fonctionnaires représentent les ministres qui ont l'Education nationale dans leurs attributions.

Dorénavant, ces fonctionnaires seront au nombre de trois, représentant ainsi chaque Communauté; ils seront nommés sur la proposition du ministre dont ils relèvent.

Enfin, l'article 4 vise à combler une lacune en fixant la durée des mandats des membres de la Commission technique de l'art infirmier.

Il sera ainsi possible de pourvoir au remplacement de certains membres retraités, éloignés de la profession, depuis longtemps inactifs ou absents et de rendre, à cette Commission, la vitalité voulue.

Je suis parfaitement consciente que ces modifications de l'arrêté royal n° 78 sont mineures et qu'une réforme plus en profondeur serait nécessaire.

De nombreuses propositions de loi ou simples suggestions parviennent régulièrement à mon département à propos de telle profession ou de tel secteur.

Het is dan ook wenselijk de data gelijk te stellen vanaf wanneer de personen die niet voldoen aan de beroepsvereisten bepaald in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 maar die ten minste drie jaar in een medische instelling hebben gewerkt, hun activiteiten onder dezelfde voorwaarden mogen voortzetten. Voortaan wordt als enige datum 1 september 1990 gehanteerd.

Bovendien komt het de Koning toe de uitvoeringsbepalingen van dit artikel vast te stellen; een koninklijk besluit tot regeling van de erkenningsprocedure in de provinciale medische commissies is onlangs voor advies overgezonden aan de Raad van State.

Deze procedure, die sedert geruime tijd door de sector verwacht werd, zal degenen die niet aan de beroepsvereisten voldoen maar wel over nuttige beroepservaring beschikken, in staat stellen om de verpleegkundige activiteiten die zij vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit uitoefenden, voort te zetten.

Rekening houdend met de Staatshervorming en met name ingevolge de toewijzing van de onderwijsbevoegdheden aan de Gemeenschappen, dienen sommige artikelen van het bovengenoemde koninklijk besluit nr. 78 bijgesteld te worden.

Overeenkomstig dat koninklijk besluit worden immers een aantal adviesinstanties, zoals de Nationale Raad van Verpleegkunde en de Nationale Raad van Paramedische Beroepen in het leven geroepen.

In 1967 heeft de wetgever in het oorspronkelijk koninklijk besluit evenwel bepaald dat twee ambtenaren zullen optreden als vertegenwoordiger van de ministers die bevoegd zijn voor Nationale Opvoeding.

Voortaan zal dit aantal tot drie worden verhoogd, te weten één vertegenwoordiger per Gemeenschap. De betrokken ambtenaren worden benoemd op voordracht van de minister onder wiens gezag zij staan.

Ten slotte beoogt artikel 4 een leemte aan te vullen door de duur van het mandaat van de leden van de Technische Commissie voor de Verpleegkunde vast te stellen.

Aldus kan worden voorzien in de vervanging van sommige gepensioneerde leden die niet langer voeling met het beroep hebben of die sinds geruime tijd inactief of afwezig zijn, en kan de Commissie nieuw leven worden ingeblazen.

De Minister is er zich volledig van bewust dat de wijzigingen in het koninklijk besluit nr. 78 miniem zijn en dat een grondiger hervorming aangewezen is.

Haar departement ontvangt geregeld tal van wetsvoorstellen of gewone suggesties in verband met een of ander beroep of een of andere sector. In dit verband

Dans le contexte, il m'est difficile d'envisager une solution pour certains et pas pour d'autres, ce serait injuste.

De plus, je suis confrontée, comme l'ensemble de mes collègues, à la radioscopie de la fonction publique; donc dans la gestion de mon département, je dois tenir compte de l'ensemble de ces éléments et il ne m'est pas possible de créer un nombre infini de conseils, d'instances de représentation.

Aussi, par souci de cohérence, mais également consciente qu'il y a lieu d'actualiser encore l'arrêté royal n° 78, qui date, je le rappelle, de 1967, avec une vision des choses, une hiérarchie et une organisation datant des années 60, je souhaiterais pouvoir revoir plus en profondeur cet arrêté royal, d'autant que sa validité est régulièrement contestée.

Je souhaiterais avancer dans cette matière et en tout cas apporter des solutions, mais dans la cohérence voulue et nécessaire pour le secteur.

IV. La formation du secouriste ambulancier

La formation de l'ambulancier est une condition nécessaire au fonctionnement efficace de l'aide médicale urgente. Le présent projet fait, de cette formation, une condition d'accès à la profession d'ambulancier au moins dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Ceci ne concerne donc pas directement l'organisation, ou la réglementation de l'aide médicale urgente, ni l'organisation d'un enseignement qui aboutit à un titre académique, ce dernier point relevant bien sûr de la compétence des Communautés.

On a beau organiser et perfectionner les services d'urgence dans les hôpitaux, améliorer la qualité technique de l'équipement et réduire les temps d'intervention, certaines lacunes, dans la formation des ambulanciers, auront toujours des conséquences néfastes dans la qualité de leur travail.

Le problème est important car il concerne tous les citoyens. Chacun de nous est, en effet, susceptible de dépendre de l'efficacité et du professionnalisme des ambulanciers à tout moment de la vie de tous les jours.

Bien sûr, les hôpitaux et leurs services d'urgence s'équipent de véhicules médicaux d'urgence et de réanimation dans lesquels des médecins réanimateurs prennent place.

Bien sûr, certains s'équipent de voitures avec médecin à bord aptes à rejoindre les ambulances sur place ou à les précéder.

is het moeilijk een oplossing voor te stellen voor de enen en niet voor de anderen; dat zou onrechtvaardig zijn.

Bovendien moet de minister, zoals al haar collega's, rekening houden met de doorlichting van het overheidsambt. In het beheer van haar departement moet zij dus al deze elementen in aanmerking nemen en het is dan ook niet mogelijk een onbeperkt aantal raden of representatieve organen op te richten.

Enerzijds wil de Minister een samenhangende oplossing, maar anderzijds is zij er zich ook van bewust dat het koninklijk besluit nr. 78 nog bijgesteld dient te worden, een koninklijk besluit dat overigens van 1967 dateert, en waarin een visie, een hiërarchie en een organisatie van de jaren zestig vervat liggen. De Minister streeft naar een grondige herziening van dat koninklijk besluit, te meer omdat er regelmatig betwisting ontstaat omtrent zijn geldigheid.

Zij wenst in deze materie vooruitgang te boeken en in elk geval oplossingen aan te reiken, maar binnen de samenhang die voor de sector gewenst en vereist is.

IV. De opleiding van hulpverleners-ambulanciers

Wil men een doeltreffende dringende geneeskundige hulpverlening, dan is het absoluut noodzakelijk dat de ambulanciers een opleiding genieten. In het ter bespreking liggende ontwerp wordt deze opleiding een voorwaarde om toegang te krijgen tot het beroep van ambulancier, tenminste wanneer die wordt ingezet voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Het ontwerp heeft dus niet onmiddellijk betrekking op de organisatie of de reglementering van de dringende geneeskundige hulpverlening en evenmin op de organisatie van het onderwijs dat tot een academische graad leidt, want dat punt valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ook al organiseert en verfijnt men de spoedopname in de ziekenhuizen, verbetert men de technische kwaliteit van de uitrusting en vermindert men de interventietijd, toch zullen bepaalde tekorten in de opleiding van de ambulanciers altijd nefaste gevolgen blijven hebben voor de kwaliteit van hun werk.

Dat is een belangrijk probleem, aangezien het elke burger aanbelangt. Het kan ieder van ons om het even wanneer overkomen dat we afhankelijk worden van de doeltreffendheid en de vakbekwaamheid van de ambulanciers.

Ziekenhuizen en spoedopnames beschikken tegenwoordig natuurlijk over ziekenwagens en reanimatievoertuigen waarin artsen-reanimatoren meerijden.

Bepaalde ziekenhuizen zetten artsen in die per auto de ambulances voorafgaan of ter plaatse versterking brengen.

Néanmoins, ces véhicules sont trop peu nombreux pour couvrir seuls le territoire belge. Leur sortie est réservée aux cas graves, c'est-à-dire lorsqu'au moment de l'appel, il apparaît qu'un médecin est nécessaire sur place.

Dans tous les autres cas, y compris ceux où la gravité a échappé à la personne qui demande les secours, ce sont des ambulances qui arrivent sur place et les ambulanciers qui assurent le transport de la victime vers un service d'urgence.

Actuellement et compte tenu des moyens, la sortie de l'ambulance est la règle générale et la sortie d'un véhicule avec médecin, l'exception.

Compte tenu, d'une part, de la grande différence d'aide que peut apporter un véhicule médicalisé et celle que peut apporter une ambulance et, d'autre part, du nombre important de courses effectuées par les ambulances, il convient d'améliorer la formation des ambulanciers.

A cet égard, vous devez savoir, pour mieux apprécier la situation, que certains ambulanciers en service ont eu, pour toute formation, 20 heures de secourisme sans plus. D'autres se sont un peu formés complétement et de façon bénévole ou avec l'appui d'organismes, par exemple la Croix-Rouge. Récemment, une circulaire de l'administration a recommandé une formation de 60 heures.

A l'heure où un policier suit 900 heures de cours avant d'être stagiaire et où un sapeur-pompier suit 110 heures, il convient d'accroître la formation des ambulanciers en quantité et en qualité.

Dans un contexte budgétaire difficile, le Gouvernement a dégagé 60 millions en année pleine pour cette formation et 30 millions pour 1993 puisque celle-ci ne sera organisée que sur une demi-année, compte tenu du délai d'aboutissement des textes légaux. De plus, un droit d'inscription sera demandé au candidat.

Le présent projet prévoit la formation des ambulanciers dans les provinces. A cet effet, dix centres de formation sont d'ores et déjà prévus pour le pays.

Les provinces sont dans ce contexte envisagées comme une entité géographique et non institutionnelle. De plus, il existe souvent sur leur territoire une expérience importante de formation, y compris celle d'agents communaux, provinciaux ou des services de sécurité tels que la police, les pompiers... De plus, elles constituent un niveau de décentralisation qui est déjà utilisé par le Ministère de l'Intérieur. Le cas échéant, elles pourront, si elles le souhaitent, concevoir elles-mêmes l'enseignement de façon décentralisée pour tenir compte des expériences actuellement acquises.

Men beschikt echter over te weinig voertuigen om het hele Belgische grondgebied te bestrijken. Ze worden alleen ingezet voor ernstige gevallen en wel wanneer op het ogenblik van de oproep blijkt dat er een arts ter plaatse nodig is.

In de andere gevallen, dus ook wanneer de persoon die de hulpdiensten heeft opgebeld, de ernst van het geval niet heeft ingezien, wordt een ziekenwagen gestuurd met alleen ambulanciers aan boord. Die zorgen dan voor het vervoer naar een spoedgeval-lendienst.

We kunnen dus besluiten dat het sturen van een ambulance de regel is, en het sturen van een voertuig met een arts de uitzondering. Dat heeft alles te maken met de beschikbare middelen.

Gelet op enerzijds de grote meerwaarde van de hulp die wordt geboden door een voertuig met een arts aan boord, vergeleken met de hulp geboden door een ziekenwagen, en anderzijds op het grote aantal ritten dat door ziekenwagens wordt uitgevoerd, moet de opleiding van de ambulanciers worden verbeterd.

Om de situatie juist te kunnen inschatten, moet men weten dat bepaalde dienstdoende ambulanciers als opleiding niet meer dan twintig uur E.H.B.O. gevolgd hebben. Anderen hebben vrijwillig of met de steun van organisaties als het Rode Kruis een aanvullende opleiding gevolgd. Onlangs werd in een omzendbrief van de administratie een opleiding van zestig uur aanbevolen.

Een politiemann volgt 900 uur cursus vóór hij stagiair wordt. Een brandweerman volgt 110 uur les. Bijgevolg is een verbetering van de opleiding van de ambulanciers, zowel in kwaliteit als in kwantiteit, absoluut noodzakelijk.

Op het ogenblik dat de Regering af te rekenen heeft met budgettaire moeilijkheden, heeft ze voor die opleiding op jaarbasis 60 miljoen frank uitgetrokken en 30 miljoen voor 1993, aangezien de opleiding slechts over zes maanden wordt georganiseerd, gelet op de termijn die nodig is om de wetteksten uitwerking te doen krijgen. Voorts zal van de kandidaat inschrijvingsgeld gevraagd worden.

Het voorliggende ontwerp regelt de opleiding van de ambulanciers in de provincies. Voor het hele land zijn derhalve tien opleidingscentra nodig.

De provincies moeten in dit verband gezien worden als een geografische en niet als een institutionele eenheid. Zij hebben bovendien heel wat ervaring met de beroepsopleiding van het gemeente-, provincie- en veiligheidspersoneel (zoals politie of brandweer). Bovendien passen die provincies in een gedecentraliseerd bestuur, dat nu al door het Ministerie van Binnenlandse Zaken wordt toegepast. De provincies zelf mogen het onderwijs gedecentraliseerd opvatten, waarbij de opgedane ervaring aldus kan meespelen.

A cet égard, je souhaite la plus grande souplesse.

En outre, il ne faut pas non plus ignorer que les pompiers, qui dépendent du Ministère de l'Intérieur, assurent la majorité des courses dans le cadre de l'aide médicale urgente. J'envisage donc de calquer le mode d'organisation des cours de formation sur celui utilisé par le Ministère de l'Intérieur pour les services de sécurité qui en dépendent. Dans le cas présent, ce sera bien sûr le Ministère de la Santé publique qui agréera les écoles.

En ce qui concerne la formation proprement dite, elle comprendra environ 150 heures de formation et constituera une condition d'accès à la formation d'ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Cette formation devrait permettre une meilleure assistance aux victimes en toutes circonstances, mais aussi aux ambulanciers d'utiliser un matériel plus sophistiqué, autre que celui qu'ils peuvent utiliser actuellement, et ce, sans risque.

En tout cas, cet enseignement devrait au moins faire disparaître une série de lacunes importantes que l'on constate souvent trop tard dans les services d'urgence des hôpitaux.

Encore aujourd'hui, trop de gestes sauveteurs élémentaires sont parfois ignorés. Je ne donnerai pas d'exemple: tout cela appartiendra bientôt au passé et je ne voudrais pas critiquer des personnes qui ont décidé de consacrer leur activité à sauver leur prochain, dans des conditions difficiles avec les malades qui résultent d'un manque de formation.

Des formations de recyclage devront également exister et, dans le cadre de l'agrégation des écoles, je veillerai à ce que cette possibilité figure dans les statuts de chacune.

De même, je serai attentive à agréer des écoles qui non seulement assurent une formation technique poussée mais s'associent aussi le concours des professeurs les plus qualifiés provenant des différentes professions qui collaborent à l'aide médicale urgente.

De même, j'insisterai pour que les différents acteurs de l'aide médicale urgente soient associés dans les provinces à la conception pédagogique de l'enseignement. Sur la forme, je laisserai bien sûr le choix aux écoles.

Un dernier point à noter est l'existence, dans le projet, de deux mesures transitoires qui permettront aux ambulanciers en fonction de régulariser leur situation par le recyclage par exemple.

De Minister is in dit verband voorstander van een zo groot mogelijke soepelheid.

Bovendien mag men niet uit het oog verliezen dat de brandweer, die onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken ressorteert, de meeste ritten voor dringende geneeskundige hulpverlening op zich neemt. De Minister overweegt de organisatie van de opleiding af te stemmen om die welke het Ministerie van Binnenlandse Zaken al toepast voor de veiligheidsdiensten die van het Ministerie afhangen. In dit geval zal uiteraard het Ministerie van Volksgezondheid de scholen erkennen.

De opleiding zelf duurt ongeveer 150 uur en de voltooiing ervan is een van de toelatingsvoorwaarden tot het beroep van ambulancier voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Die opleiding strekt ertoe onder alle omstandigheden een betere hulpverlening aan de slachtoffers mogelijk te maken en de ambulanciers te leren hoe zij zonder gevaar geavanceerder materiaal kunnen gebruiken dan tot nu toe het geval was.

De opleiding wil in elk geval een aantal belangrijke gebreken wegwerken die in de diensten voor spoedopname van de ziekenhuizen vaak te laat worden vastgesteld.

Ook vandaag nog worden elementaire levensreddende handelingen over het hoofd gezien. De Minister wil geen voorbeelden geven, aangezien die zaken toch snel tot het verleden zullen behoren en zij geen kritiek wil uitoefenen op mensen die zich onder moeilijke omstandigheden wijden aan de redding van hun medemens en daarbij door een gebrek aan opleiding bepaalde fouten begaan.

Ook moeten bijscholing worden georganiseerd, en de Minister zal er in het kader van de erkenning van de scholen voor zorgen dat de statuten in die mogelijkheid voorzien.

Zij zal er trouwens op toezien dat de scholen die zij erkent, niet alleen een doorgedreven technische opleiding verschaffen, maar dat ze bekwame leraren in dienst nemen uit de verschillende beroepen die werkzaam zijn in de dringende geneeskundige hulpverlening.

De Minister dringt er voorts op aan dat de verschillende medewerkers van de diensten voor dringende geneeskundige hulp worden betrokken bij de pedagogische onderbouwing van het onderwijs in de provincies. De keuze van de onderwijsvorm laat zij aan de scholen over.

Een laatste belangrijk punt zijn de twee overgangsbepalingen van het ontwerp volgens welke de dienstdoende ambulanciers over een bepaalde termijn beschikken om hun situatie door bijvoorbeeld bijscholing te regulariseren.

Par ailleurs, à titre exceptionnel et seulement pour quelques intervenants plus âgés, mais en fonction depuis longtemps, il est prévu de leur laisser achever leur carrière sans le brevet.

Je demanderai, par ailleurs, aux écoles de prévoir un recyclage pour ces personnes qui servent l'aide médicale urgente depuis si longtemps.

J'espère que cette partie du projet de loi permettra de constituer un début de formation professionnelle indispensable, qui sera régulièrement actualisée par l'expérience pratique et en fonction des futurs besoins, mais aussi grâce aux moyens que l'on décidera d'y consacrer.

Pour les points qui précèdent et dont la portée est beaucoup plus limitée, je vous demanderai d'approuver les modifications de pure forme qui vous sont proposées, afin de permettre la continuité d'un fonctionnement des établissements cités et des procédures évoquées.

II. DISCUSSION GENERALE

1. Modification de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967

Un commissaire constate que le projet modifie notamment l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. A la Chambre, la ministre a déclaré qu'un projet de loi adaptant l'arrêté royal précité serait déposé à l'automne 1993. L'intervenant espère que cette adaptation concernera également la kinésithérapie.

— *Art infirmier et professions paramédicales*

Une membre constate que l'on crée un Conseil national des accoucheuses. Ce Conseil répond à une nécessité parce que, depuis 1989, après la suppression du Conseil supérieur du nursing, il n'existe plus d'organe consultatif pour les accoucheuses.

L'intervenante croit savoir, en outre, que l'on fixerait des conditions minimum pour les professions soignantes. Elle trouve qu'il faut éviter en tout cas une dépréciation qualitative de ces professions: il s'agit de personnes qui s'occupent de malades.

En ce qui concerne les revendications professionnelles du personnel infirmier, des mesures transitoires sont prévues. Ces mesures concernent-elles des personnes ayant une qualification qui ne correspond plus aux exigences posées au personnel soignant ou concernent-elles le personnel soignant en général?

Sommige oudere personen die reeds lange tijd in dienst zijn, kunnen hun loopbaan bovendien uitzonderlijk beëindigen zonder het brevet.

De Minister vraagt evenwel aan de scholen om te voorzien in een bijscholing voor de personen die reeds lange tijd dringende geneeskundige hulp verlenen.

De Minister hoopt trouwens dat dit gedeelte van het ontwerp de aanzet zal geven tot een noodzakelijke beroepsopleiding en dat het op basis van de praktijkervaring mogelijk zal worden de opleiding bij te sturen naar gelang van de behoeften en ook de middelen die men er wenst aan te besteden.

Voor de voorgaande punten die een veel beperktere draagwijdte hebben, worden de leden verzocht de voorgestelde wijzigingen goed te keuren zodat de continuïteit van de vermelden instellingen en procedures gewaarborgd blijft.

II. ALGEMENE BESPREKING

1. Wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967

Een commissielid constateert dat het ontwerp o.m. het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde en de paramedische beroepen wijzigt. In de Kamer heeft de Minister verklaard dat in het najaar van 1993 een ontwerp van wet zou worden ingediend tot aanpassing van bovengenoemd koninklijk besluit. Het lid hoopt dat die aanpassing ook betrekking zal hebben op de kinesithérapie.

— *Verpleegkunde en paramedische beroepen*

Een lid merkt op dat er een Nationale Raad voor de vroedvrouwen wordt opgericht. Die Raad is noodzakelijk omdat er sedert 1989, toen de Hoge Raad voor de nursing werd afgeschaft, geen adviesorgaan meer is voor de vroedvrouwen.

Het lid meent voorts te weten dat minimumvoorwaarden zouden worden bepaald voor de beroepen van verzorgenden. Het lid vindt dat een kwalitatieve depreciatie van die beroepen — het gaat immers om personen die met zieken omgaan — alleszins moet worden vermeden.

Wat de beroepseisen voor verpleegkundigen betreft, wordt voorzien in overgangsmaatregelen. Slaan die maatregelen op personen die een kwalificatie hebben welke thans niet meer overeenstemt met de aan verplegenden gestelde eisen of slaan zij op verzorgenden in het algemeen?

Enfin, l'intervenante demande si des mesures sont également prévues pour les puéricultrices.

Le préopinant souligne encore que l'on propose, à la suite de la suppression du Conseil du nursing, de confier la défense des intérêts des puéricultrices au Conseil des professions paramédicales. Cela exige un arrêté royal. Cet arrêté est-il en préparation?

— *Utilisation de feuillets spéciaux pour la prescription de substances soporifiques et stupéfiantes*

Un commissaire estime que l'imposition d'un feuillet spécial pour la prescription de substances soporifiques et stupéfiantes ne changera pas fondamentalement les choses. La mesure constitue de toute façon un travail supplémentaire pour le médecin et la routine aidant, les feuillets seront remplis comme d'autres formulaires. Il faut, selon le commissaire, éduquer le public et non pas surcharger les différentes professions.

Un autre commissaire, qui approuve l'obligation d'identification de la prescription, demande si une extension de cette mesure est possible aux produits tranquillisants comme la diazépine et assimilés.

Dans sa réponse, la ministre tient tout d'abord à préciser que la portée du projet de loi est limitée; il ne prétend pas en effet résoudre l'ensemble des problèmes sous-jacents et a fait l'objet en son temps de nombreuses discussions et d'accords, puisqu'il était considéré comme prioritaire.

Les modifications proposées à l'arrêté royal n° 78 relatif à l'art de guérir sont effectivement bien modestes en comparaison avec ses objectifs généraux et les mutations enregistrées dans ce secteur depuis 1967, et ce, malgré quelques adaptations successives.

Cependant, quelques modifications mineures permettront d'adapter le texte à la réforme de nos institutions et, ponctuellement, de régler des problèmes pratiques et administratifs sur lesquels toutes les parties en présence sont d'accord. Ceci permettra aux instances en place de continuer à jouer leur rôle, et ce, sans rien modifier fondamentalement.

En ce qui concerne la reconnaissance du personnel soignant en fonction mais ne présentant pas les qualifications requises, le but n'est bien sûr pas d'hypothéquer la qualité des soins dispensés ou de promouvoir du personnel sous-qualifié. Cependant, l'article 54bis, permettant de reconnaître certaines situations acquises, existe. Il faut donc l'appliquer et veiller à la cohérence de l'ensemble des textes. Dans sa mouture actuelle, la date de référence pour pouvoir

Het lid vraagt ten slotte of er ook maatregelen worden voorzien in verband met de kinderverzorgenden.

De eerste spreker wijst er nog op dat, door het wegvallen van de Raad voor de nursing, voorgesteld wordt de belangen van de kinderverzorgenden te laten behartigen door de Raad voor de paramedische beroepen. Daarvoor is een koninklijk besluit nodig. Wordt dit besluit voorbereid?

— *Gebruik van speciale voorschriftenbriefjes voor slaapmiddelen en verdovende middelen*

Volgens een lid zal het verplicht gebruik van speciale voorschriftenbriefjes inzake slaapmiddelen en verdovende middelen fundamenteel niet veel veranderen. Voor de artsen betekent dat hoe dan ook meer werk en door de routine zullen zij ertoe komen die briefjes in te vullen zoals alle andere formulieren. Het lid meent dat men in dit geval het publiek moet opvoeden en niet de beoefenaars van de verschillende beroepen nog eens extra belasten.

Een ander lid is het eens met de identificatieplicht op het voorschriftenbriefje en vraagt die maatregel zo mogelijk uit te breiden tot andere kalmeermiddelen zoals diazépine en daarmee gelijkgestelde producten.

In haar antwoord wijst de Minister erop dat de strekking van het ontwerp niet zo ruim is. Het wil immers niet alle onderliggende problemen oplossen en bovendien is het destijds na talloze besprekingen en akkoorden tot stand gekomen, omdat het als van eerste urgentie werd beschouwd.

De voorgestelde wijzigingen van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst blijven inderdaad vrij bescheiden in vergelijking met de algemene doelstellingen die het vooropstelt en de veranderingen die zich sinds 1967 in de sector hebben voorgedaan, en dat ondanks de enkele aanpassingen die in de loop der jaren zijn aangebracht.

Met enkele kleine wijzigingen kan men evenwel de tekst aanpassen aan onze hervormde instellingen en voor ieder specifiek geval praktische en administratieve problemen regelen waarover alle betrokken partijen het eens zijn. Zo kunnen de bestaande instellingen hun taak verder uitoefenen zonder fundamentele wijzigingen te moeten aanbrengen.

Wat de erkenning betreft van het verzorgend personeel dat thans in dienst is, doch niet over de vereiste kwalificaties beschikt, ligt het uiteraard geenszins in de bedoeling de kwaliteit van de verzorging in gevaar te brengen of de werving van te laag geschoold personeel te bevorderen. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat er een artikel 54bis bestaat waarmee men bepaalde verkregen rechten kan erkennen. Men moet het dus toepassen en toezien op de samenhang van de

prétendre à la reconnaissance des situations acquises est le 1^{er} janvier 1986; or la liste des actes infirmiers est d'application depuis le 1^{er} septembre 1990. Il y a donc lieu de mettre ces dates en concordance pour permettre au personnel visé d'obtenir la reconnaissance voulue.

Clarifier une telle procédure permet de garantir des soins de qualité plutôt que de les hypothéquer. En effet, actuellement, dans ce domaine il existe une partie du personnel n'offrant que peu de garantie. De plus, la portée de l'article 54bis est limitée « à continuer les mêmes activités dans les mêmes conditions ». Il n'est donc pas possible d'étendre les activités de ce personnel à d'autres activités. De plus, l'I.N.A.M.I. n'accordera aucun numéro d'agrément à ce personnel qui n'aura donc jamais accès aux nomenclatures de soins.

En ce qui concerne les puéricultrices, un simple arrêté royal désignant les membres permettra d'intégrer cette discipline au sein du Conseil national mais également à la Commission technique des professions paramédicales. Cela permettra à terme de leur accorder un statut de base, mais également de prévoir des spécialisations, puisque l'arrêté royal n° 78 le prévoit maintenant.

Cet arrêté royal date de 1967, avec une vision des choses qui date d'une époque quelque peu révolue. En effet, les progrès de la médecine, des techniques médicales et l'évolution des relations entre les prestataires de soins ont évolué depuis. Les adaptations s'imposent donc! Néanmoins, ceci n'hypothèque pas le travail des conseils, commissions et autres instances en place.

En revenant au problème des paramédicaux, notamment pour réaliser le lien avec les ambulanciers, la ministre signale encore que de nombreux groupes de travail, de sections techniques sont en place et travaillent à telle enseigne que deux professions ont terminé leur travail:

- les technologues de laboratoires;
- les prothésistes-orthopédistes-bandagistes.

Dès parution de leur statut et des listes d'actes au *Moniteur belge*, ils seront définis et protégés. D'après des récents contacts, les autres professions suivent, notamment le groupe de travail consacré au «transport de patient», aux ambulanciers.

Pour ce qui est de la prescription des substances psychotropes et stupéfiants, la ministre peut observer que la mesure proposée vise, d'une part, à lutter contre le danger de falsification qui est réel et, d'autre

teksten. Bij de huidige stand van zaken geldt 1 januari 1986 als referentiedatum om aanspraak te maken op erkenning van de verkregen rechten. De lijst met de verpleegkundige handelingen is echter van toepassing sedert 1 september 1990. Die data moeten dus met elkaar in overeenstemming worden gebracht opdat het betrokken personeel die erkenning kan verkrijgen.

Maakt men de procedure doorzichtiger, dan zal men een goede verzorging waarborgen eerder dan in gevaar brengen. Een deel van de personeelsleden van de verzorgende beroepen biedt thans immers maar weinig waarborgen. Daar komt nog bij dat artikel 54bis alleen handelt over «dezelfde werkzaamheden blijven verrichten onder dezelfde voorwaarden». Men kan de activiteiten van dat personeel dus niet verruimen. Daarenboven zal het R.I.Z.I.V. aan dat personeel nooit een erkenningsnummer toekennen zodat het nooit toegang krijgt tot de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging.

Wat de kinderverzorgsters betreft, kan men met een gewoon koninklijk besluit dat de leden aanwijst, dat specialisme opnemen niet alleen in de Nationale Raad maar ook in de Technische Commissie voor de paramedische beroepen. Op termijn biedt dat de mogelijkheid hun een basisstatuut te verlenen en tevens specialisaties in te voeren, aangezien het koninklijk besluit nr. 78 daarin nu voorziet.

Dit koninklijk besluit stamt uit 1967 en de visie waarvan het blijkt geeft, is uiteraard wat achterhaald. Sedertdien hebben de geneeskunde en de medische technieken heel wat vooruitgang geboekt en zijn de betrekkingen tussen de medische hulpverleners veranderd. Aanpassingen waren dus nodig! Dat alles raakt evenwel niet aan de werkzaamheden van de raden, commissies en andere bestaande instellingen.

Om terug te komen op het probleem van de paramedici, onder meer om de link naar de ambulanciers tot stand te brengen, wijst de Minister er nog op dat er reeds tal van werkgroepen en technische secties bestaan en functioneren, zodat reeds twee beroepen hun taak hebben beëindigd:

- de laboranten;
- de prothesenmakers-orthopedisten-bandagisten.

Zodra hun statuut en de lijst van de handelingen in het *Belgisch Staatsblad* verschenen zijn, vallen zij onder een wetsbepaling en is hun beroep beschermd. Volgens recente contacten zullen er nog andere beroepen volgen, zo is er onder meer de werkgroep «patiëntenvervoer», die zich met de ambulanciers bezighoudt.

In verband met de voorschriften voor psychotrope stoffen en verdovende middelen merkt de Minister op dat de voorgestelde maatregel tot doel heeft de vervaling van voorschriften die zeer reëel is, te bestrijden en

part, à rappeler systématiquement aux prescripteurs que les substances visées, par une ordonnance spécifique, sont dangereuses ou peuvent conduire à certaines dépendances.

Les statistiques le montrent, l'abus des médicaments est dans notre pays bien réel et en particulier celui des benzodiazépines, un des plus élevés d'Europe.

De plus, l'utilisation de systèmes similaires dans d'autres pays a montré que l'effet dissuasif était certain. Il mérite donc d'être utilisé chez nous.

Comme il a été exposé dans l'introduction, la liste des substances visées n'est pas arrêtée, mais référence sera faite aux produits visés dans l'arrêté royal du 31 décembre 1930, concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes ainsi qu'aux substances reprises à l'arrêté royal du 2 décembre 1988 réglementant certaines substances psychotropes. Il est clair que, pour composer cette liste, il sera fait appel aux spécialistes, notamment ceux siégeant à la commission d'enregistrement des médicaments, instance regroupant les principaux scientifiques spécialistes en la matière, issus pour la plupart de toutes nos universités.

La ministre admet que la mesure proposée pourrait être étendue à d'autres produits.

La ministre souligne encore que le Gouvernement compte organiser une campagne d'information des médecins-généralistes pour les aider à faire comprendre et pour qu'ils soient le relais de la santé publique vers les patients.

Plusieurs membres reviennent encore sur l'obligation d'utiliser un feuillet spécial pour la prescription des substances soporifiques ou stupéfiantes.

L'un d'entre eux ne voit pas comment le système prévu par le projet pourra empêcher la falsification et le vol de feuillets. En quoi un carnet de prescription spécial détenu par le médecin pourra-t-il changer la situation existante? On tente apparemment de sanctionner en instaurant des formalités administratives supplémentaires. Cela ne modifiera pas le comportement des prescripteurs.

Un autre commissaire est du même avis. La multiplication des feuillets de prescription n'empêchera pas le vol de prescriptions. Des études sur le résultat de mesures semblables ont-elles été faites? Le commissaire n'est pas convaincu du bien-fondé de cette mesure; le temps que le médecin consacre à la paperasserie est pris sur la qualité du contact humain avec le patient.

de voorschrijvende artsen er via een specifiek voorschrift systematisch aan te herinneren dat de bedoelde stoffen gevaarlijk zijn of verslaafdheid kunnen teweegbrengen.

Uit de statistieken blijkt dat er in ons land veel misbruik wordt gemaakt van geneesmiddelen en in het bijzonder van benzodiazepines. De cijfers met betrekking tot het verbruik van dat geneesmiddel in ons land behoren tot de hoogste van Europa.

Daarenboven heeft het gebruik van soortgelijke systemen in andere landen aangetoond dat er in ieder geval een ontradend effect is. De regeling verdient dus ook bij ons te worden ingevoerd.

Zoals in de inleiding werd uiteengezet, werd er geen lijst opgemaakt van de beoogde stoffen. Er zal evenwel verwezen worden naar de produkten bedoeld in het koninklijk besluit van 31 december 1930 betreffende het verhandelen van slaapmiddelen en verdovende middelen alsook naar de stoffen opgenomen in het koninklijk besluit van 2 december 1988 tot reglementering van sommige psychotrope stoffen. Het is duidelijk dat om die lijst op te stellen, een beroep zal worden gedaan op specialisten, onder meer de specialisten die zitting hebben in de Registratiecommissie voor Geneesmiddelen, een instantie die de belangrijkste wetenschappers ter zake groepeerd voor het merendeel gediplomeerden van onze verschillende universiteiten.

De Minister voegt eraan toe dat de voorgestelde maatregel zou kunnen worden uitgebreid tot andere produkten.

De Minister onderstreept nog dat de regering van plan is een informatiecampaagne te organiseren om bij de huisartsen een beter begrip tot stand te brengen zodat zij een brugfunctie kunnen vervullen tussen het beleid inzake volksgezondheid en de patiënten.

Enkele leden komen nog terug op de verplichting om een speciaal voorschriftenbriefje te gebruiken voor slaapmiddelen en verdovende middelen.

Een van hen ziet niet in hoe het systeem voorgesteld door het ontwerp, de vervalsing en diefstal van voorschriften kan uitsluiten. Wat kan een speciaal voorschriftenboekje dat in handen is van de arts, aan de bestaande situatie veranderen? Men probeert blijkbaar te sanctioneren door de invoering van bijkomend administratief werk. Het voorschrijfgedrag zal daardoor niet wijzigen.

Een ander lid deelt die mening. De invoering van voorschriftenboekjes zal de diefstal van voorschriften niet verhinderen. Werden de resultaten van gelijkaardige maatregelen onderzocht? Het lid is niet overtuigd van het nut van die maatregel. De tijd die de arts besteedt aan het papierwerk, komt ten nadele van de kwaliteit van het menselijk contact met de patiënt.

Un troisième intervenant, par contre, trouve que l'introduction d'un formulaire complémentaire a aussi un aspect positif: il fait réfléchir le médecin sur la validité de la décision qu'il se propose de prendre.

En ce qui concerne l'extension de l'obligation de remplir des formulaires, il faut aussi savoir qu'en dehors d'une définition stricte de produits stupéfiants, il y a une série de produits pour lesquels il existe surtout en Belgique une surconsommation effrénée non contrôlée (par exemple les neuroleptiques).

L'obligation de remplir un formulaire supplémentaire constitue selon le commissaire une mesure qui est salubre en termes de santé publique et économique en termes de dépenses de l'I.N.A.M.I.

La ministre fait encore observer que les médecins pourraient conserver à part les vignettes et les carnets d'ordonnances, de sorte que le vol de l'un ou de l'autre ne permettrait pas de déclencher des prescriptions valables. Mais il est vrai que la mesure proposée n'a pas un caractère étanche.

2. L'aide médicale urgente

Un commissaire estime que le sujet principal du projet de loi, c'est-à-dire la formation des secouristes-ambulanciers, est relativement peu défini.

La personnalité de l'ambulancier est définie par rapport aux prestations auxquelles il serait préparé. Un système de soins urgents peut être variable d'une région à une autre, surtout en Belgique. D'un autre côté, les expériences américaines montrent que, dans ce pays, les pompiers ont en fait une formation d'urgentiste, c'est-à-dire de médecin spécialisé en urgences. Cela veut dire que, dans certaines conceptions du secouriste-ambulancier, on pourrait supprimer les ambulances médicalisées, c'est-à-dire celles qui ont un médecin à bord.

La ministre peut-elle définir davantage l'ambulancier tel qu'envisagé par le présent projet de loi?

Un autre membre fait remarquer, concernant la matière relative aux secouristes-ambulanciers — notion qui n'a, du reste, pas été reconnue jusqu'ici —, qu'en commission de la Chambre, on s'est posé la question de savoir si c'était une matière fédérale ou une matière régionale ou une combinaison des deux.

Le projet de loi vise, à juste titre, à régler la formation des ambulanciers, mais il y a beaucoup d'autres professions paramédicales qui ne sont ni reconnues ni normalisées.

Een derde spreker vindt daarentegen dat de invoering van een bijkomend formulier ook een positieve kant heeft: het doet de arts nadenken over de vraag of de beslissing die hij wil nemen verantwoord is.

In verband met de uitbreiding van de verplichting om formulieren in te vullen, moet men ook weten dat er naast de verdovende middelen die als dusdanig gedefinieerd zijn, een reeks producten is waarvoor vooral in België een ongebreidelde en niet gecontroleerde overconsumptie bestaat (bijvoorbeeld de neuroleptica).

De verplichting om een bijkomend formulier in te vullen is volgens het lid een maatregel die heilzaam is voor de volksgezondheid en besparend werkt omdat de R.I.Z.I.V.-uitgaven erdoor dalen.

De Minister merkt nog op dat de artsen hun plakbriefjes en voorschriftenboekjes gescheiden zouden kunnen bewaren zodat de diefstal van de vignetten alleen of van de boekjes alleen niet volstaat om geldige voorschriften te maken. Het is evenwel correct dat de voorgestelde maatregel niet waterdicht is.

2. Dringende geneeskundige hulpverlening

Een commissielid is van mening dat het voornaamste onderwerp van het wetsontwerp d.w.z. de opleiding van de hulpverleners-ambulanciers niet zo heel duidelijk wordt gedefinieerd.

De functie van ambulancier wordt omschreven in het licht van de taken waarop hij wordt voorbereid. Dringende hulpverlening kan verschillen van streek tot streek, vooral in België. Anderzijds is het in de Verenigde Staten zo dat de brandweerlieden eigenlijk een opleiding krijgen om dringende hulp te verlenen, d.w.z. een opleiding van arts gespecialiseerd in spoedgevallen. Dat betekent dat volgens sommige opvattingen een hulpverlener-ambulancier niet noodzakelijk vergezeld moet zijn van een dokter indien de ziekenwagen toegerust is met de nodige medische apparatuur.

Kan de Minister de functie van ambulancier, volgens dit wetsontwerp, nog beter definiëren?

Een ander lid merkt op dat, wat de hulpverleners-ambulanciers betreft — een begrip overigens dat tot nu toe niet erkend is — in de Kamercommissie de vraag gerezen is of het gaat om een federale of een regionale materie dan wel een combinatie van beide.

Het ontwerp van wet wil, terecht, de opleiding van ambulanciers regelen; maar er zijn nog tal van andere paramedische beroepen waarvoor nog geen erkenning, noch normering is.

Le Conseil national des professions paramédicales émet habituellement des avis sur le contenu de chaque profession. Ce conseil a-t-il déjà fait une proposition sur le contenu de la profession d'ambulancier ?

Selon l'intervenant, ce n'est que lorsque le Conseil national se sera prononcé sur la normalisation que l'on pourra définir les qualifications, puis organiser la formation.

Un autre membre se demande également à quel niveau il faut situer la formation et le recyclage. L'enseignement et certains aspects importants de la formation professionnelle ont été transférés aux Communautés. Le niveau fédéral est-il donc bien le bon niveau pour ce qui est de la formation des ambulanciers ?

On constate, dans la société, une tendance à revaloriser certaines professions. Aux Etats-Unis, les secours sont organisés de façon très professionnelle. Ne faut-il pas chercher des solutions consistant, notamment, à revaloriser ces fonctions et ne faut-il pas prendre, en faveur des personnes qui exercent la fonction de secouriste-ambulancier et dispensent souvent des soins vitaux, des mesures allant au-delà de celles qui sont proposées dans le projet de loi ?

D'autre part, l'on peut se demander s'il ne faut pas envisager les choses dans une perspective plus large. Le projet propose une solution pour le service 100. Mais il y a d'autres services qui exercent des activités analogues et qui portent secours aux victimes d'accidents se produisant, non pas sur la voie publique, mais, par exemple, à domicile. Ne vaudrait-il pas mieux tendre vers une solution plus large et plus cohérente ?

Dans le même ordre d'idées, un membre se réfère à la discussion de l'amendement Swinnen en commission de la Chambre. Au cours de cette discussion, la ministre a promis de demander l'avis du Conseil de l'aide médicale. Cet avis a-t-il été donné entre-temps ?

Un intervenant, après avoir rendu hommage à tous ceux qui s'occupent des soins médicaux urgents, quelle que soit leur qualification, souligne qu'il existe parfois, même en ce qui concerne le ramassage sur la voie publique, des concurrences effrénées. Certaines organisations qui utilisent des moyens illégaux, se trouvent parfois plus vite que le service 100 public sur les lieux des accidents.

En ce qui concerne les services 100 liés, soit aux structures hospitalières, soit aux communes ou aux C.P.A.S., il faut savoir aussi que les structures publiques ont anticipé sur la formation telle que décrite par le projet de loi. Les pompiers, par exemple, qui font

De Nationale Raad van Paramedische beroepen verstrekt normaal adviezen over de inhoud van elk beroep. Heeft deze raad al een voorstel gedaan over de inhoud van het beroep van ambulanciers ?

Volgens het lid is het pas wanneer de Nationale Raad uitspraak heeft gedaan over de normering, dat de kwalificaties kunnen worden bepaald en dat vervolgens de opleiding kan worden georganiseerd.

Nog een ander lid vraagt zich eveneens af op welk niveau opleiding en navorming moeten worden gestueerd. Onderwijs en belangrijke aspecten van de beroepsopleiding zijn aan de Gemeenschappen overgedragen. Is het federale niveau dan wel het goede niveau voor de opleiding van de ambulanciers ?

In de samenleving is er een tendens tot opwaardering van een aantal beroepen. In de V.S. is de hulpverlening zeer professioneel georganiseerd. Moet er niet gezocht worden naar oplossingen die de opwaardering van deze functies inhouden en moeten er voor degenen die als hulpverlener-ambulancier optreden en vaak voor levensnoodzakelijke zorgverlening instaan, geen maatregelen genomen worden die verder reiken dan die welke met het wetsontwerp worden voorgesteld ?

Voorts rijst de vraag of een ruimere benadering niet aangewezen is. Het ontwerp stelt een oplossing voor de dienst 100 voor. Er zijn nog andere diensten die soortgelijke activiteiten hebben en hulp verlenen bij ongevallen die niet op de openbare weg — maar bijvoorbeeld thuis — voorvallen. Is het niet beter te streven naar een ruimere meer coherente oplossing ?

Een lid, aansluitend bij deze laatste vraag, verwijst naar de bespreking van het amendement Swinnen in de Kamercommissie. De Minister heeft in de Kamer naar aanleiding van die bespreking beloofd dat advies zou worden gevraagd aan de Raad voor Geneeskundige hulpverlening. Werd dat advies inmiddels verstrekt ?

Een andere spreker, die hulde brengt aan al wie zich met dringende geneeskundige hulpverlening bezighoudt, onderstreept dat er vaak heel scherpe concurrentie bestaat tussen diensten die dringende geneeskundige hulp verlenen op de openbare weg. Sommige instellingen die gebruik maken van illegale, middelen, zijn vaak zelfs sneller dan de dienst 100 op de plaats van het ongeval.

Wat de dienst 100 betreft, die ofwel verbonden is aan een ziekenhuis ofwel aan een gemeente of een O.C.M.W., moet men weten dat de openbare instellingen vooruitgelopen zijn op de opleiding zoals ze in het wetsontwerp beschreven wordt. Brandweerlieden

un travail d'ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente, ont souvent suivi une formation spécifique à ce type de travail.

Des problèmes se posent donc souvent à travers des services privés. Le problème n'est pas d'opposer le service public au service privé; d'ailleurs, des concessions sont parfois faites même dans le cadre du service 100 mais sans imposer aux structures privées les mêmes obligations en termes de formation qu'aux structures publiques avec tous les dangers possibles pour les patients qui sont transportés.

Quant à la qualification générale des secouristes-ambulanciers, l'intervenant constate qu'il n'existe pas de règles d'accès à la profession. Il serait intéressant que le Conseil national des professions paramédicales définisse les qualifications minimales nécessaires de la profession d'ambulancier.

D'autre part, on pourrait étendre cette définition à ceux qui s'occupent du transport de malades. Pour le transport de personnes largement invalides, la formation d'ambulancier paraît nécessaire. Est-il possible d'envisager une extension de l'obligation de formation à l'ensemble des services ambulanciers?

Un autre commissaire rend à son tour hommage aux pompiers qui, en général, font leur travail de façon excellente.

Etant donné la pléthore médicale, le commissaire se demande s'il n'aurait pas été indiqué d'insérer davantage le corps médical dans l'organisation de l'aide médicale urgente.

La présence d'un médecin, soit au poste de commande, soit dans l'ambulance, pourrait éviter un grand nombre d'hospitalisations.

En ce qui concerne la légalité de l'enlèvement de patients en cas d'urgence au domicile privé par les services 100, le service d'appel unifié peut, conformément à l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, intervenir pour « les personnes se trouvant sur la voie publique dans un lieu public. » Or, les services 100 semblent prétendre qu'ils peuvent intervenir indépendamment de l'endroit où l'accident a eu lieu.

A une question posée à la commission de la Chambre, la ministre a répondu que nul ne peut ne pas porter secours aux personnes en danger. Une telle réponse est insuffisante étant donné qu'elle permet à

bijvoorbeeld die werken als ambulancier in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening, hebben vaak een specifieke opleiding gekregen voor dit soort werk.

Er rijzen dus vaak problemen met privédiensten. De openbare diensten en de privédiensten mogen niet tegen elkaar uitgespeeld worden. Zelfs in het kader van de dienst 100 wordt trouwens het dringend vervoer soms in concessie gegeven. Voor die privédiensten gelden evenwel niet dezelfde verplichtingen inzake opleiding als voor de openbare diensten, met alle mogelijke gevaren vanden voor de patiënten die vervoerd worden.

In verband met de algemene kwalificaties van de hulpverleners-ambulanciers stelt spreker vast dat er geen regels zijn die de toegang tot het beroep reglementeren. Het zou wenselijk zijn dat de Nationale Raad van paramedische beroepen de minimumeisen vastlegt waaraan moet zijn voldaan om het beroep van ambulancier te kunnen uitoefenen.

Anderzijds zou men die definitie kunnen uitbreiden tot al wie zich bezighoudt met het vervoer van zieken. Voor het vervoer van zwaar gehandicapte personen lijkt het noodzakelijk dat de vervoerder een opleiding van ambulancier heeft. Is het mogelijk een uitbreiding te overwegen van de opleidingsverplichting tot alle ambulancediensten?

Een ander commissielid brengt op zijn beurt hulde aan de brandweerlieden die in het algemeen uitstekend werk verrichten.

Gelet op het groot aantal artsen, vraagt het lid zich af of het niet wenselijk is het medisch korps nog meer te betrekken bij de organisatie van de dringende medische hulpverlening.

De aanwezigheid van een arts hetzij op de dispatching, hetzij in de ambulance zou een groot aantal ziekenhuisopnames kunnen voorkomen.

In verband met de wettelijkheid van de ophaling thuis door de diensten 100 van patiënten die dringende medische verzorging nodig hebben, wordt opgemerkt dat overeenkomstig artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening die dringende geneeskundige hulpverlening via het eenvormig oproepstelsel kan worden verleend « ten behoeve van personen die zich op de openbare weg of een openbare plaats bevinden ». De diensten 100 lijken evenwel te beweren dat zij kunnen optreden los van de plaats waar het ongeval zich heeft voorgedaan.

Op een vraag die in de Kamercommissie gesteld werd, heeft de Minister geantwoord dat niemand hulp mag weigeren aan personen die in gevaar verkeren. Een dergelijk antwoord is onvoldoende aange-

tout le monde de tout faire. Si on envisage de faire intervenir le service 100 au domicile, il faut adapter la loi.

Un des intervenants précédents observe encore que, sur 100 sorties d'ambulances d'hôpital demandées sur un fait médical urgent, il y en a 10 qui sont utiles. Le reste, c'est du temps perdu et de l'argent gaspillé.

Dans le même ordre d'idées, une membre déclare qu'une étude montre qu'il y a, au Limbourg, 2 000 secouristes-ambulanciers, dont quelque 500 actifs. Parmi ces actifs, l'on compte 95 p.c. de volontaires. Au Limbourg, ces dernières années, il y a eu en moyenne 10 250 interventions avec 235 équipes; cela signifie que chaque équipe intervient en moyenne 43 fois par an, que quelqu'un qui fait partie d'une équipe intervient une fois tous les 8 jours. Il faut noter, en outre, que l'intervention est souvent inutile.

Actuellement, il est donc beaucoup plus important et nécessaire d'organiser l'aide médicale urgente que la formation.

L'intervenante ne veut pas dire par là que la formation dispensée, par exemple par la Croix-Rouge, n'est pas importante; au contraire.

Un membre n'apprécie pas que la formation de secouriste-ambulancier soit réglée par le Roi. Si elle l'était, le Parlement ne pourrait pas apprécier si cette formation est adéquate.

Un autre membre demande quel est le montant du budget destiné au recyclage. Pour 1993, l'on a prévu 30 millions et, pour 1994, l'on prévoit 60 millions. Le Gouvernement lui-même laisse entendre que ces montants seront insuffisants. Quel est le montant nécessaire pour pouvoir porter le recyclage à un niveau acceptable?

L'intervenant demande également si le service d'hélicoptères est encore opérationnel pour les cas d'urgence.

Un autre intervenant précise, à propos de l'aide médicale urgente, qu'il y a, d'une part, le service 100 des pompiers et, d'autre part, les services 100 donnés en concession.

Il croit savoir que les critères imposés aux services privés sont les mêmes (sinon meilleurs) que ceux qui s'appliquent aux pompiers. En ce qui concerne les services privés de transport de malades non agréés comme le service 100, il est possible que la qualification du personnel ne réponde pas aux critères.

zien het erop neerkomt dat iedereen om het even wat mag doen. Indien men overweegt de dienst 100 ook bij de patiënt thuis te laten komen, dan moet de wet worden aangepast.

Een van de vorige sprekers merkt nog op dat het slechts in 10 op 100 gevallen van dringende medische hulpverlening noodzakelijk is dat een ziekenhuiswagen ter plaatse komt. In de 90 andere gevallen is het uitrukken van de ziekenwagen verloren tijd en geldverspilling.

Een ander lid, hierop inhakend, merkt op dat uit een studie blijkt dat er in Limburg 2 000 ambulanciers-hulpverleners zijn; ongeveer 500 daarvan zijn actief. Onder die actieven zijn 95 pct. vrijwilligers. In Limburg waren er de voorbije jaren gemiddeld 10 250 interventies met 235 ploegen; dat wil zeggen dat elke ploeg gemiddeld 43 keren per jaar intervenieert en dat iemand die deel uitmaakt van een ploeg eenmaal om de acht dagen intervenieert en vaak is het dan nog nodeloos.

Op dit ogenblik is de organisatie van de dringende medische hulpverlening derhalve veel belangrijker en noodzakelijker dan de opleiding.

Het lid wil hiermee niet beweren dat de opleiding, die bijvoorbeeld door het Rode Kruis wordt verstrekt, onbelangrijk zou zijn, integendeel.

Een lid heeft er moeite mee dat de vorming van de hulpverlener-ambulancier door de Koning wordt geregeld. Het Parlement kan daardoor niet beoordelen of die vorming adequaat is.

Een volgende spreker vraagt wat het bedrag is van de begroting bestemd voor de bijscholing. Voor 1993 wordt 30 en voor 1994 60 miljoen voorzien. De Regering laat zelf verstaan dat deze bedragen ontoereikend zullen zijn. Wat is het bedrag dat nodig is om de bijscholing op een aanvaardbaar peil te brengen?

De spreker vraagt ook of de helikopterdienst voor noodgevallen nog operationeel is.

Een andere spreker preciseert dat er in verband met de dringende medische hulpverlening enerzijds de dienst 100 van de brandweer is en anderzijds de diensten 100 die in concessie zijn gegeven.

Spreker meent te weten dat de criteria opgelegd aan de particuliere diensten dezelfde (zo niet beter) zijn als die welke voor de brandweer gelden. Wat de privé-diensten voor ziekenvervoer betreft, zonder erkenning 100, is het mogelijk dat de kwalificatie van het personeel niet aan de vereisten beantwoordt.

Un dernier intervenant fait remarquer que le secouriste-ambulancier a une triple mission :

- procéder à l'évacuation du patient;
- lui dispenser des soins sur place;
- l'accompagner jusqu'au service de soins pour la suite du traitement.

Le caractère paramédical de la profession d'ambulancier a été reconnu. Le contenu de la profession a-t-il déjà été défini? Selon l'intervenant, l'on peut difficilement commencer la formation avant d'avoir défini le contenu de la profession.

L'intervenant demande également pourquoi l'on n'exige une qualification que de la part du secouriste-ambulancier travaillant dans le cadre du service 100.

Il aimerait savoir, en outre, pourquoi le département de la Santé publique assure lui-même la formation. Nul ne conteste que les critères d'accès à la profession doivent être définis par l'autorité fédérale sur la base de la qualification de la profession. C'est un travail essentiel. Ensuite vient la formation. L'on prévoit un crédit supplémentaire pour celle-ci, en dépit des problèmes budgétaires. N'est-il pas possible d'examiner dans quelle mesure l'on pourrait faire appel aux instituts de formation existant dans le cadre des Communautés? D'autant plus que les professeurs de ces instituts viendront donner cours dans les écoles du département.

Enfin, l'intervenant souhaiterait avoir un aperçu de l'organisation actuelle de l'aide médicale urgente et du transport des patients. Qui est concerné par ces activités? Quelles sont les fréquences? Quelles sont les qualifications?

Selon la ministre, les nombreuses questions relatives à l'aide médicale urgente prouvent l'importance de son enjeu. En cette matière, il faut constamment s'adapter aux nouveaux moyens mis sur le marché, aux nouvelles techniques, aux acquisitions récentes de la médecine d'urgence, des soins hospitaliers.

Classiquement, en cas d'accident, on a toujours voulu amener, et dans les plus brefs délais, l'accidenté, le patient, à l'hôpital le plus proche.

Actuellement, de plus en plus la tendance s'inverse et tend à amener dans des délais très brefs une équipe médicale, un matériel de première urgence, bien que déjà sophistiqué, sur place afin d'intervenir plus vite médicalement. Les résultats sont probants et ont permis de sauver de la sorte, grâce à des équipes expérimentées, un matériel adapté et une organisation bien rodée, de nombreuses vies. Cela n'exclut évidemment pas le transport ultérieur à l'hôpital et les traitements nécessaires. Néanmoins, le patient est, suivant ce schéma, stabilisé et n'est plus tributaire d'une route, parfois longue, souvent encombrée. Au-delà de cette philosophie des S.M.U.R. (service mobile

Een laatste spreker merkt op dat de hulpverlener-ambulancier een drievoudige opdracht heeft :

- het ophalen van de patiënt;
- het ter plaatse verzorgen van de patiënt;
- het begeleiden van de patiënt naar de verzorgingsdienst voor verdere behandeling.

Het beroep ambulancier werd als paramedisch erkend. Werd de inhoud van dit beroep al gedefinieerd? Men kan volgens de spreker immers bezwaarlijk met de opleiding beginnen voordat men de inhoud van het beroep heeft omschreven.

Spreker vraagt ook waarom alleen de hulpverlener-ambulancier in de dienst 100 een kwalificatie wordt gevraagd.

Hij wenst voorts te weten waarom het Departement van Volksgezondheid zelf de opleiding verzorgt. Niemand betwist dat de criteria voor de toegang tot het beroep door de federale overheid moeten worden bepaald op basis van de kwalificatie van het beroep. Dat is het fundamentele werk. Nadien komt de opleiding. Voor de opleiding wordt, ondanks de budgettaire problemen, een bijkomend krediet uitgetrokken. Is het niet mogelijk na te gaan in welke mate beroep kan worden gedaan op bestaande opleidingsinstituten binnen de gemeenschappen? Te meer, omdat de leraren uit die instituten zullen komen lesgeven in de scholen van het Departement.

Spreker vraagt tenslotte een overzicht van de huidige organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening en van het patiëntenvervoer. Wie is daarbij betrokken, wat zijn de frequenties, wat zijn de kwalificaties?

Volgens de Minister wijzen de talrijke vragen over de dringende geneeskundige hulpverlening uit wat er allemaal op het spel staat. Op dat stuk moet men zich voortdurend aanpassen aan de nieuwe middelen die op de markt verschijnen, de nieuwe technieken, de nieuwe ontdekkingen van de spoedgevallen-geneeskunde, de verzorging in ziekenhuizen.

Vroeger was het zo dat men bij een ongeval de patiënt of het slachtoffer altijd zo spoedig mogelijk naar het dichtstbijgelegen ziekenhuis vervoerde.

Thans doet men steeds vaker net het tegenovergestelde: men streeft ernaar zo spoedig mogelijk een medisch team en materiaal voor noodhulp, dat reeds zeer geperfectioneerd is, ter plaatse te brengen om medisch sneller te kunnen optreden. De resultaten zijn overtuigend. Met ervaren teams, aangepast materiaal en een goed lopende organisatie heeft men zodoende veel levens kunnen redden. Dat sluit uiteraard niet uit dat de patiënt nadien naar het hospitaal wordt overgebracht om er de nodige verzorging te ontvangen. Niettemin kan men met deze werkwijze de toestand van de patiënt stabiliseren en hangt zijn lot niet meer af van het vervoer over lange en soms

d'urgence et de réanimation) et des V.I.M. (véhicule d'intervention médicalisée) avec laquelle nous devons tenir compte, ont été soulevées de nombreuses questions sous-jacentes, notamment relatives à la formation du personnel d'intervention.

Les ambulanciers sont constamment exposés à des situations difficiles et assurent de ce fait de grandes responsabilités. Il serait irresponsable de ne pas leur donner le soutien nécessaire. Pour valoriser leur travail et leur permettre de l'accomplir dans des conditions plus aisées, il faut leur permettre d'accéder au savoir-faire, aux connaissances théoriques et pratiques nécessaires, afin qu'ils puissent accomplir leur tâche et leur engagement le plus sérieusement possible.

Tenant compte du statut volontaire de beaucoup d'ambulanciers, il faut organiser une formation qui répond à leurs besoins. Cela signifie que l'approche pédagogique est aussi importante que la notion «transfert de connaissance», dans cette formation. Celle-ci ne peut pas être trop académique mais doit être essentiellement axée sur la pratique. Il convient donc d'adopter la plus grande souplesse dans l'organisation pratique des cours.

Il est cependant important que les ambulanciers volontaires gardent une pratique suffisante pour dispenser des premiers soins de qualité. Ils doivent donc disposer d'un minimum de formation continue. Vingt-quatre heures par an constitue ce minimum nécessaire pour conserver les compétences acquises, les affiner et les actualiser, au vu des progrès enregistrés en cette matière.

Le travail des ambulanciers en sera dès lors valorisé et justifiera le titre particulier et le statut de profession paramédicale.

Suivant quel profil et quels principes?

L'ambulancier doit être capable de reconnaître les signes objectifs d'une urgence, il doit pouvoir effectuer les gestes salvateurs qui assurent la mise en condition du patient et le maintien des fonctions vitales comme la respiration, la circulation du sang et l'état de conscience. Il doit pouvoir transporter le patient dans les conditions adaptées à son état.

En ce qui concerne la formation proprement dite, un groupe de travail élabore actuellement un syllabus de base et de référence. Celui-ci contiendra différents chapitres relatifs à:

- la détection des urgences présentant un caractère médical;
- l'intervention en cas de danger pour la survie du patient;

drukke wegen. Deze ideeën liggen ten grondslag aan de medische urgentiegroepen M.U.G. en de voertuigen met medische apparatuur, maar wij moeten ook rekening houden met heel wat andere problemen onder meer de opleiding van het hulpverlenend personeel.

Ambulanciers krijgen voortdurend af te rekenen met ingewikkelde toestanden en moeten daardoor een zware verantwoordelijkheid op zich nemen. Het zou onverantwoord zijn indien hun niet de nodige steun gegeven zou worden. Om de kwaliteit van hun werk te verbeteren en hun de kans te bieden dat werk in de best mogelijke omstandigheden uit te voeren, behoort men hen toegang te verschaffen tot de know-how, de nodige theoretische en praktische kennis, opdat zij hun taken zo goed mogelijk kunnen uitvoeren.

Aangezien veel ambulanciers als vrijwilliger werken, dient de opleiding aan hun specifieke behoeften te voldoen. Dat betekent dat de pedagogische aanpak van deze opleiding even belangrijk is als het aspect «overdracht van kennis». De opleiding zelf mag niet te academisch verlopen maar moet vooral praktijkgericht zijn. Bij het organiseren van de cursussen behoort men dus de grootst mogelijke soepelheid aan de dag te leggen.

Het is evenwel belangrijk dat de vrijwillige ambulanciers voldoende contact houden met de praktijk om eerste hulp van kwaliteit te kunnen verlenen. Ze moeten dus een minimale bijscholing krijgen. Vierentwintig uur per jaar is een noodzakelijk minimum om de verworven bekwaamheid te bewaren, te verfijnen en *up-to-date* te houden gelet op de nieuwe ontwikkelingen in deze materie.

Het werk van de ambulanciers zal dan ook beter worden en de bijzondere titel en het statuut van paramedisch beroep kunnen rechtvaardigen.

Volgens welk profiel en welke beginselen?

De ambulancier moet in staat zijn de objectieve tekenen van een noodgeval te herkennen, hij moet de reddende handelingen kunnen uitvoeren om de lichamsgesteldheid van de patiënt te handhaven en zijn vitale functies zoals de ademhaling, de bloedsomloop en het bewustzijn in stand te houden. Hij moet de patiënt kunnen vervoeren in de omstandigheden die aangepast zijn aan zijn toestand.

Wat de opleiding zelf betreft, is een werkgroep op het ogenblik bezig een basis- en naslagsyllabus op te stellen. Hierin zullen verschillende hoofdstukken voorkomen met betrekking tot:

- het opsporen van noodgevallen die medische hulp vereisen;
- de interventie wanneer de patiënt in levensgevaar verkeert;

— des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie;

— l'introduction à l'*Advanced Life Support*, brancardage et transport;

— les urgences spécifiques causées par l'environnement;

— les principes de médecine catastrophe;

— les aspects techniques de l'utilisation de l'ambulance et l'étude de son équipement...

A ceci s'ajouteront les exercices pratiques et un stage.

Le but à terme sera d'arriver à un niveau et un contenu de formation comparable à celui exigé dans nos pays voisins.

Des problèmes de compétences pourraient être évoqués. Le Conseil d'Etat n'a émis aucune remarque à ce sujet dans l'avis qu'il a rendu.

Malgré un contexte budgétaire particulièrement étroit et difficile, le budget approuvé par le Conseil des ministres, sur base annuelle, est suffisant pour réaliser la formation. Il est de l'ordre de 54 millions. Toute perspective de diminution doit être écartée.

Comme précisé dans l'introduction, il existe des structures, prévues pour la formation professionnelle, organisée par le Ministère de l'Intérieur, comme celle des pompiers et des policiers. Elle pourrait, le cas échéant, servir.

D'autre part, il existe des professionnels expérimentés déjà engagés dans l'enseignement de la médecine d'urgence actuellement. Leur expérience peut être utile.

La finalité est l'intérêt du patient, la plus grande souplesse est donc souhaitée dans l'organisation de ces cours.

Une bonne part des urgences sont assurées par les pompiers. Il faudra donc être attentif à ne pas créer deux niveaux de formation, de qualification différents.

Ils devront présenter un niveau de qualification équivalent pour être capable d'exercer la même profession. A cet effet, les candidats qui pourront apporter la preuve d'une formation et la maîtrise de certaines matières enseignées indispensables pourront être exemptés d'une partie de la formation à condition de réussir un examen d'admission. Ce sera le cas des pompiers qui ont déjà reçu une formation et qui pourront être dispensés de certains cours.

Qu'en est-il de l'aide médicale urgente dans les lieux privés?

— elementaire noties van anatomie en fysiologie;

— het aanleren van *advanced life support*, dragen en vervoeren van slachtoffers;

— de specifieke noodtoestanden veroorzaakt door het milieu;

— de beginselen van rampengeneeskunde;

— de technische aspecten van het gebruik van de ziekenwagen en de studie van de uitrusting...

Daarnaast zullen praktische oefeningen en een stage worden georganiseerd.

Op termijn is het de bedoeling de opleiding een niveau en een inhoud te geven die vergelijkbaar zijn met die welke vereist worden in onze buurlanden.

Er zouden bevoegdheidsproblemen kunnen rijzen. De Raad van State heeft in zijn advies geen enkele opmerking daarover gemaakt.

Ondanks een zeer beperkte en moeilijke begrotingstoestand, heeft de Ministerraad voldoende middelen uitgetrokken, om de opleiding te organiseren. Het gaat om zowat 54 miljoen per jaar. Elk voorstel om te besparen moet van de hand worden gewezen.

Zoals vermeld in de inleiding bestaan er voor de beroepsopleiding structuren die georganiseerd worden door het Ministerie van Binnenlandse Zaken, onder meer voor de brandweerlieden en de politieagenten. Die structuren zouden eventueel kunnen dienen.

Anderzijds bestaan er beroepsmensen met ervaring die op dit ogenblik al ingeschakeld zijn in het onderwijs van de dringende geneeskundige verzorging. Hun ervaring kan nuttig zijn.

Het uiteindelijke doel is het belang van de patiënt; bij de organisatie van deze cursussen moet dus een zo groot mogelijke soepelheid aan de dag worden gelegd.

Een groot deel van de spoedgevallen worden opgevangen door de brandweer. Men moet er dus voor zorgen niet twee verschillende niveaus van opleiding en van beroepsbekwaamheid te creëren.

Zij moeten dus een gelijkwaardig niveau van beroepsbekwaamheid bezitten zodat zij in staat zijn hetzelfde beroep uit te oefenen. Daarom zullen gegadigden die het bewijs kunnen leveren van een opleiding en van de kennis van bepaalde onmisbare leerstof, vrijgesteld worden van een gedeelte van de opleiding op voorwaarde dat zij slagen voor een toelatingsexamen. In dat geval bevinden zich de brandweerlieden die al een opleiding hebben gekregen en die vrijgesteld kunnen worden van bepaalde vakken.

Hoe zit het met de dringende medische hulpverlening op niet-openbare plaatsen?

Le Conseil national d'aide médicale urgente, instance toujours officieuse, a évoqué, dans une de ses réunions informelles, une note précisant les grandes lignes de la politique à suivre en aide médicale urgente. Sur le principe, il y avait unanimité pour élargir le champ d'application de la loi de 1964 aux interventions dans les lieux privés. Sur les modalités techniques pour y arriver et sur l'amendement déposé, le Conseil ne s'est pas prononcé.

La situation actuelle est pourtant une situation de fait.

Pratiquement, nous devons constater que la plupart des appels viennent des lieux privés et que les patients sont secourus, en dépit de la loi. Nous voyons ici une preuve supplémentaire de l'efficacité, de la simplicité et de l'accessibilité du système d'appel unifié 100.

De plus, les préposés 100 et les services d'urgence n'échappent pas à l'obligation légale d'assistance de personnes en danger.

On ne peut pas parler du transport de patients sans évoquer le transport secondaire. Il devra également être mieux réglementé et à terme répondre aux différents critères qui ont été énumérés.

En cette matière, une première mesure pourrait interdire le port des signaux de priorité par les services non agréés 100, afin de ne plus encourager la confusion. Une concertation préalable sera néanmoins nécessaire, puisqu'il s'agit d'une compétence du ministre des Communications.

Médecin de première ligne, sorties inutiles, régulation, sont des notions qui ont également été évoquées. En ce qui concerne l'utilité d'intégrer mieux les médecins de première ligne dans l'aide médicale urgente, l'expérience en cours, dite de régulation, pourra apprendre beaucoup.

On évalue notamment dans cette expérience quels types d'appels pourraient être pris en charge par le médecin généraliste. Dans une de ces expériences, on intègre par exemple un système de garde des généralistes.

On évalue dans une autre expérience la pertinence des avis donnés par ces généralistes sur les appels téléphoniques reçus. De la même façon, la régulation apprendra mille choses sur l'utilité des sorties.

De Nationale Raad voor de Dringende Geneeskundige Hulpverlening, een instantie die nog altijd een officieus karakter heeft, heeft tijdens een van zijn informele vergaderingen een toelichting gegeven bij de hoofdlijnen van het te volgende beleid inzake dringende geneeskundige hulpverlening. Wat het beginsel betreft, was er eenparigheid om de toepassing van de wet van 1964 te verruimen tot de interventies op niet-openbare plaatsen. Over de technische regels om dit te verwezenlijken en over het ingediende amendement heeft de Raad zich niet uitgesproken.

Op dit ogenblik zitten we nochtans in een feitelijke toestand.

In de praktijk komen de meeste oproepen uit particuliere woningen en in weerwil van de wet wordt hulp verleend aan de patiënten. Men kan hierin een bijkomend bewijs zien van de efficiëntie, de eenvoud en de toegankelijkheid van het eenvormig oproepnummer 100.

Daarbij komt nog dat de personeelsleden van de hulpdienst 100 en de hulpdiensten wettelijke verplicht zijn hulp te verlenen aan personen die in gevaar verkeren.

Men kan het vervoer van patiënten niet behandelen zonder ook het niet-dringend vervoer ter sprake te brengen. Ook dat vervoer moet beter geregeld worden en op lange termijn voldoen aan de verschillende hierboven opgesomde criteria.

Een eerste maatregel zou erin kunnen bestaan te verbieden dat hulpdiensten die niet als een hulpdienst 100 zijn erkend, voortaan nog zwaailichten voeren, om de verwarring niet nog groter te maken. Daartoe dient er evenwel voorafgaand overleg te komen omdat de Minister van Verkeerswezen hiervoor bevoegd is.

Ook een aantal andere punten zijn aan de orde gebracht: artsen van de eerstelijnsgezondheidszorg, nodeloos uitsturen van ambulancewagens, het regelen van de oproepen om hulp. Het experiment dat thans aan de gang is en het regelen van de telefoonoproepen beoogt, zal ons heel wat nieuwe antwoorden brengen op de vraag of het nut heeft artsen van de eerstelijnsgezondheidszorg bij de dringende medische hulpverlening te betrekken.

Bij dat experiment gaat men onder meer na welk soort oproepen een huisarts kan beantwoorden. Bij een van die experimenten doet men bijvoorbeeld een beroep op een wachtdienst van huisartsen.

Bij een ander experiment beoordeelt men de doelmatigheid van de adviezen van die huisartsen. Op dezelfde manier zal het regelen van de telefoonoproepen veel informatie verschaffen over het nut van het sturen van ziekenwagens ter plekke.

On n'évaluera pas seulement l'utilité de la sortie, mais également si le préposé, sur la base des données qu'il peut obtenir, peut prendre une autre décision: ne pas envoyer une ambulance par exemple.

Il faut donc former spécifiquement les préposés à poser les questions adéquates, pour pouvoir prendre, sans grand risque, les bonnes décisions qui s'imposent sur les moyens à envoyer.

La ministre observe enfin que les chiffres cités pour la province de Limbourg sont vraisemblablement également valables pour les autres provinces. Une formation est nécessaire, mais comme l'a dit le commissaire, l'organisation l'est aussi. Il n'est pas possible, pour ce qui est de l'aide médicale urgente, de promettre à tous les services des ambulances sophistiquées et chacune équipée d'un médecin spécialiste.

Selon un commissaire, il ne faut pas trop se laisser piéger par l'aspect cinématographique de la médecine d'urgence. La Belgique dispose de nombreuses institutions de soins assez largement réparties dans le pays avec un excellent réseau routier. Par conséquent, le temps d'attente entre l'accident et les premiers soins en milieu hospitalier est extrêmement court.

Dans la traumatologie routière, l'alternative qui se produit le plus souvent est la suivante: ou bien le traumatisme est relativement peu menaçant pour la vie et on dispose du temps nécessaire pour se rendre à l'hôpital, ou bien il s'agit de cas très graves où les victimes décèdent extrêmement vite ou décèdent pendant le transport ou encore pendant les premières 48 heures d'hospitalisation.

On peut bien sûr encourager les soins techniquement poussés sur place, mais la dépense sera très considérable pour une économie de vies très réduite.

Selon un autre commissaire, il faudrait, étant donné la pléthore des médecins, insérer des personnes qui sont déjà formées dans ce cadre-là. Cela n'empêche que l'on peut améliorer la formation des ambulanciers.

Le préopinant y ajoute que certaines personnes qui n'ont reçu aucune formation universitaire en matière de médecine, se débrouillent admirablement bien (par exemple infirmières des soins intensifs capables de faire des prestations théoriquement médicales d'une façon parfaite).

Il souligne aussi que l'orientation politique globale en matière de santé dans ce projet est une orientation purement curative. Un montant équivalent à celui prévu par le projet, consacré à la prévention des accidents de la route et de l'usage abusif de stupéfiants en particulier, donnerait de meilleurs résultats.

Daarbij beoordeelt men niet alleen het nut van het sturen van ziekenwagens, maar ook of het personeelslid op basis van de verkregen informatie, tot een andere beslissing kan komen: bijvoorbeeld geen ziekenwagen sturen.

Men dient dus de personeelsleden zo op te leiden dat zij doelgerichte vragen kunnen stellen om nadien zonder al te veel risico en correct te beslissen welke middelen zij zullen inzetten.

Tot slot merkt de Minister op dat het cijfermateriaal voor de provincie Limburg waarschijnlijk ook voor alle andere provincies geldt. Opleiding blijkt nodig, maar zoals het lid heeft opgemerkt is organisatie al even onmisbaar. Wat de dringende medische hulpverlening betreft, kan men niet aan alle hulpdiensten geperfectioneerde en met een specialist bemande ziekenauto's beloven.

Volgens een lid mag men zich niet te zeer laten verblinden door het spectaculaire effect van de urgente geneeskunde. België beschikt over tal van instellingen die zijn verspreid over het hele land, dat over een uitstekend wegennet beschikt. De wachttijd tussen het ongeval en de eerste zorg in een ziekenhuis is derhalve uiterst kort.

Bij verkeersongevallen is de keuzemogelijkheid die zich het vaakst voordoet de volgende: ofwel houdt het traumatisme weinig levensgevaar in en beschikt men over de nodige tijd om zich naar het ziekenhuis te begeven, ofwel gaat het om zeer ernstige gevallen waarin de slachtoffers zeer snel overlijden of overlijden tijdens de overbrenging of nog tijdens de eerste 48 uur in het ziekenhuis.

Men kan natuurlijk de geavanceerde technische verzorging ter plekke stimuleren, maar dat zal erg veel kosten en er zullen weinig levens mee worden gered.

Volgens een ander lid zou men gelet op het overschot aan artsen, personen moeten inzetten die reeds een opleiding in dat verband hebben gekregen. Dat verhindert niet dat ook de opleiding van ambulanciers kan worden verbeterd.

De vorige spreker voegt eraan toe dat sommige personen die geen enkele universitaire opleiding hebben gekregen inzake geneeskunde, zich zeer goed uit de slag trekken (bijvoorbeeld verpleegsters van de afdeling intensieve verzorging die in staat zijn prestaties die eigenlijk van medische aard zijn, perfect uit te voeren).

Hij onderstreept ook dat de grote beleidslijnen inzake gezondheidszorg, vervat in het ontwerp, alleen op het curatieve gericht zijn. Een bedrag dat even groot is als dat waarin het ontwerp voorziet, bestemd voor de preventie van verkeersongevallen en van het misbruik van verdovende middelen in het bijzonder, zou betere resultaten opleveren.

Un autre membre rappelle qu'en 1974, le ministre De Saeger avait proposé de consacrer 2 p.c. du budget de l'I.N.A.M.I. à la prévention. L'idée survit, mais n'a toujours pas été réalisée.

Selon une autre membre, l'aide médicale urgente doit être pratiquée de préférence par des personnes qualifiées, ayant reçu à cet effet une formation complémentaire.

En Belgique, ce travail est effectué par des ambulanciers, auxquels on impose maintenant une formation complémentaire. La question est de savoir, toutefois, s'il faut légiférer chaque fois et uniquement pour augmenter le nombre des heures de formation. Pourquoi ne pas examiner l'aide médicale urgente dans son ensemble? Cette activité ne doit-elle pas faire partie de l'activité hospitalière? Et n'est-il pas nécessaire de dispenser aussi une formation complémentaire spécifique au personnel de l'hôpital?

L'intervenante souligne que notre législation en matière d'aide médicale urgente est en retard sur celle des autres pays européens. Autrefois, la situation était inverse. Ce projet constitue une opération de rattrapage qui ne nous portera toutefois pas au niveau des autres pays. La formation d'ambulancier a été renforcée en 1990 par voie de circulaire ministérielle (60 heures au lieu de 20). Ne pourrait-on pas décider également, aujourd'hui, par la voie d'une circulaire, que la durée de formation doit être de 120 heures?

Une réorganisation approfondie de l'aide médicale urgente pourrait alors être réalisée par la voie législative.

Un autre intervenant approuve les propos de la ministre concernant la formation, les qualifications, le profil professionnel, la réorganisation du transport des malades, etc. Toutefois, le projet ne règle que l'organisation des centres de formation par province.

L'intervenant se demande s'il ne vaudrait pas mieux attendre jusqu'à ce que l'on sache à quoi s'en tenir, notamment en ce qui concerne la qualification de la profession d'ambulancier, et supprimer les articles 8 à 10.

Il dépose un amendement dans ce sens (voir ci-après la discussion des articles).

Un autre commissaire s'oppose à la suppression des articles 8 à 10 du projet de loi. Il n'est plus admissible de considérer les ambulanciers comme des chauffeurs; il est normal qu'on exige d'eux, de manière rapide, une qualification minimum, à définir éventuellement ultérieurement.

Il y a urgence à organiser une formation spécifique parce que nous constatons tous des concurrences parfois sauvages entre certaines structures de transport de malades. La formation freinera la course à la vitesse.

Een ander lid merkt op dat Minister De Saeger in 1974 heeft voorgesteld 2 pct. van de R.I.Z.I.V.-begroting te besteden aan preventie. Die idee leeft nog steeds, maar werd nog altijd niet gerealiseerd.

Volgens nog een ander lid wordt dringende medische hulpverlening best verricht door gekwalificeerde personen die voor dat soort werk een bijkomende vorming hebben genoten.

In België wordt dit werk verricht door ambulanciers aan wie nu een bijkomende vorming wordt opgelegd. De vraag rijst evenwel of telkens wetgevend moet worden opgetreden alleen om het aantal vormingsuren te verhogen. Waarom niet de dringende medische hulpverlening in zijn geheel onderzoeken? Moet die activiteit niet deel uitmaken van de ziekenhuisactiviteit? En is het niet noodzakelijk dat ook aan het ziekenhuispersoneel een bijkomende specifieke opleiding wordt verstrekt?

Het lid merkt op dat België met zijn wetgeving inzake dringende medische hulpverlening achterop loopt vergeleken met de andere Europese landen. Die toestand was ooit net omgekeerd. Dit ontwerp is een inhaaloperatie die ons land evenwel niet op de hoogte van de andere landen brengt. De opleiding van ambulanciers werd in 1990 bij ministeriële omzendbrief verzaamd (van 20 naar 60 uren). Kan men nu ook niet bij omzendbrief bepalen dat de opleidingsduur 120 uren moet bedragen?

Een grondige reorganisatie van de dringende medische hulpverlening zou dan bij wet kunnen worden ingevoerd.

Een volgende spreker is het eens met wat de Minister heeft gezegd over de opleiding, de kwalificaties, het profiel van het beroep, de reorganisatie van het ziekenvervoer, enz. Het ontwerp van wet regelt evenwel alleen de organisatie van opleidings- en vormingscentra per provincie.

Spreker vraagt zich af of het niet beter is te wachten totdat er duidelijkheid is, met name over de kwalificaties van het beroep van ambulancier, en de artikelen 8 tot en met 10 te schrappen.

Spreker dient een amendement in met die strekking (zie hierna artikelsgewijze bespreking).

Een ander lid kant zich tegen het opheffen van de artikelen 8 tot 10 van het wetsontwerp. Ambulanciers mogen niet meer als chauffeurs worden beschouwd; op korte termijn moet van hen worden geëist dat zij minimumkwalificaties hebben die later eventueel nader kunnen worden gepreciseerd.

Er moet dringend een specifieke opleiding komen omdat er thans een bijzonder hevige concurrentie wordt gevoerd tussen sommige diensten voor ziekenvervoer. Door opleiding kan aan die snelheidswedstrijd een eind worden gemaakt.

Un dernier intervenant pose la question de savoir si la responsabilité civile des ambulanciers est couverte par une assurance prise par les institutions qui emploient les secouristes-ambulanciers.

La ministre répond comme suit aux différentes préoccupations exprimées par les membres:

— Il est vrai que le coût marginal de la vie sauvée correspond à une dépense de plus en plus forte.

Mais il faut constater aussi que la Belgique accuse un retard par rapport à ce qui se fait dans les pays limitrophes. On doit procéder à un renforcement du dispositif de l'aide médicale urgente. La situation de fait — service 100 — doit être améliorée; elle ne peut être renversée en une fois. Il faut donc travailler avec une certaine progressivité.

— On peut se demander si une amélioration de la formation des ambulanciers est réalisable au départ d'une simple circulaire. Une circulaire ne permet pas le même type de contrôle que celui que permettrait une disposition légale.

Le texte du projet de loi interdit d'octroyer des services d'ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente, si ce n'est avec du personnel répondant aux critères de formation. Cette interdiction légale a une toute autre portée qu'une recommandation que constitue une circulaire administrative.

La ministre souhaite que le Parlement approuve le projet de loi, ce qui permettra de réaliser une première amélioration des formations.

Aux intervenants qui, à un stade antérieur de la discussion, ont soulevé la question de l'extension du domaine d'intervention aux établissements privés, la ministre répond que la situation actuelle devrait trouver une concrétisation dans la loi. Toutefois, le Conseil d'Etat a attiré l'attention sur le fait qu'au stade actuel de la législation, les C.P.A.S. doivent prendre en charge l'aide médicale urgente dans le secteur privé. Un changement éventuel de la législation demande une étude préalable des conséquences budgétaires et organisationnelles. La réforme de l'Etat rend la situation encore plus compliquée, les Communautés étant dorénavant compétentes pour la loi sur les C.P.A.S.

A la question relative à la responsabilité civile des ambulanciers, la ministre répond que celle-ci n'est pas engagée.

Un membre revient à la réponse donnée par la ministre concernant la valeur juridique de la circulaire qui règle la formation. L'intervenant souligne que cette circulaire est utilisée effectivement pour la reconnaissance d'un service 100. En pratique, elle a donc bel et bien force de loi. On peut dès lors se

Een laatste spreker vraagt of de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de ambulanciers wordt gedekt door een verzekering gesloten door de instellingen die de hulpverleners-ambulanciers te werk stellen.

De Minister antwoordt als volgt op de verschillende punten die de leden bezighouden:

— Het is juist dat de marginale kosten om meer levens te redden exponentieel toenemen.

Toch moet worden vastgesteld dat België achterstand heeft opgelopen ten opzichte van de ons omringende landen. Het aantal personen dat betrokken is bij de dringende medische hulpverlening moet worden opgevoerd. De feitelijke toestand — dienst 100 — moet worden verbeterd; de kentering ten goede kan er niet in één keer komen. Een stapsgewijze aanpak verdient de voorkeur.

— Het valt te bezien of een verbetering van de opleiding van de ambulanciers kan worden verwezenlijkt met een gewone circulaire als vertrekpunt. Een circulaire biedt niet dezelfde controle mogelijkheden als een wettekst.

De tekst van het wetsontwerp verbiedt dat in het kader van de dringende medische hulpverlening ambulanciers worden ingezet die niet aan de opleidingscriteria beantwoorden. Dit wettelijk verbod heeft een heel andere strekking dan een aanbeveling in de vorm van een administratieve circulaire.

De Minister wil dat het Parlement dit wetsontwerp aanneemt. Het zou een eerste aanzet vormen voor de verbetering van de opleidingen.

In een eerder stadium van de bespreking is de vraag opgeworpen van de uitbreiding van de interventie tot de particuliere instellingen; daarop antwoordt de Minister dat de huidige toestand in wetgeving zou moeten worden vertaald. De Raad van State heeft er echter op gewezen dat, bij de huidige stand van de wetgeving, de O.C.M.W.'s de dringende medische hulpverlening in de particuliere sector her hand moeten nemen. Vooraleer de wet kan worden gewijzigd, moet een studie worden uitgevoerd naar de gevolgen van budgettaire en organisatorische aard. De staatshervorming maakt de toestand nog ingewikkelder, omdat de wetgeving op de O.C.M.W.'s nu een gemeenschapsbevoegdheid is.

Wat de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de ambulanciers betreft, antwoordt de Minister dat deze niet in het geding is.

Een lid komt terug op het antwoord van de minister met betrekking tot de juridische waarde van de omzendbrief die de opleiding regelt. Het lid wijst erop dat die omzendbrief effectief gebruikt wordt om als dienst 100 te worden erkend. In de praktijk heeft hij dus wel degelijk kracht van wet. Daarom rijst de

demander si la durée de la formation ne peut pas être fixée par la voie d'une circulaire ministérielle au lieu de l'être par la loi, comme le Gouvernement le propose.

Une autre membre revient également sur certaines des remarques faites.

Concernant la relation entre le niveau fédéral et le niveau communautaire, elle déclare que l'autorité fédérale doit définir les qualifications professionnelles et que les Communautés devraient pouvoir assurer la formation.

L'intervenante souhaite par ailleurs obtenir un aperçu des organisations d'aide médicale urgente et de transport de patients.

Enfin, elle souligne que le projet de loi ne règle rien d'autre que l'organisation provinciale des centres de formation. L'habilitation à intervenir par la voie réglementaire donnée au Roi est (trop) large. Le Parlement n'aura donc plus aucun droit de regard sur le contenu de la formation.

La ministre fait remarquer que l'autorité fédérale est compétente pour la formation. Cela n'empêche que l'on peut envisager des formations dans le cadre de l'enseignement formel. Cette problématique devrait être abordée en même temps que l'examen du futur statut de la profession dans le cadre de l'arrêté royal n° 78.

La ministre fait remarquer, d'autre part, que le département n'est pas compétent pour le transport non urgent de patients; il ne dispose donc pas non plus d'informations à ce sujet.

En ce qui concerne le transport urgent de patients, quelque 70 p.c. de celui-ci est effectué par les pompiers-ambulanciers et quelque 30 p.c. en application de conventions avec le secteur privé. Toutefois, la situation varie d'une région à l'autre. La formation diffère également d'une province à l'autre. Dans certaines provinces, il existe déjà une bonne collaboration avec les grands hôpitaux.

En ce qui concerne la suggestion d'améliorer la formation par la voie d'une circulaire, la ministre fait remarquer qu'il n'existe actuellement aucune base légale permettant de réglementer cette formation. La seule réglementation existante concerne la subvention des formations.

Pour améliorer le contenu de la formation, il est donc nécessaire de légiférer.

La ministre signale, en outre, que l'on a demandé à des spécialistes de réaliser une étude sur le contenu de la formation d'ambulancier. Cette étude, qui servira de base à l'élaboration des arrêtés royaux, peut être mise à la disposition des membres (voir ci-après p. 30).

La ministre ajoute que les articles constituant le chapitre II du projet vont au-delà de la seule forma-

vraag of de duur van de opleiding niet bij ministeriële omzendbrief kan worden geregeld in plaats van bij wet, zoals door de Regering wordt voorgesteld.

Een ander lid komt eveneens terug op een aantal reeds gemaakte opmerkingen.

Inzake de verhouding federaal niveau - gemeenschapsniveau, merkt het lid op dat de federale overheid de beroepskwalificaties dient te bepalen en dat de gemeenschappen zouden kunnen instaan voor de vorming.

Het lid wenst voorts dat een overzicht zou worden verstrekt van de organisaties voor dringende medische hulpverlening en van patiëntenvervoer.

Ten slotte onderstreept het lid dat het wetsontwerp niets anders regelt dan de provinciale organisatie van vormingscentra. Aan de Koning wordt een (te) grote bevoegdheid verleend om regelend op te treden. Het Parlement heeft dus hoegenaamd geen inzicht in de inhoud van de opleiding.

De Minister merkt op dat de federale overheid bevoegd is voor de opleiding. Dat verhindert niet dat kan worden gedacht aan opleidingen binnen het gewone onderwijs. Deze problematiek kan terzelfdertijd worden behandeld als het toekomstige statuut van het beroep binnen het kader van het koninklijk besluit nr. 78.

De minister merkt van de andere kant op dat het departement niet bevoegd is voor het niet dringend patiëntenvervoer; het beschikt derhalve ook niet over informatie daarover.

Wat het dringend patiëntenvervoer betreft, geschiedt ongeveer 70 pct. door de ambulanciers-brandweerlieden en ongeveer 30 pct. op basis van overeenkomsten met de privé-sector. De situatie verschilt evenwel van regio tot regio. Ook de vorming verschilt van provincie tot provincie. In sommige provincies is er reeds een goede samenwerking met de grote ziekenhuizen.

Wat betreft de suggestie om de opleiding te verbeteren via een omzendbrief, merkt de minister op dat er momenteel geen enkele wettelijke basis is om die opleiding te regelen. Er is alleen een regeling met betrekking tot de subsidiëring van de opleidingen.

Voor een inhoudelijke verbetering van de opleiding is dus wetgevend optreden noodzakelijk.

De minister deelt voorts nog mede dat aan specialisten gevraagd werd een studie te maken over de inhoud van de opleiding tot ambulancier. Die studie, op basis waarvan de koninklijke besluiten zullen worden uitgewerkt, kan ter beschikking van de leden worden gesteld (zie hierna blz. 30).

De minister wijst er vervolgens op dat de artikelen opgenomen in hoofdstuk II van het ontwerp verder

tion. Le chapitre contient également une disposition qui interdit d'exercer la fonction de secouriste-ambulancier sans être détenteur du brevet requis.

Un membre ayant demandé si la majorité du personnel dépourvu de formation se trouve dans les services de pompiers, la ministre répond que la qualité de la formation dépend de la durée de celle-ci, ainsi que des organismes et des personnes qui la dispensent. Il y a dans le secteur privé, comme à la Croix-Rouge et chez les pompiers, du personnel bien formé et du personnel moins bien formé. Pour l'instant, la situation est telle que tout le monde a reçu en principe 60 heures de formation.

Un autre membre demande si la ministre veut dire par là que la formation actuelle est insuffisante du point de vue qualitatif.

La ministre déclare ne pas pouvoir répondre catégoriquement à cette question.

Etant donné l'évolution que l'on connaît pour ce qui est des premiers soins sur place et l'importance de l'administration de ceux-ci, une formation de 60 heures ne suffit pas. La formation permanente est importante aussi.

Le même intervenant aimerait savoir comment les services d'incendie réagissent. Il demande également qui paiera la formation complémentaire. Sont-ce les communes?

La ministre répond que les réactions des services d'incendie au plan du Gouvernement sont variables. Ceux qui sont actifs dans le secteur ont conscience de la nécessité d'une meilleure formation.

Résumant la discussion, le président observe que la loi sur l'aide médicale urgente indique ce que le secouriste doit faire; il doit prendre le blessé en charge, le soigner et l'accompagner jusqu'au service qui assurera la suite des soins. La discussion en commission porte sur le contenu de ces différentes tâches.

La prise en charge et le transport sont des tâches d'ambulancier, mais dispenser des soins est un acte infirmier. La question est de savoir si la formation doit être axée sur l'administration des soins ou sur la prise en charge. En d'autres termes, faut-il donner aux pompiers-ambulanciers une formation en vue de l'administration de premiers soins, ou faut-il fournir aux infirmiers une formation spéciale relative à l'évacuation des cas urgents? Voilà la question clef à laquelle aucune réponse n'a été donnée en commission, notamment parce qu'il n'existe pas de statut de secouriste chargé de l'aide médicale urgente en ce qui concerne les actes qu'il doit effectuer.

Ensuite se pose la question de savoir si, pour satisfaire à l'obligation qui lui incombe de donner effet à cette loi, l'autorité fédérale doit organiser la forma-

reiken dan de opleiding alleen. Het hoofdstuk bevat ook een bepaling luidens welke het verboden is de functie van hulpverlener-ambulancier uit te oefenen zonder houder te zijn van het desbetreffende brevet.

Aan een lid, dat wenst te weten of de meerderheid van het niet-opgeleid personeel zich bij de brandweerdiensten bevindt, antwoordt de minister dat de kwaliteit van de vorming afhangt van de duur van de opleiding en van de instellingen en personen die voor deze opleiding instaan. Zowel in de privé-sector, bij het Rode Kruis als bij de brandweer is er goed en minder goed gevormd personeel. Momenteel is de situatie zo dat iedereen in principe 60 uren opleiding heeft gevolgd.

Een ander lid vraagt hierop of de minister bedoelt te zeggen dat de huidige opleiding kwalitatief niet toereikend is.

De minister antwoordt dat op deze vraag geen eenduidig antwoord kan worden verstrekt.

Een opleiding van 60 uren is, gelet op de evolutie en gelet op het belang van de toediening van de eerste verzorging ter plaatse, te weinig. Ook de permanente navorming is van belang.

Hetzelfde lid wenst nog te weten hoe de brandweerdiensten hierop reageren. Bovendien vraagt hij wie de bijkomende opleiding zal betalen. De gemeenten?

De Minister antwoordt dat de reacties van de brandweer op de plannen van de Regering verschillend zijn. Zij die in deze sector actief zijn, zijn er zich van bewust dat een betere opleiding noodzakelijk is.

De voorzitter, de tot nu toe gevoerde discussie samenvattend, merkt op dat de wet op de dringende medische hulpverlening bepaalt wat de hulpverlener moet doen; hij moet ophalen, verzorgen en begeleiden naar de dienst die voor de verdere verzorging zal instaan. De bespreking in de commissie gaat over de invulling van die taken.

Ophalen en vervoeren zijn taken van de ambulancier, maar verzorgen is een verpleegkundige handeling. De vraag is nu: moet de opleiding gericht zijn op de verzorgingsopdracht dan wel op die van het ophalen? Met andere woorden, dient aan de brandweerlieden-ambulanciers een E.H.B.O.-opleiding te worden verstrekt of moeten de verpleegkundigen worden gespecialiseerd in het ophalen van dringende gevallen? Dat is de kernvraag waarop in de commissie geen antwoord is gekomen, mede omdat het statuut van de dringende medische hulpverlener, wat betreft de handelingen die hij moet verrichten, niet is uitgewerkt.

Vervolgens rijst de vraag of de verplichting die de federale overheid heeft om deze wet te onderbouwen, moet worden nagekomen door opleiding in

tion dans les écoles de pompiers ou conclure un accord avec les Communautés et faire dispenser la formation par les écoles de personnel paramédical.

La ministre s'engage à répondre par écrit aux questions restées sans réponse.

Au début d'une réunion suivante, la ministre fournit à la commission la note ci-après relative aux principes qui régissent la politique suivie en matière d'aide médicale urgente.

Aide médicale urgente: les principes de la politique suivie

La loi de 1964 sur l'aide médicale urgente réglemente l'aide aux personnes qui se trouvent sur la voie publique ou dans un lieu public et dont l'état de santé, par suite d'un accident ou d'une maladie, nécessite des soins immédiats.

Elle organise un système d'appels unifié, les premiers soins sur place, le transport des patients vers l'hôpital et leur hospitalisation dans un service de soins.

L'organisation de l'aide sur la base de cette loi était très progressiste. La création du système d'appels unifié, le 900, était innovateur et a donné le ton dans l'ensemble de l'Europe.

La loi réglemente assez strictement les obligations des différents acteurs. C'est essentiel, si l'on veut donner à la population la garantie d'une aide rapide et efficace. La loi a donc prouvé son mérite.

Au cours des décennies passées, de nombreuses évolutions se sont toutefois produites. L'organisation de l'aide médicale urgente n'a suivi que très partiellement cette évolution. Des initiatives ont souvent vu le jour malgré l'absence de base légale, ou sur la base d'une réglementation défectueuse. L'aide médicale urgente a essentiellement été modernisée au moyen de circulaires.

Aussi notre organisation autrefois si progressiste est aujourd'hui devenue un maillon faible dans le système des soins de santé. Un certain nombre de réformes fondamentales s'imposent. A cette fin, il est toutefois essentiel que les principes de base de la loi de 1964 demeurent garantis.

Les évolutions suivantes nous obligent à adapter l'organisation de l'aide médicale urgente:

- la prise de conscience qu'il est essentiel d'administrer aussi rapidement que possible les premiers soins sur place;
- la professionnalisation des prestataires de soins;

brandweerscholen dan wel of zij een regeling moet treffen met de gemeenschappen en de opleiding laten verstrekken door scholen die paramedici vormen.

De Minister zegt toe op de onbeantwoord gebleven vragen schriftelijk te zullen antwoorden.

Bij de aanvang van een volgende vergadering verstrekt de Minister aan de commissie de hiernavolgende notitie over de beleidsprincipes inzake de dringende geneeskundige hulpverlening.

Dringende geneeskundige hulpverlening: beleidsprincipes

De wet van 1964 op de dringende geneeskundige hulpverlening regelt de hulpverlening ten aanzien van personen die zich op de openbare weg of in een openbare plaats bevinden en wier gezondheidstoestand, door ongeval of ziekte, onmiddellijke verzorging vereist.

Zij organiseert het eenvormig oproepstelsel, de eerste verzorging ter plaatse, het vervoer van de patiënten naar het ziekenhuis en hun opname in een verplegingsdienst.

De organisatie van de hulpverlening op basis van deze wet was zeer vooruitstrevend. De creatie van het eenvormig oproepstelsel, de 900, was innoverend en is toonaangevend geweest voor geheel Europa.

De wet regelt vrij strikt de verplichtingen van de verschillende actoren. Dit is essentieel, wil men de bevolking de garantie kunnen geven op een vlugge en efficiënte hulpverlening. De wet heeft dan ook haar verdienste bewezen.

In de voorbije decennia hebben zich echter heel wat evoluties voorgedaan. De organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening werd aan deze evoluties slechts gedeeltelijk aangepast. De initiatieven die genomen werden, kwamen vaak tot stand ondanks het gebrek aan wettelijke basis, of op basis van een gebrekkige reglementering. De dringende geneeskundige hulpverlening werd in essentie vernieuwd via omzendbrieven.

Dit heeft tot gevolg dat onze, eens zo vooruitstrevende organisatie, nu veeleer een zwakke schakel in ons gezondheidszorgsysteem is geworden. Een aantal fundamentele hervormingen dringen zich op. Hierbij is het evenwel essentieel dat de basisprincipes van de wet van 1964 gevrijwaard blijven.

Volgende evoluties nopen ons tot aanpassing van de organisatie van de dringende medische hulpverlening:

- het inzicht dat het essentieel is zo vlug mogelijk de gepaste eerste zorgen ter plaatse te verstrekken;
- de professionalisering van de zorgverstrekkers;

— les évolutions technologiques qui créent de nouvelles possibilités;

— l'apparition de nouveaux risques qui augmentent l'éventualité de grandes catastrophes.

A. L'importance de premiers soins rapides et de bonne qualité

On a de plus en plus pris conscience que la rapidité avec laquelle un patient reçoit les premiers soins sur place est cruciale pour ses chances de survie et son pronostic de santé. Par le passé, on essayait de transporter le patient aussi rapidement que possible vers l'hôpital. A l'avenir, on attachera davantage d'attention à la qualité des premiers soins sur place, à l'envoi aussi rapide que possible de l'aide et à l'envoi de l'aide la plus appropriée.

A cette fin, les projets suivants sont développés:

— une meilleure formation et un meilleur soutien des ambulanciers;

— une meilleure régulation des appels aux centrales 100;

— l'établissement de normes pour les services S.M.U.R. et les services d'urgence.

1. La formation des ambulanciers

Les ambulanciers sont généralement les premiers prestataires de soins qui arrivent auprès du patient. Ils doivent être compétents pour poser les premiers actes salvateurs, évaluer s'il est nécessaire de faire appel à une aide médicale plus spécialisée, préparer le patient au transport et le transporter à l'hôpital.

La formation que les ambulanciers ont reçue jusqu'à présent était très succincte. Jusqu'en 1990, seule une formation de 20 heures était prévue. Depuis une circulaire de 1991, ce nombre d'heures est passé à 60. Toutefois, ce nombre d'heures reste encore peu élevé.

Le projet de loi, qui a déjà été approuvé par la Chambre, et qui est actuellement débattu au Sénat, doit permettre de remédier à cette carence. Ce projet de loi nous permettra d'agréer un centre de formation pour ambulanciers dans chaque province.

Nous avons l'intention de porter la formation des ambulanciers à 120 heures plus 40 heures de stage. En outre, une formation permanente annuelle de 24 heures serait assurée. Les différents acteurs de l'aide médicale urgente seront associés à la réalisation d'une formation et d'un recyclage de qualité. Le lien avec les hôpitaux disposant d'un service S.M.U.R. sera développé.

Cette formation offrira aux ambulanciers la possibilité de reprendre la place qui leur revient dans la

— de technologische evoluties die nieuwe mogelijkheden creëren;

— het ontstaan van nieuwe risico's die de kans op grote rampspoedige gebeurtenissen verhogen.

A. Het belang van vlugge en goede eerste zorgen

Het inzicht groeide dat de snelheid waarmee een patiënt de eerste zorgen ter plaatse ontvangt cruciaal is voor zijn kansen op overleving en zijn gezondheidsprognose. In het verleden trachtte men de patiënt zo vlug mogelijk naar het ziekenhuis te vervoeren. In de toekomst zullen we meer aandacht moeten besteden aan de kwaliteit van de eerste zorgen ter plaatse, aan het zo vlug mogelijk uitsturen van de hulp en aan het uitsturen van de meest gepaste hulp.

Met dat doel, staan volgende projecten op stapel:

— een betere opleiding en ondersteuning van de ambulanciers;

— een betere regulatie van de oproepen in de 100 centrales;

— het vaststellen van normen voor de M.U.G.-diensten en spoedgevallendiensten.

1. De opleiding van de ambulanciers

De ambulanciers zijn meestal de eerste hulpverleners die bij de patiënt aankomen. Zij dienen bekwaam te zijn om de eerste levensreddende handelingen te stellen, in te schatten of het nodig is meer gespecialiseerde medische hulp op te roepen, de patiënt klaar te maken voor het transport en hem naar het ziekenhuis te vervoeren.

De opleiding die de ambulanciers hiervoor tot nu toe ontvingen, was zeer laag. Tot 1990 was er enkel een opleiding van 20 uren voorzien. Sinds een omzendbrief van 1991 is dit aantal opgetrokken tot 60 uren. Ook dit aantal blijft nog laag.

Het voorliggende wetsontwerp moet het mogelijk maken deze tekorten te ondervangen. Dit wetsontwerp zal ons in staat stellen per provincie een opleidingscentrum voor ambulanciers te erkennen.

Het ligt in onze bedoeling de opleiding van de ambulanciers op 120 uren en 40 uren stage te brengen. Bovendien zou er een jaarlijkse permanente navorming van een 24-tal uren worden verzekerd. De verschillende actoren uit het veld van de dringende geneeskundige hulpverlening zullen betrokken worden bij de realisatie van een kwaliteitsvolle opleiding en navorming. De band met ziekenhuizen met een M.U.G. dienst zal ingebouwd worden.

Deze opleiding zal de ambulanciers de mogelijkheid bieden om terug de plaats in te nemen die hen

chaîne de l'aide, pour faire face aux nouvelles situations qui pourraient leur échapper et pour administrer des premiers soins de qualité.

Afin de préparer cette nouvelle formation, on travaille à la rédaction d'un manuel qui doit permettre de donner partout une formation.

2. Les services S.M.U.R. (service médical d'urgence et de réanimation)

Un service médical d'urgence et de réanimation est une équipe composée au moins d'un médecin spécialiste et d'un infirmier. Il quitte l'hôpital à bord d'un véhicule disposant d'un équipement médical à la réception d'un appel d'urgence pour lequel une aide médicale spécialisée sur place semble requise.

Il est nécessaire de réglementer ces services, de leur fournir les normes de qualité nécessaires et d'encourager la coopération régionale dans le cadre de la médecine préhospitalière. Les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique collaborent à une réglementation pour ces services S.M.U.R., sur la base d'une expérience qui est menée dans les hôpitaux. Le but est d'assurer une répartition équilibrée des services de bonne qualité sur le territoire du pays.

3. La régulation

La différenciation des moyens qui peuvent être envoyés sur place lorsque le central 100 reçoit un appel, augmente la responsabilité du préposé qui répond aux appels. Il est capital que les moyens adaptés soient envoyés le plus rapidement possible sur place: équipe S.M.U.R., ambulance ou éventuellement médecin généraliste.

C'est pourquoi nous recherchons le profil le plus adapté pour le préposé dans les centrales. Un certain nombre d'expériences sont en cours avec des régulateurs médicaux et des régulateurs non médicaux.

Il entre dans nos intentions d'élargir un système de régulation, qui peut prouver un bon rapport coûts/efficacité, aux autres centres 100.

En fonction des résultats des études en cours, un certain nombre de projets-pilotes seront lancés en 1994.

4. Les services d'urgence dans les hôpitaux

Une fois que le patient a reçu les premiers soins nécessaires et que son état est stabilisé, il est important qu'il soit transféré dans l'infrastructure médicale adaptée. Jusqu'à présent, on mettait surtout l'accent sur l'hôpital le plus proche où le patient devait être conduit. Pour l'avenir, on préférera un hôpital bien équipé. En d'autres termes, il est préférable de rouler

toekomst in de hulpketen, om het hoofd te bieden aan situaties die hen hoe langer hoe meer dreigen te ontsnappen en om op een kwaliteitsvolle wijze de eerste zorgen toe te dienen.

Ter voorbereiding van deze nieuwe opleiding, wordt aan een hanleiding gewerkt, die het moet mogelijk maken dat de opleiding overal op eenvormige wijze wordt gegeven.

2. De M.U.G. diensten (Medische Urgentiegroepen)

Een Medische Urgentiegroep is een team van minstens een arts-specialist en een verpleegkundige, die met een medisch uitgeruste wagen vanuit het ziekenhuis vertrekken zodra een oproep binnenkomt voor een spoedgeval waarvoor gespecialiseerde medische hulp ter plaatse gewenst lijkt.

Het is nodig om deze diensten te reglementeren, ze van de nodige kwaliteitsnormen te voorzien, en de regionale samenwerking in de prehospitaalgeneeskunde aan te moedigen. De Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid werken samen aan een reglementering voor deze M.U.G. diensten, op basis van een experiment dat in de ziekenhuizen gevoerd wordt. Het ligt in de bedoeling een evenwichtige spreiding van kwalitatief goede diensten over 's lands grondgebied te verzekeren.

3. De regulatie

Door de differentiatie van het aanbod aan middelen die kunnen uitgestuurd worden als er een oproep in de 100 centrale binnenkomt, wordt de verantwoordelijkheid van de aangestelde die de oproepen beantwoordt groter. Het is van kapitaal belang dat zo vlug mogelijk de juiste middelen worden uitgestuurd: M.U.G. team, ambulancewagen of eventueel huisarts.

Vandaar dat wij zoeken naar het meest gepaste profiel van de aangestelde in de centrales. Een aantal experimenten zijn lopende met medisch en niet-medisch opgeleide regulatoren.

Het ligt in onze bedoeling om een systeem van regulatie dat een goede kosten/effectiviteitsscore kan aantonen, uit te breiden naar andere 100 centra.

In functie van de resultaten van de lopende studies zal er in 1994 met een aantal pilootprojecten gestart worden.

4. De spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen

Eenmaal een patiënt de nodige eerste zorgen heeft ontvangen en gestabiliseerd is, is het belangrijk dat hij in de aangepaste medische infrastructuur terecht komt. Tot nu toe lag het accent vooral op het dichtsbijzijnde ziekenhuis waarnaar de patiënt diende vervoerd te worden. Voor de toekomst is het belangrijker dat het een goed uitgerust ziekenhuis is.

cinq minutes de plus avec un patient qui a reçu des premiers soins de bonne qualité pour parvenir dans une structure adaptée. Nous devons donc définir clairement les services d'urgence en termes de normes de qualité. Les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales se concertent à ce propos.

B. Professionnalisation des prestations de soins

L'aide médicale urgente s'est fortement professionnalisée au cours de ces dernières années au point d'en faire une discipline à part, avec des compétences spécifiques. Cette évolution s'est produite tant pour les médecins, les infirmiers que pour les ambulanciers. Une agrégation de ces spécialisations nous permettrait d'imposer des normes de qualité plus précises aux divers services.

Le statut de médecin urgentiste sera prochainement fixé par arrêté ministériel. Celui des infirmiers urgentistes fait actuellement l'objet d'une discussion au sein du Conseil national de l'art infirmier.

Enfin, une proposition de statut pour les ambulanciers sera élaborée par un groupe de travail au sein du Conseil national des professions paramédicales.

C. L'informatique et la télématique créent de nouvelles possibilités

L'installation et le fonctionnement des centres d'appel 100 relève de la compétence du ministre de l'Intérieur. Le Gouvernement a décidé d'équiper ces centraux d'appareils de communication informatiques et télématiques via le projet N.A.T.I.N.U.L. Les services des pompiers locaux seront en liaison directe avec ce réseau.

Ce projet permettra une communication plus rapide et plus complète du traitement d'un appel à l'aide.

En outre, il nous offre la possibilité d'enregistrer de manière plus systématique les activités des centres 100. Cet enregistrement peut devenir à l'avenir un instrument politique important et servir à évaluer et à améliorer la qualité des interventions.

Nous examinons également les possibilités de relier les services hospitaliers et les services d'ambulances privés au système N.A.T.I.N.U.L.

D. Nouveaux risques : grandes catastrophes

Depuis la promulgation de la loi de 1964, notre société a connu des évolutions qui ont fait sensible-

Om het eenvoudig uit te drukken : men kan beter vijf minuten verder rijden met een patiënt die goede eerste zorgen ontvangen heeft, om in een gepaste structuur terecht te komen. Dit houdt in dat we duidelijker kwaliteitsnormen aan de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen zullen stellen. Hierover wordt er overleg gepleegd tussen de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

B. Professionalisering van de zorgverlening

De dringende geneeskundige hulpverlening heeft zich in de voorbije jaren geprofessionaliseerd tot een aparte discipline, met specifieke deskundigheden. Deze evolutie heeft zich zowel voor de artsen, verpleegkundigen als ambulanciers voorgedaan. Een erkenning van deze specialisaties, zal het ons mogelijk maken duidelijkere kwaliteitsnormen op te leggen aan de verschillende diensten.

Het statuut voor de urgentiearts zal eerstdaags bij ministerieel besluit worden geregeld. Een statuut voor de spoedgevallenverpleegkundigen ligt ter discussie in de Nationale Raad voor Verpleegkunde.

Een voorstel voor statuut voor de ambulancier tenslotte, zal uitgewerkt worden door een werkgroep binnen de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen.

C. De informatica en telecommunicatie scheppen nieuwe mogelijkheden

De installatie en de werking van de 100 oproepcentrales, behoort tot de bevoegdheden van de Minister van Binnenlandse Zaken. De Regering heeft beslist om deze centrales uit te rusten met informatica- en telecommunicatieapparatuur d.m.v. het zgn. N.A.T.I.N.U.L.-project. De lokale brandweerdiensten zullen in rechtstreekse verbinding staan met dit netwerk.

Dank zij dit project zal het mogelijk worden de communicatie bij het behandelen van een hulpoproep vlugger en veiliger te laten verlopen.

Bovendien biedt het ons de mogelijkheid de activiteiten van de 100-diensten op een meer systematische wijze te registreren. Deze registratie kan in de toekomst een belangrijk beleidsinstrument worden en een instrument om de kwaliteit van de interventies te evalueren en te verbeteren.

Tevens onderzoeken wij de mogelijkheden om ziekenhuisdiensten en privé-ambulancediensten te verbinden met dit N.A.T.I.N.U.L.-systeem.

D. Nieuwe risico's : grote rampen

Sinds de oprichting van de wet van 1964, heeft onze maatschappij evoluties ondergaan die de kansen op

ment augmenter les risques de catastrophes importantes. L'augmentation d'échelle de certaines activités, la plus grande mobilité, l'industrialisation grandissante avec utilisation et transport de substances dangereuses ou toxiques augmentent le risque qu'un accident ou un événement représente une menace sérieuse pour la santé de larges groupes de personnes.

Il est donc nécessaire d'organiser l'aide médicale de manière à ce que, en cas de situation de crise, on puisse intervenir de manière efficace et rapide.

Etant donné que les services médicaux qui interviennent en cas de catastrophe n'ont pas de lien direct et apportent chacun leur aide selon leurs propres approches, cette aide ne se déroule pas toujours de la manière la plus efficace. Nous avons donc besoin d'urgence d'une discipline uniforme pour les différents services d'aide, afin d'utiliser les mêmes procédures, avec des répartitions claires des tâches et une structure décisionnelle hiérarchique, afin de permettre une coopération efficace et rapide.

Conclusions

Toutes ces réformes sont importantes et doivent être bien préparées. Il est primordial d'associer les différents intervenants de l'aide médicale urgente au processus. C'est pourquoi nous allons créer un organe consultatif qui conseillera le ministre en ces matières. Le projet d'arrêté royal relatif au Conseil national de l'A.M.U. est actuellement soumis à l'avis du Conseil d'Etat.

De nombreux projets sont en cours, ainsi que des expériences, des travaux d'études, des négociations, etc. Si l'on nous donne la possibilité de réaliser ces intentions, l'aide médicale urgente pourra à nouveau occuper la place et la mission progressistes, efficaces et de qualité qu'elle avait il y a 30 ans.

En outre, la ministre transmet encore trois autres notes, concernant respectivement:

- les aspects médicaux de la régulation par le centraliste 100: état des lieux de deux expériences;
- un manuel pour la formation des ambulanciers;
- une étude des besoins au niveau des services ambulanciers.

Ces documents sont joints en annexe au présent rapport.

Un commissaire répète ce qu'il a dit précédemment.

Bien que le projet de loi soit bien orienté, la pratique montre que le nombre d'urgences vraies ne s'élève

grote rampen aanzienlijk hebben doen toenemen. Schaalvergroting, de toegenomen mobiliteit, de voortschrijdende industrialisering met de aanwending en het vervoer van schadelijke en giftige stoffen verhogen de kans dat een ongeval of een gebeurtenis een ernstige bedreiging inhoudt voor de gezondheid van grote groepen mensen.

Het is dan ook nodig de medische hulpverlening zodanig te organiseren, dat in geval van een noodsituatie op een snelle en efficiënte wijze kan opgetreden worden.

Aangezien de medische diensten die optreden ingeval van een ramp, niet in een duidelijke verhouding tot elkaar staan en elk volgens hun eigen inzichten en vermogen hulp bieden, verloopt deze hulp niet steeds op de meest doelmatige wijze. Er is dringend nood aan een eenvormige discipline voor de verschillende hulpdiensten, opdat zij dezelfde procedures hanteren, met duidelijke taakafspraken en een hiërarchische beslissingsstructuur, zodanig dat een vlugge en efficiënte samenwerking mogelijk wordt.

Besluit

Al deze hervormingen zijn ingrijpend en dienen goed voorbereid te worden. Het is belangrijk de verschillende intervenanten in de dringende geneeskundige hulpverlening te betrekken bij dit proces. Vandaar dat wij een adviesorgaan zullen oprichten dat de Minister adviseert in deze aangelegenheden. Het koninklijk besluit hieromtrent bevindt zich op dit ogenblik bij de Raad van State.

Heel wat projecten zijn lopende, er zijn experimenten, studiewerk, onderhandelingen, enz. Indien we de kans krijgen om deze intenties te realiseren, zal de dringende geneeskundige hulpverlening terug haar plaats kunnen innemen die ze 30 jaren geleden bekleedde, als een vooruitstrevende, efficiënte en kwaliteitsvolle organisatievorm.

De Minister verstrekt bovendien nog drie andere notities, respectievelijk over:

- de medische aspecten van de regulatie door de 100-centralist: stand van zaken van twee experimenten;
- een handleiding voor de opleiding van ambulanciers;
- een studie over de behoeften op het vlak van de ambulancediensten.

Deze stukken zijn als bijlage bij dit verslag opgenomen.

Een commissielid herhaalt wat hij reeds bij een vorige gelegenheid heeft gezegd.

Hoewel het wetsontwerp een stap in de goede richting is, blijkt uit de praktijk dat het vervoer per

qu'à 10 p.c. des transports. Quel aurait été, parmi ces 10 p.c., le nombre de cas avantagés par une prise en charge médicale sur les lieux des faits? Ce nombre, selon le commissaire, est très réduit.

D'autre part, il est un fait que la mise en place d'un dispositif, tel que prévu par le projet de loi, sera fort coûteux. Il vaudrait mieux affecter l'argent disponible à une politique de prévention des accidents de la route, qui constituent le gros des urgences justiciables des soins sur place.

Se référant à l'étude des besoins au niveau des services ambulanciers (voir annexe 3, cinquième alinéa), un autre membre demande quand les ambulances seront modernisées et quel sera le coût de l'opération. Il demande, en outre, combien coûtera le recyclage du personnel.

A propos du même passage de cette étude, un autre membre demande s'il s'agit, en l'espèce, des services 100 du Ministère de la Santé publique ou d'établissements privés qui assurent le service 100.

La ministre répond à cette dernière question que l'étude concerne les services publics et privés.

Un autre membre constate tout d'abord que la surveillance permanente des soins médicaux d'urgence est coûteuse. Les différents services se sont vus attribuer, chacun, une partie du « territoire ». Il arrive cependant que trois services différents se rendent, à peu près au même moment, sur le lieu d'un accident. De quelle façon veille-t-on à respecter la répartition du territoire; y a-t-il réellement une répartition?

L'intervenant souhaiterait savoir, ensuite, si, dans l'hôpital où l'on transporte un patient, il y a toujours un médecin; en d'autres termes, s'il existe des critères pour l'agrément des services de médecine d'urgence dans les hôpitaux.

Il ressort de la note communiquée par la ministre que nombre d'ambulances sont insuffisamment équipées; mais le personnel préposé aux ambulances est également très divers. Il y a des S.M.U.R. (services mobiles d'urgence et de réanimation) et des services d'ambulances classiques. Y a-t-il des critères pour définir ce qu'est un S.M.U.R.? Qui peut adjoindre un S.M.U.R. à son service?

L'intervenant souligne ensuite que les standardistes jouent un rôle important. Bénéficient-ils d'une formation? Il semblerait qu'il est moins coûteux d'être pris en charge par un service d'urgence et, après avoir été traité dans l'hôpital, d'être reconduit chez soi par ce même service, que d'appeler un taxi. C'est notamment pour cette raison que l'on est arrivé à la situation

ambulance slechts in 10 pct. van de gevallen echt dringend is. In hoeveel gevallen van die 10 pct. zou medische hulpverlening ter plaatse de patiënt ten goede zijn gekomen? Dat aantal is volgens het commissielid zeer beperkt.

Daarenboven is het zeker dat de invoering van een regeling zoals bepaald in het wetsontwerp, heel duur is. Het beschikbare geld zou beter gebruikt worden om een beleid te voeren dat gericht is op het voorkomen van verkeersongevallen, die het grootste percentage vormen van de spoedgevallen waarvoor hulp ter plaatse vereist is.

Een ander lid verwijzend naar de studie over de behoeften op het vlak van de ambulancediensten (zie bijlage 3, vijfde lid) vraagt wanneer de ambulancevoertuigen zullen gemoderniseerd zijn en wat de kostprijs daarvan is. Het lid vraagt bovendien wat de bijscholing van het personeel zal kosten.

Nog een ander lid vraagt, met betrekking tot dezelfde passage van die studie, of het hier gaat om diensten 100 van het Ministerie van Volksgezondheid dan wel om privé-instellingen die de dienst 100 verzekeren.

De Minister antwoordt op de laatste vraag dat zowel de openbare als de privé-diensten worden bedoeld.

Een volgende spreker constateert eerst en vooral dat de permanente bewaking van de dringende geneeskundige zorgverlening niet goedkoop is. Aan de verschillende diensten is een gedeelte van het territorium toegewezen. Nochtans gebeurt het dat drie verschillende diensten zich ongeveer tegelijk begeven naar de plaats van een ongeval. Hoe wordt de verdeling van het territorium bewaakt en is er wel een verdeling?

De spreker wenst voorts te weten of er steeds een arts aanwezig is in het ziekenhuis waarnaar een patiënt wordt vervoerd; met andere woorden: zijn er criteria voor de erkenning van spoedgeneeskundige diensten in de ziekenhuizen?

Volgens de notitie verstrekt door de Minister zijn heel wat ambulances onvoldoende uitgerust; maar ook de bezetting van de ambulances is zeer verscheiden. Er zijn de zogenaamde M.U.G.'s en de klassieke ambulances. Bestaan er criteria voor het bepalen van wat een M.U.G. is? Wie kan een dergelijke M.U.G. aan zijn dienst verbinden?

De spreker wijst er vervolgens op dat de standardisten een belangrijke rol spelen. Zijn er opleidingen voor die personen? Het blijkt goedkoper te zijn te worden opgehaald door een spoeddienst en door die dienst, na verzorging in het ziekenhuis, naar huis te worden gevoerd dan beroep te doen op een taxi. Mede daardoor lijkt men tot de situatie te komen

décrite par le premier intervenant et dans laquelle l'aide médicale urgente n'est nécessaire que dans 10 p.c. des cas d'appel.

L'intervenant renvoie ensuite à la note de politique générale jointe au projet de budget général des dépenses 1994 — section santé publique — où il est question du statut des secouristes-ambulanciers. Le projet de loi à l'examen parle d'ambulanciers. Y a-t-il une évolution en la matière qui nécessite un amendement du texte?

L'intervenant remarque, enfin, qu'aux dires de certains initiés, une meilleure répartition des tâches entre les hôpitaux et les services permettrait d'améliorer l'efficacité du service avec les moyens actuellement disponibles.

Un autre commissaire déduit du texte du projet que l'on organisera quelque chose province par province. Il demande si l'on procédera également, province par province, à une répartition des tâches, à une hiérarchisation. Si oui, cela se fera-t-il par arrêté royal ou bien les provinces elles-mêmes vont-elles jouer un rôle en la matière; au cas où elles joueraient un rôle, comment le feront-elles?

D'après la ministre, l'on trouve la réponse à certaines des questions posées dans la note concernant les principes de la politique. L'objectif est non seulement de régler la formation des ambulanciers, mais également de prendre d'autres initiatives politiques. La ministre renvoie, notamment, aux propos du premier intervenant concernant le petit nombre de cas réellement graves qui se retrouvent dans les services d'urgence.

L'on est en train de faire une expérience en matière de régulation dans les centraux 100. L'avantage d'une bonne régulation, c'est que les moyens appropriés sont mis en œuvre en faveur du patient, et que l'on vérifie d'abord si le médecin de famille peut, à lui seul, résoudre le problème médical. Dans la négative, il convient de transporter le patient à l'hôpital et il faut décider, dès lors, de l'envoi soit d'une ambulance, soit d'un S.M.U.R. Une prochaine étape pourrait être d'associer les médecins de famille à l'aide médicale urgente.

La ministre répond à l'avant-dernier intervenant que les préposés aux centraux 100 sont actuellement des pompiers-ambulanciers qui n'ont pas bénéficié de formation complémentaire. Une expérience qui a été menée à Gand a démontré qu'une formation médicale brève mais intense améliore fortement la qualité de leurs décisions.

Pour ce qui est de l'équipement des ambulances, l'on est en train d'examiner comment se présente la situation (voir annexe 3). L'on se dirigera probablement dans le sens d'une limitation du parc automobile d'ambulances, mais en veillant à mieux le répartir et à mieux l'équiper.

waarop de eerste spreker heeft gewezen, namelijk dat slechts 10 pct. van de oproepen aanleiding geven tot dringende geneeskundige hulpverlening.

Spreker verwijst vervolgens naar de beleidsnota bij het ontwerp van algemene uitgavenbegroting 1994 — sectie volksgezondheid — waarin gehandeld wordt over het statuut van de helpers-ambulanciers. In het wetsontwerp is er sprake van ambulanciers. Is er ter zake een evolutie die amendering van de tekst noodzakelijk maakt?

De spreker merkt ten slotte op dat, volgens ingewijden, een betere taakverdeling tussen de ziekenhuizen en tussen de diensten zou leiden tot een doelmatiger dienstverlening met de thans ter beschikking zijnde middelen.

Een laatste spreker leidt uit de tekst van het ontwerp af dat er « per provincie iets georganiseerd wordt ». Hij vraagt of er per provincie ook een taakverdeling, een hiërarchisering zal worden doorgevoerd. Zal dat bij koninklijk besluit geschieden of gaan de provincies zelf hierin een rol spelen en zo ja, op welke wijze?

Volgens de Minister is het antwoord op een aantal gestelde vragen te vinden in de notitie die handelt over de beleidsprincipes. Het is niet alleen de bedoeling de opleiding van de ambulanciers te regelen maar ook andere beleidsinitiatieven te nemen. De Minister verwijst met name naar hetgeen de eerste spreker heeft gezegd over het geringe aantal werkelijk zware gevallen die in de hulpdiensten terechtkomen.

Er is een experiment regulatie gaande in de 100-centrales. Het belang van een goede regulatie bestaat hierin dat voor een patiënt de passende middelen worden ingezet en dat eerst wordt nagegaan of de huisarts het medisch probleem alleen kan afhandelen. Zo dat niet kan, dient er vervoer naar het ziekenhuis plaats te vinden. Op dat ogenblik dient te worden uitgemaakt of een ambulancewagen dan wel een M.U.G. dient te worden uitgestuurd. Een volgende stap zou kunnen zijn: inschakeling van de huisartsen in de dringende geneeskundige hulpverlening.

De Minister antwoordt aan de op een na laatste spreker dat de aangestelden van de centrales 100 momenteel pompiers-ambulanciers zijn die geen bijkomende vorming hebben genoten. Een experiment dat in Gent werd uitgevoerd, heeft uitgewezen dat een korte maar intense medische opleiding de kwaliteit van hun beslissingen sterk verbetert.

Wat de uitrusting van de ambulancewagens betreft, wordt onderzocht wat de bestaande situatie is (zie bijlage 3). Vermoedelijk zal men gaan naar een beperking, maar ook naar een betere spreiding en uitrusting van het wagenpark.

Les moyens nécessaires au financement de la formation seront inscrits au budget 1994, du moins si le projet de loi à l'examen est approuvé en temps voulu.

Aux questions relatives aux critères qu'il faudrait appliquer aux hôpitaux et aux S.M.U.R., la ministre répond qu'il n'en existe pas encore pour ces derniers; légalement, les S.M.U.R. n'existent pas encore.

Il en va de même en ce qui concerne les services d'urgence dans les hôpitaux; tous les hôpitaux agréés doivent disposer d'un service de garde 24 heures sur 24, mais les hôpitaux qui sont associés au service 100 doivent encore satisfaire à des critères complémentaires. Il n'existe, toutefois, pas encore de réglementation légale pour ces derniers.

La ministre admet qu'il arrive que plus d'une ambulance se rende sur le lieu d'un accident. Elle remarque que les appels qui arrivent au central 100 sont bien gérés, mais que d'autres services sont également informés en cas d'accident et envoient dès lors également une voiture.

Pour prévenir ce genre de situation, on imposera à tous les services qui reçoivent un appel d'en informer le central 100.

La ministre répond enfin au même intervenant qu'en ce qui concerne les secouristes-ambulanciers, la terminologie n'a pas été modifiée.

Elle répond à la question du dernier intervenant que l'on a choisi de reconnaître un seul centre de formation par province. Cela ne signifie pas que la province sera elle-même responsable de cette formation. Ce choix n'influe pas davantage sur l'organisation de l'aide médicale urgente au niveau provincial. On obligera de toute façon les hôpitaux à collaborer localement. Dans certaines régions, l'offre est excessive, ce qui ne favorise pas la qualité, mais le but n'est pas d'imposer une organisation par province. Les règles précises de cette répartition des tâches doivent encore être élaborées.

Un membre en revient à la question du rôle que les Communautés jouent en cette matière. Le projet de loi à l'examen risque d'aggraver l'éparpillement de tous les types de formation. Il y a lieu de se demander si cela n'aggraverait pas aussi la confusion qui existe entre le pouvoir fédéral et les Communautés en ce qui concerne la répartition des tâches.

Au cours d'une réunion précédente, on a déclaré que l'on conclurait des accords avec les Communautés. A-t-on déjà des précisions sur ce point? En a-t-on déjà discuté avec les Communautés?

La ministre répond que l'intervention du niveau fédéral en cette matière se justifie étant donné que la

De middelen voor de financiering van de opleiding zullen op de begroting 1994 worden uitgetrokken, ten minste wanneer het ter bespreking liggende wetsontwerp tijdig wordt goedgekeurd.

Op de vragen met betrekking tot de criteria voor de M.U.G.-diensten en de ziekenhuizen, antwoordt de Minister dat er voor eerstgenoemde nog geen criteria zijn; wettelijk bestaan ze nog niet.

Hetzelfde geldt voor de spoedgevallendiensten in de ziekenhuizen; alle erkende ziekenhuizen dienen te beschikken over een wachtdienst die 24 uren op 24 functioneert, maar ziekenhuizen die ingeschakeld worden in de dienst 100, dienen nog te voldoen aan bijkomende criteria. Voor die criteria is er evenwel nog geen wettelijke regeling.

De Minister geeft toe dat het voorkomt dat meer dan een ambulance zich naar de plaats van het ongeval begeeft. Zij merkt op dat de oproepen die in de 100-centrale binnenkomen goed geregeld zijn; dat neemt niet weg dat andere diensten eveneens kennis krijgen van een ongeval en een wagen uitsuren.

Om zulke situaties te vermijden zal aan alle diensten die een oproep ontvangen, de verplichting worden opgelegd, de 100-centrale daarvan in kennis te stellen.

De Minister antwoordt ten slotte aan dezelfde spreker dat er met betrekking tot de helpers-ambulanciers geen wijziging is in de terminologie.

Op de vraag van de laatste spreker antwoordt zij dat geopteerd werd voor de erkenning van één opleidingscentrum per provincie. Dat wil niet zeggen dat de provincie zelf daarvoor zal instaan. Die optie heeft evenmin invloed op de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening op provinciaal vlak. Alleszins zal regionale samenwerking tussen de ziekenhuizen worden opgelegd. In bepaalde regio's is er een overaanbod, hetgeen de kwaliteit niet ten goede komt, maar het is niet de bedoeling een organisatie per provincie door te voeren. De nadere regelen van die taakverdeling moeten nog worden uitgewerkt.

Een lid komt nog terug op de rol van de Gemeenschappen in deze aangelegenheid. Het wetsontwerp dreigt te leiden tot een verdere versnippering van alle soorten van opleiding. De vraag is of zulks niet een nog grotere verwarring in de taakverdeling tussen de federale overheid en de Gemeenschappen in de hand zal werken.

Tijdens een voorgaande vergadering werd gezegd dat met de Gemeenschappen afspraken zouden worden gemaakt. Is hierover al meer duidelijkheid? Zijn er al gesprekken met de Gemeenschappen geweest?

De Minister antwoordt dat de bevoegdheid van het federaal niveau op dit terrein verantwoord is aange-

formation visée par le projet de loi s'adressera à des personnes en fonction, à des personnes qui ont été recrutées pour cette profession. A partir de ce moment, on ne peut pas demander aux Communautés de prendre en charge la formation.

L'intervenant n'est pas convaincu par cette réponse. L'enseignement de promotion sociale s'adresse également à des personnes qui exercent déjà une activité professionnelle. Ce sont pourtant bien les Communautés qui sont compétentes en la matière.

La ministre souligne encore que la formation visée par le projet de loi donne en même temps une habilitation d'intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente. En plus, les personnes en question reçoivent la formation dans le cadre de leurs heures de prestation rémunérées. Il est à noter aussi que ce seront les hôpitaux et les services d'aide médicale urgente qui vont dispenser les cours.

Plusieurs membres soulignent que la réglementation fragmentaire prévue par le projet de loi les laisse toujours insatisfaits.

Ils attirent une nouvelle fois l'attention sur la nécessité d'examiner l'ensemble du problème des ambulanciers ou, en d'autres termes, élaborer un projet intégral qui tienne compte des différents aspects de la question (formation, organisation de la profession, réglementation pratique en ce qui concerne le transport, organisation et coordination des différents services,...).

Ils demandent ensuite quels sont les résultats de l'évaluation des expériences et projets en cours.

En examinant le problème dans son ensemble, ces commissaires y distinguent les points suivants:

1. Systèmes d'appel:

- Qui juge de la nécessité de l'aide?
- N'y a-t-il pas un manque d'uniformité (n° d'appel 100 et 105)?

2. Aide sur place:

- Qui coordonne cette aide?
- Qui est le responsable final?
- Quelles sont les règles applicables au public présent? (importance de l'action en 3 minutes — Réanimation cardio-pulmonaire — *Cardio Pulmonary Rescue*-C.P.R.)?

— Aide médicale urgente: il faut réglementer et coordonner les différents systèmes (S.M.U.R., véhicules 100, ambulances) pour ce qui est de leurs équipages et de leurs équipements; ne faut-il pas procéder ici à une répartition territoriale (limitation) et définir une politique d'établissement? Maintiendra-t-on, dans une phase transitoire, les ambulanciers volontaires?

zien de opleiding die in het wetsontwerp beoogd wordt, bedoeld is voor personen in dienst, voor personen die werden aangeworven voor dat beroep. Derhalve kan aan de Gemeenschappen niet worden gevraagd om voor de opleiding te zorgen.

Het lid vindt dit antwoord niet overtuigend. Het onderwijs voor sociale promotie is ook bestemd voor personen die al een beroepsactiviteit uitoefenen. Nochtans zijn de Gemeenschappen hiervoor bevoegd.

De Minister merkt nog op dat de opleiding die in het wetsontwerp beoogd wordt, terzelfdertijd de betrokkenen machtigt op te treden in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening. Daarenboven krijgen de betrokkenen de opleiding tijdens hun bezoldigde werkuren. Opgemerkt zij ook dat de ziekenhuizen en de diensten voor dringende geneeskundige hulpverlening de opleiding zullen verzorgen.

Verscheidene leden wijzen erop dat zij nog steeds moeite hebben met de fragmentaire regeling waarin het wetsontwerp voorziet.

Zij leggen er nogmaals de nadruk op dat de problematiek van de ambulanciers in zijn totaliteit moet behandeld worden, dat m.a.w. een allesomvattend plan moet uitgewerkt worden dat rekening houdt met de verschillende aspecten van de problematiek (opleiding, organisatie van het beroep, praktische regeling voor het vervoer, organisatie en coördinatie van de verschillende diensten, ...).

Voorts vragen zij naar de resultaten van de evaluatie van de lopende experimenten en projecten.

Wat de problematiek in zijn geheel betreft, onderscheiden deze leden volgende te behandelen problemen:

1. Oproepsystemen:

- Wie beoordeelt of hulp moet geboden worden?
- Is er geen gebrek aan eenvormigheid (zowel oproepnummer 100 als nummer 105)?

— 2. Hulp ter plaatse:

- Wie coördineert deze hulp?
- Wie is de eindverantwoordelijke?
- Welke regels gelden voor de omstaanders? (belang van de actie 3 minuten — *Cardio Pulmonary Rescue* C.P.R.)?

— Dringende geneeskundige hulpverlening: de verschillende systemen (M.U.G., 100-wagens, ziekenwagens) moeten gereguleerd worden inzake bemanning en uitrusting en moeten op elkaar afgestemd worden; moet hier geen territoriale spreiding (beperking) en een vestigingsbeleid doorgevoerd worden? Worden de vrijwilligers-ambulanciers in een overgangsfase behouden?

— Quelle est la réglementation qui s'appliquera aux employés: celle des pompiers-ambulanciers, des infirmiers spécialistes en soins d'urgence, des médecins spécialistes en soins d'urgence? Maintiendra-t-on la distinction entre les lieux publics et les terrains privés?

A cet égard, il est très important de savoir qui est légalement autorisé à engager des actions et quels types d'actions.

3. Transport:

— Il convient de réglementer le financement de tous les transports de malades (les transports tant publics que privés) et de le répartir entre les assurances, les pouvoirs publics et les personnes concernées.

— Il faut revoir l'organisation territoriale (dans quel hôpital faut-il transporter le patient?).

— Il faut rendre cette réglementation applicable aussi en transport non urgent de malades.

4. Services d'urgence:

Il convient de définir les normes qui s'appliqueront au personnel et à l'équipement, et d'examiner leur financement.

Les mêmes commissaires souhaitent, enfin, formuler les observations suivantes, plus particulièrement en ce qui concerne la formation d'ambulancier:

1. On ne peut pas ignorer les observations que le Conseil d'Etat a faites au sujet du projet de loi à l'examen en ce qui concerne la trop grande délégation de pouvoirs au Roi (organisation des écoles, financement...) et la mise sur le même pied de la voie publique et du terrain privé.

2. Formation:

— La formation n'est-elle destinée qu'aux ambulanciers? En effet, la formation destinée aux médecins et aux infirmiers est une matière relevant de la compétence des Communautés.

— Qui va dispenser la formation, la personne en question doit-elle être titulaire d'un diplôme didactique et d'un diplôme de médecin ou d'infirmier spécialistes en soins d'urgence?

— Où ces formations seront-elles organisées?

— Quel sera le contenu de cette formation, en ce qui concerne tant le transport (chauffeurs) que l'aide médicale urgente elle-même (qui peut poser des actes médicaux, qui interprétera les observations, qui est compétent pour la défibrillation, pour l'administration d'oxygène, pour l'incubation...?).

— Vingt-cinq heures par an pour un recyclage obligatoire, cela représente beaucoup de temps en pratique (volontaires), surtout par rapport aux obligations du personnel du secteur médical.

— Welke regeling geldt voor de beroepskrachten: brandweerambulanciers, verpleegkundigen-urgentie, artsen-urgentie? Wordt het onderscheid tussen openbare plaatsen en privé-terreinen behouden?

Heel belangrijk in dit verband is de vraag: «Wie mag wettelijk welke actie stellen?»

3. Vervoer:

— De financiering van alle ziekenvervoer moet georganiseerd worden (zowel openbaar als privé) en verdeeld tussen de verzekeringen, de overheid en de betrokkenen.

— De territoriale organisatie moet herzien worden (naar welk ziekenhuis moet de patiënt vervoerd worden?).

— Het niet-dringend ziekenvervoer moet in de regeling betrokken worden.

4. Spoedgevallendiensten:

De normering inzake personeel en uitrusting alsook de financiering dienen behandeld te worden.

Tenslotte wensen dezelfde leden, meer bepaald inzake de opleiding tot ambulancier, de volgende opmerkingen te formuleren:

1. De opmerkingen van de Raad van State bij het betrokken wetsontwerp inzake de te uitgebreide macht van de Koning (inrichten van de scholen, financiering...) en inzake de gelijkschakeling openbare weg-privé-terrein, mogen niet genegeerd worden.

2. Opleiding:

— Geldt de opleiding alleen voor ambulanciers? De opleiding voor artsen en verpleegkundigen is immers een materie die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort.

— Wie gaat de opleiding geven: is een didactisch diploma vereist en bovendien een urgentiediploma als arts of verpleegkundige?

— Waar gaan de opleidingen verstrekt worden?

— Wat zal rond de inhoud van deze opleidingen vooropgesteld worden, zowel voor het vervoer (chauffeurs) als voor de dringende medische hulpverlening zelf (wie mag medische akten stellen, wie zal de observatie interpreteren en wie is bevoegd voor defibrilatie, zuurstoftoediening, incubatie, ...)?

— Een verplichte bijscholing van 25 uren per jaar is veel in de praktijk (vrijwilligers), zeker vergeleken met de verplichtingen van beroepskrachten uit de medische sector.

— Où le stage doit-il être accompli? Celui-ci concerne-t-il tant le transport que l'aide médicale?

— Est-on titulaire d'un titre ou d'un brevet, après avoir suivi la formation? L'agrément et les critères régissant l'accès à la profession relèvent de la compétence fédérale; qu'en est-il de la formation?

— Tient-on compte du contexte européen lorsque l'on examine le problème des ambulanciers?

3. Qui sera admis à suivre la formation?

— Doit-on remplir certaines conditions d'âge pour pouvoir bénéficier de la formation?

— Doit-on avoir conclu déjà un contrat avec un service d'urgence pour pouvoir effectuer le stage et exercer ensuite la fonction d'ambulancier?

— Doit-on déjà être titulaire de certains diplômes?

4. Quel titre obtiendra-t-on à la fin de la formation? Celui d'ambulancier ou celui de secouriste-ambulancier?

La ministre réagit et répond en détail à ces observations et questions:

« Tendre vers l'idéal en tenant compte du réel »

Cette réflexion s'applique particulièrement bien à la politique que la ministre compte développer dans le domaine de l'aide médicale urgente.

Aussi, sans revenir sur l'ensemble des détails qui ont déjà été fournis dans la note concernant « L'aide médicale urgente, les principes de la politique suivie » (voir p. 26 et suivantes), la ministre propose de dresser un inventaire du réel, de ce qui existe actuellement, et de l'organisation idéale que l'on pourrait imaginer et envisager, ainsi que les différentes étapes qui permettraient d'atteindre cet objectif. En effet, il ne faut pas se leurrer, on ne pourra pas d'emblée réaliser un plan complet d'une telle envergure; on devra procéder par étapes successives.

Or, de quoi dispose-t-on à l'heure actuelle:

— d'un cadre légal vieux de 30 ans, avec une conception et une vision de l'urgence largement dépassées par les techniques médicales, par l'équipement, par l'attente de la population devenue à juste titre plus exigeante, par un environnement complètement métamorphosé, que ce soit au niveau du réseau routier, autoroutier, mais également industriel, hospitalier;

— l'infrastructure hospitalière en particulier est certes dense, mais organisée, en matière d'urgence, de manière très hétérogène, très inégale, surtout selon les motivations des responsables, plus que par les besoins du terrain;

— Waar moet de stage volbracht worden en heeft deze betrekking zowel op het vervoer als op de hulpverlening?

— Krijgt men een titel of een brevet na het volgen van de opleiding? De erkenning en de criteria voor de toegang tot het beroep zijn een federale bevoegdheid; hoe zit dat met de opleiding?

— Wordt rekening gehouden met de Europese context bij de behandeling van de problematiek van de ambulanciers?

3. Wie wordt toegelaten voor de opleiding?

— Bestaan er leeftijdsvoorwaarden om aan de opleiding te mogen beginnen?

— Moet er reeds een contract gesloten zijn met een hulpdienst voor de stage en de uitoefening van de functie van ambulancier nadien?

— Worden diplomavereisten vooropgesteld?

4. Welke titel zal aan de opleiding verbonden worden: ambulancier of hulpverlener-ambulancier?

De Minister verstrekt op deze opmerkingen en vragen het hiernavolgende omstandige antwoord:

« Volmaaktheid nastreven maar rekening houden met de werkelijkheid »

Deze bedenking is vooral van toepassing op het beleid dat de Minister voornemens is te voeren op het gebied van dringende medische hulpverlening.

De Minister wil niet meer terugkomen op de details die reeds werden verstrekt in de notitie over de « Dringende geneeskundige hulpverlening, beleidsprincipes » (zie blz. 26 et volgende) maar stelt voor een inventaris op te maken van hetgeen nu reeds bestaat en contouren te schetsen van de ideale organisatie, alsmede van de verschillende stadia via welke deze tot stand zou kunnen worden gebracht. Men mag zich geen begoochelingen maken, een veelomvattend plan van een dergelijke omvang kan niet in één keer worden verwezenlijkt, men moet stapsgewijze te werk gaan.

Wij beschikken thans over het volgende:

— een wettelijk kader dat 30 jaar oud is, met een opvatting en een visie in verband met urgentie die ruimschoots achterhaald is door de medische techniek, de uitrusting, de verwachtingen van de bevolking die terecht veeleisender geworden is; een volledig gewijzigde omgeving, zowel op het gebied van het wegen- en autowegennet, als wat de industrie en de ziekenhuizen betreft;

— vooral de ziekenhuisinfrastructuur is ruimschoots voorhanden maar wat noodhulp betreft, op zeer heterogene en ongelijke wijze georganiseerd: vooral de motivatie van de verantwoordelijken geeft de doorslag, meer nog dan de behoeften in het veld;

— des prestataires de soins d'excellente qualité, mais qui ne bénéficient pas toujours, en fonction de ce qui précède, de l'organisation souhaitée ou nécessaire;

— d'un service 100 principalement constitué et géré par le corps des pompiers, certes motivés et possédant le brevet d'ambulanciers-secouristes, au terme d'une formation de 20 à 60 heures.

En outre, notre société évoluant, il y a lieu d'adapter l'ensemble de l'organisation aux nouveaux risques potentiels et à l'augmentation de l'échelle de certaines activités pouvant justifier une organisation particulière. La ministre pense plus spécialement à une plus grande mobilité, à l'industrialisation grandissante, à l'utilisation et au transport de substances dangereuses ou toxiques qui peuvent augmenter le cas échéant les risques. L'augmentation du nombre des appels est à cet égard éloquent, de 143 496 en 1964, il est passé à 737 435 en 1990. Sur cet ensemble, le service 100 a répondu 3 fois plus à des demandes d'aide médicale urgente qu'à des incendies.

Dans cet esprit, il y a lieu d'organiser conjointement et complémentirement le volet médical du plan catastrophe tel que prévu par le Ministère de l'Intérieur, sans oublier les grands rassemblements de foule ou autres phénomènes sociologiques actuels.

En effet, il faut être conscient que, la plupart du temps, l'interlocuteur appelle dans un contexte d'urgence, voire de panique. Il y a donc lieu de cerner, pour une intervention adaptée, les éléments indispensables permettant d'évaluer très rapidement une situation et d'orienter la demande vers la solution la plus adéquate sous peine de sous-utiliser notre infrastructure de soins. Or, en l'occurrence, c'est le cas.

Il apparaît en effet d'une analyse préliminaire que, dans la majorité des cas, le centraliste 100:

— ne pose aucune question à orientation médico-sanitaire à l'appelant;

— ne donne aucun conseil médical d'attente, ni même des conseils élémentaires de secourisme de base;

— pose rarement les questions complémentaires pertinentes en lui demandant de retourner au chevet du patient;

— dispose de l'information correcte dans 30 à 40 p.c. des cas.

Il faut donc y remédier le plus rapidement possible, d'autant que les expériences liégeoise et gantoise en la matière ont montré qu'avec un minimum de prise de conscience et de formation, un médecin expérimenté

— zorgverleners van uitstekende kwaliteit, die echter, rekening houdend met het bovenstaande, niet steeds beschikken over de gewenste of nodige organisatie;

— een dienst 100 die vooral bestaat uit en geleid wordt door leden van het brandweerkorps, dat zeker gemotiveerd is en houder is van het brevet van ambulancier-hulpverlener, na een opleiding van 20 tot 60 uur.

In onze zich steeds verder ontwikkelende maatschappij moet trouwens de hele organisatie worden aangepast aan de nieuwe potentiële risico's en de schaalvergroting van sommige activiteiten, die een bijzondere organisatie kan vergen. De Minister denkt meer bepaald aan de grotere mobiliteit, de toenemende industrialisatie, het gebruik en het vervoer van gevaarlijke of toxische stoffen die in voorkomend geval het risico kunnen verhogen. De toename van het aantal oproepen is in dit verband veelbetekenend: van 143 496 in 1964 is het gestegen tot 737 435 in 1990. Over het geheel heeft de dienst 100 drie keer meer oproepen behandeld in verband met dringende medische hulp dan in verband met branden.

Dit voor ogen houdend, dient tegelijkertijd en in aanvulling daarop het medische gedeelte van het rampenplan ingesteld door het Ministerie van Binnenlandse Zaken te worden geregeld, zonder grote volkstoelopen of andere maatschappelijke verschijnselen te vergeten.

Men mag immers niet uit het oog verliezen dat degene die de oproep doet, in de meeste gevallen beseft dat de tijd dringt en vaak in paniek is. Voor een passend optreden is het nodig dat de vraagstelling wordt gericht op elementen die het mogelijk maken de situatie snel in te schatten en de meest doelmatige oplossing te vinden, anders zal onze zorginfrastructuur niet ten volle worden benut. Dat is thans wel het geval.

Uit een voorlopig onderzoek blijkt dat in de meeste gevallen de telefonist van de dienst 100:

— aan degene die de oproep doet, geen enkele vraag stelt van medische of sanitaire aard;

— geen enkel voorlopig medisch advies geeft, zelfs geen elementaire raadgevingen inzake E.H.B.O.;

— zelden relevante bijkomende vragen stelt en vraagt naar de patiënt terug te keren;

— maar in 30 à 40 pct. van de gevallen over de juiste informatie beschikt.

Dat moet dus zo snel mogelijk worden verholpen, te meer omdat de Luikse en Gentse experimenten ter zake hebben aangetoond dat met een minimum aan inzicht, de opleiding door een arts met ervaring voor

à la régulation des appels faisant référence à des fiches standardisées de questions ciblées, pouvait améliorer l'information de 30 à 70 p.c.

Certains services fonctionnent donc déjà de la sorte; ils pourront servir d'exemples, de référence, voire améliorer leurs performances.

Si une philosophie nouvelle conditionne de nouvelles habitudes et une autre organisation, les techniques nouvelles demandent un apprentissage adéquat, une formation complémentaire.

Le corps médical, par ses relations privilégiées avec le monde universitaire ou scientifique, n'a jamais manqué de compléter sa formation au fil du temps, en fonction des nouveaux besoins de société. Le monde infirmier également.

Des dispositions légales doivent pourtant garantir les spécialisations acquises. A cet égard, l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établit, entre autres, le titre professionnel particulier de spécialiste en soins d'urgence. Un arrêté royal à paraître sous peu définit les modalités de formation de cette « nouvelle spécialité ».

Le Conseil d'Etat examine actuellement un projet identique relatif aux titres professionnels particuliers visant le personnel infirmier. L'infirmier d'urgence y est repris. Un vide juridique se comble donc, protégeant les prestataires répondant aux critères de qualifications et garantissant aux patients un personnel formé. Mais ici comme dans d'autres situations et comme pour d'autres prestataires, les faits ont précédé le droit, poussés par les événements, les besoins.

A côté de ces spécialistes, un maillon de la chaîne présente pourtant, malgré toute sa bonne volonté, des signes de faiblesse; il s'agit de l'ambulancier. Même si une circulaire recommande depuis 1991 une formation de 60 heures, celle-ci reste largement insuffisante par rapport à l'attente, aux responsabilités, à la formation exigée par nos pays voisins ...

Quelques exemples:

En Irlande, l'ambulancier reçoit 147 heures de formation minimale, en Autriche 200, en Allemagne 380, en France 460. En Angleterre, le centre national forme les ambulanciers en neuf semaines complètes, et la Hollande exige le niveau de l'infirmier. C'est évidemment l'idéal vers lequel le Gouvernement voudrait tendre. Mais est-il réaliste? Actuellement pas, si l'on sait que les trois quarts des ambulanciers sont des pompiers qu'il faudrait dans cette optique

het regelen van telefoonoproepen en gebruikmaking van gestandaardiseerde fiches met doelgerichte vragen, de informatie met 30 tot 70 pct. kan verbeteren.

Sommige diensten werken reeds zo; zij zouden als voorbeeld, als referentie kunnen dienen en zelfs hun prestaties kunnen verbeteren.

Indien het zo is dat een nieuwe filosofie bepalend is voor nieuwe gewoonten en een andere organisatie, dan vereisen de nieuwe technieken een aangepaste leertijd en een aanvullende opleiding.

Door hun bevoorrechte relaties met de universitaire of wetenschapswereld hebben artsen in de loop der tijden hun vakbekwaamheid steeds kunnen vervolmaken om tegemoet te komen aan nieuwe maatschappelijke behoeften. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundigen.

De verworven specialismen moeten evenwel door wettelijke bepalingen worden beschermd. In dit verband erkent het koninklijk besluit van 25 november 1991 de bijzondere beroepstitel van specialist in de urgentiegeneeskunde. Een koninklijk besluit dat nog wordt voorbereid, definieert welk soort opleiding vereist is voor dit « nieuwe specialisme ».

Op het ogenblik onderzoekt de Raad van State een gelijkaardig ontwerp houdende de lijst van de bijzondere beroepstitels voor verpleegkundigen. Daartoe behoort ook de beoefenaar van de urgentieverpleegkunde. Een juridische leemte wordt dus aangevuld: de zorgverleners die voldoen aan bepaalde bekwaamheidscriteria worden beschermd en aan de patiënten wordt verzorging door opgeleid personeel gegarandeerd. Maar ook hier, zoals in zovele gevallen en zoals voor andere zorgverleners, liepen de feiten vooruit op het recht dat werd afgedwongen door de gebeurtenissen, door de behoeften.

Naast die specialisten is er in de verzorgingsketting een schakel die, ondanks veel goede wil, toch tekenen van zwakte vertoont, nl. de ambulanciers. Hoewel een circulaire sedert 1991 een opleiding van 60 uren aanbeveelt, is die opleiding onvoldoende vergeleken met wat men verwacht van een ambulancier, zijn verantwoordelijkheid, de opleiding die door onze buurlanden geëist wordt...

Enkele voorbeelden:

In Ierland bestaat de minimumopleiding van een ambulancier uit 147 uren, in Oostenrijk 200, in Duitsland 380, in Frankrijk 460. In Engeland leidt het nationaal centrum de ambulanciers op in 9 volledige weken en Nederland eist dat de ambulancier het opleidingsniveau heeft van een verpleegkundige. Dat is vanzelfsprekend het ideaal waarnaar de Regering streeft. Maar is dat realistisch? Op het ogenblik zeker niet. Drie vierden van de ambulanciers zijn immers

remplacer. Afin de ne pas complètement déstabiliser le système en place, on devra donc procéder par étapes successives. L'objectif est de porter le plus rapidement possible la formation actuellement requise à 160 heures de formation, dont 40 consacrées à la pratique, et d'exiger l'indispensable recyclage. Cette perspective n'est pas entièrement satisfaisante, mais elle est actuellement réaliste et n'empêche pas d'envisager d'exiger beaucoup plus dans les étapes ultérieures, lorsque l'organisation générale qui sera mise en place deviendra opérationnelle. Dans cette attente, pour maintenir la continuité et la stabilité dans le secteur, le projet de loi qui vous est soumis propose la création d'un centre de formation par province.

Il faut en outre rester conscient qu'à côté de la prise en charge des « petites catastrophes » individuelles et quotidiennes, il est des événements heureusement plus rares pour lesquels l'ampleur du sinistre doit nécessiter une organisation de chaîne médico-sanitaire et une coordination avec d'autres services de sécurité qui dépendent du Ministère de l'Intérieur, des provinces, voire des communes.

Par ailleurs, l'implantation d'entreprises ou l'organisation de manifestations à risques nécessitent l'élaboration de plans pré-établis, aptes à fonctionner en cas d'accident, 24 heures sur 24.

La médecine de catastrophe comporte dans cette perspective l'élaboration de deux types de plans:

- généraux, organisant les secours en cas de sinistre important;
- particuliers, visant un risque précis et localisé, inclus dans les plans généraux.

Tous les pays industrialisés se sont déjà engagés dans cette voie. Des recommandations mondiales existent depuis 1987 et ont déjà malheureusement pu être appliquées avec succès lors d'événements calamiteux.

Le Ministère de la Santé publique collabore actuellement avec le Ministère de l'Intérieur à l'élaboration de tels plans, qui s'inscriront dans un projet de loi portant en outre sur la coordination nécessaire des différents services qui devront intervenir lors de catastrophes. La dimension médicale doit apparaître clairement dans l'élaboration de ces plans.

S'ils concernent les possibles accidents chimiques, voire nucléaires, ils envisagent également les manifestations populaires, grands rassemblements, matchs de football à risques, sport moteur...

Enfin, par cette réglementation, il est également procédé à l'étude de l'opportunité de définir la fonc-

leden van de brandweer die voor dit soort werk eigenlijk zouden moeten worden vervangen. Om het systeem niet helemaal op losse schroeven te zetten, zal dus stapsgewijze moeten worden gewerkt. Het is de bedoeling de opleiding zoals ze nu bestaat zo vlug mogelijk uit te breiden tot 160 opleidingsuren, waarvan er 40 aan de praktijk besteed worden. Daarnaast wordt ook de onontbeerlijke navorming geëist. Dit vooruitzicht biedt geen volledige voldoening maar is op het ogenblik realistisch en verhindert niet, in een later stadium, de lat hoger te leggen wanneer de algemene organisatie die gepland wordt, operationeel zal zijn. In afwachting daarvan stelt het wetsontwerp dat u is voorgelegd de oprichting voor van één opleidingscentrum per provincie om de continuïteit en de stabiliteit in de sector te handhaven.

We moeten er ons bewust van zijn dat er naast de individuele en dagelijkse « kleine rampen » ook gebeurtenissen zijn — gelukkig veel zeldzamer — maar waarvan de omvang de organisatie vereist van medische structuren en een coördinatie met andere veiligheidsdiensten die ressorteren onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken, de provincie of zelfs de gemeenten.

Bij de vestiging van bedrijven of bij de organisatie van evenementen met een verhoogd risico is het noodzakelijk op voorhand plannen uit te werken die bij een ongeval in werking kunnen treden 24 uur op 24 uur.

De rampengeneeskunde voorziet daartoe in de uitwerking van twee soorten plannen:

- algemene plannen, waarin de hulpverlening wordt georganiseerd in geval van een grote ramp;
- bijzondere plannen, die deel uitmaken van de algemene plannen maar betrekking hebben op een bepaald en gelocaliseerd risico.

Alle geïndustrialiseerde landen hebben reeds voor die aanpak gekozen. Sedert 1987 bestaan er aanbevelingen op wereldvlak die jammer genoeg reeds moesten worden toegepast bij grote rampen, zij het met succes.

Het Ministerie van Volksgezondheid werkt op het ogenblik samen met het Ministerie van Binnenlandse Zaken om dergelijke plannen uit te werken. Er zal een wetsontwerp worden opgesteld dat ook regels zal stellen voor de noodzakelijke coördinatie van de verschillende diensten die moeten optreden bij rampen. De medische dimensie moet in die plannen duidelijk tot uiting komen.

Ze hebben niet alleen betrekking op mogelijke chemische ongevallen of zelfs kernongevallen, maar slaan ook op volksfeesten, massabijeenkomsten, voetbalmatchen met een verhoogd risico, motorwedstrijden...

Via deze reglementering wordt eveneens onderzocht of het wenselijk is de functie van medisch

tion de D.M.S., directeur médical des secours. Ce dernier devra assurer la direction de tous les services médicaux d'urgence, afin qu'à l'instar des autres services de secours comme les services incendie, la police, la protection civile..., ils soient organisés hiérarchiquement. Il est, en effet, primordial en cas de sinistre d'orchestrer l'intervention des différents acteurs que sont les services ambulanciers, la Croix-Rouge, les hôpitaux et leurs services S.M.U.R., les médecins généralistes...

Les modèles conçus et pratiqués à l'étranger ont démontré l'impact important de ce type d'organisation sur la survie globale des victimes.

Une autre collaboration avec le Ministère des Affaires sociales permettra de définir, planifier l'organisation des services S.M.U.R. Ces services sont hospitaliers, son personnel également. Son organisation relève de la loi sur les hôpitaux et non de l'A.M.U. Cependant, ici aussi, des interfaces sont nécessaires pour harmoniser l'organisation. C'est en tout cas le vœu des ministres.

Les S.M.U.R. en place font l'objet d'une expérimentation étalée sur deux ans. Elle se termine actuellement. Le ministre des Affaires sociales compte prolonger le financement de six mois afin de nous permettre de légiférer.

Enfin, la ministre souhaite réunir dans un conseil spécifique tous les partenaires de l'aide médicale urgente afin qu'ils puissent donner leur avis en la matière. Elle compte demander à ce conseil qui s'est déjà réuni de manière informelle ainsi qu'à la section «transport de patient» du Conseil national des professions paramédicales leur avis d'urgence sur le titre professionnel exact à octroyer pour l'avenir à ce que l'on continue à appeler les ambulanciers. Une différence marquée devra permettre de reconnaître l'ambulancier d'urgence et celui chargé des transports secondaires. Ces conseils d'avis devront également à terme pouvoir définir le statut de ces prestataires, comme ils le font actuellement pour d'autres professions paramédicales, dont personne ne conteste la compétence, qui bénéficient de l'intervention de l'assurance-maladie, mais qui paradoxalement n'ont aucun statut, aucune liste d'actes. Pour mémoire, la liste d'actes infirmiers date de 1990, celle relative aux accoucheuses, de 1991.

Ce vaste plan d'ensemble est nécessaire pour résoudre le manque d'adéquation actuel.

directeur dringende hulpverlening te definiëren. Deze heeft de leiding van alle medische diensten die dringende hulp moeten verlenen zodat ze naar het voorbeeld van andere hulpdiensten, zoals de brandweer, de politie, de civiele bescherming... hiërarchisch kunnen worden georganiseerd. Het is immers van het allergrootste belang dat in geval van een ramp het optreden van de verschillende hulpverleners, zoals de ambulancediensten, het Rode Kruis, de ziekenhuizen en hun M.U.G.-diensten, de huisartsen,... wordt gecoördineerd.

De modellen die in het buitenland werden ontworpen en toegepast, hebben aangetoond dat een dergelijke organisatie de overlevingskansen van de slachtoffers vergroot.

Nog een andere vorm van samenwerking, namelijk die met het Ministerie van Sociale Zaken, zal het mogelijk maken de organisatie van de M.U.G.-diensten te definiëren, te plannen en te organiseren. Het gaat hier om ziekenhuisdiensten en ziekenhuispersoneel. De organisatie ervan valt onder de wet op de ziekenhuizen en niet van de regelgeving inzake dringende geneeskundige hulpverlening. Ook op dit terrein is evenwel een zekere wisselwerking noodzakelijk om de organisatie te harmoniseren. Dat is in ieder geval de wens van de Ministers.

Voor de M.U.G.'s die reeds geïnstalleerd zijn, is een experiment gaande gespreid over twee jaar. Die termijn loopt nu ten einde. De Minister van Sociale Zaken wil de financiering met zes maand verlengen teneinde ons in staat te stellen wetgevend op te treden.

Tenslotte wil de Minister alle partijen die betrokken zijn bij de dringende geneeskundige hulpverlening in een specifieke raad samenbrengen teneinde eenieder in staat te stellen zijn mening ter zake te kennen te geven. Zij wil die raad, die reeds informeel vergadert heeft, alsook de afdeling «patiëntenvervoer» van de Nationale Raad van paramedische beroepen dringend om advies vragen over de juiste beroepstitel die in de toekomst moet worden toegekend aan wat men nu de ambulanciers noemt. Er moet een duidelijk onderscheid zijn tussen een ambulancier die dringende hulp verleent en de ambulancier die niet-dringend vervoer verricht. Die adviesraden moeten op termijn ook het statuut bepalen van die zorgverleners wier prestaties terugbetaald worden door de ziekteverzekering maar die paradoxaal genoeg geen statuut hebben of voor wie geen lijst van prestaties werd opgesteld. Voor andere beoefenaars van paramedische beroepen van wie niemand de bekwaamheid betwist, is dat statuut evenwel wel gedefinieerd. Ter herinnering: de lijst van de verpleegkundige prestaties dateert van 1990, die van de vroedvrouwen van 1991.

Een dergelijk ruim opgevat totaalplan is noodzakelijk om de huidige gebrekkige situatie te verhelpen.

Il permettra en tout cas de compléter progressivement l'arsenal législatif sur la base de la loi actuelle de 1964 et de répondre aux attentes légitimes de notre population face aux mutations incessantes de notre société moderne.

L'aide médicale urgente ne devra pas être considérée dans cet esprit comme un nouveau secteur spécialisé des soins de santé, mais davantage comme un modèle d'organisation commun à plusieurs branches de la médecine, qui n'hésitera pas à encourager les synergies, les fusions, entre les services d'urgence ou les S.M.U.R., comme c'est déjà le cas actuellement dans certaines régions.

Il n'y aura donc pas de surcoût majeur à prévoir, d'autant qu'en politique de coût, la ministre a l'intention de revoir sensiblement, en cette matière, le tarif des ambulances de réanimation accompagnées de personnel médical.

Actuellement, le prix forfaitaire pour chaque déplacement de 10 kilomètres s'élève à 970 francs; il peut être majoré de 95 francs à partir du 11^e kilomètre et de 75 francs à partir du 21^e kilomètre.

A titre de comparaison, pour un service de qualité équivalente, la course coûte deux à trois fois plus cher au patient français et peut coûter jusqu'à six fois plus pour les Hollandais. Sans pour autant atteindre de telles proportions surtout dans le contexte actuel, la ministre estime qu'une adaptation ne sera que légitime.

Un commissaire fait remarquer que, dans le concept proposé par la ministre, les soins urgents impliquent une garde continue.

Ce concept constitue effectivement une amélioration par rapport à la situation actuelle, mais il est extrêmement coûteux.

Le commissaire constate par ailleurs avec satisfaction que le problème des soins urgents est abordé dans sa globalité. Mais cette approche pose en même temps la question de l'ordre des priorités à établir. Selon le commissaire, les réformes doivent être apportées en premier lieu et au plus vite au niveau de la sélection des soins à faire sur place, c'est-à-dire celui du « dispatching » téléphonique. Cela est-il envisagé?

Le même commissaire regrette que la commission ne dispose pas de chiffres détaillés sur la ventilation du nombre d'appels. Quel est le nombre d'appels qui justifierait des soins sur place et, parmi ces derniers, quel est le pourcentage des cas pour lesquels des soins sur place auraient été éventuellement salvateurs?

La ministre répond que les expériences faites jusqu'à présent portent essentiellement sur le

Daardoor zal in ieder geval de wetgeving op basis van de huidige wet van 1964 geleidelijk kunnen worden aangevuld en zal het mogelijk zijn in te spelen op de gerechtvaardigde verwachtingen van onze bevolking ten aanzien van allerlei ontwikkelingen in onze moderne samenleving.

De dringende geneeskundige hulpverlening mag in die context niet beschouwd worden als een nieuwe gespecialiseerde sector van gezondheidszorg maar eerder als een « organisatiemodel » dat verschillende takken van de geneeskunde gemeen hebben en dat de synergie en de fusie tussen de hulpdiensten of de M.U.G.'s wil bevorderen, zoals dat nu reeds het geval is in bepaalde streken.

Er zijn dus geen grote bijkomende kosten te verwachten, te meer daar de Minister, wat de kostprijs betreft, voornemens is de tarieven van de ambulances met reanimatie-apparatuur en medisch personeel aan boord grondig te herzien.

Thans is de prijs voor elke rit van 10 km forfaitair vastgesteld op 970 frank. Die prijs kan worden verhoogd met 95 frank vanaf de 11e km en met 75 frank vanaf de 21e km.

Ter vergelijking: voor een dienst van gelijkwaardige kwaliteit moet een Franse patiënt twee tot drie keer zoveel betalen en een Nederlandse patiënt tot zes keer zoveel. De Minister is van mening dat een aanpassing van de prijs niet meer dan gerechtvaardigd is, al wil zij in de huidige context niet zo ver gaan als in het buitenland.

Een commissielid merkt op dat het concept van dringende hulpverlening dat door de Minister wordt voorgesteld, een permanente wachtdienst inhoudt.

Dit concept vormt daadwerkelijk een verbetering ten opzichte van de huidige toestand maar is ook zeer duur.

Het lid stelt voorts met voldoening vast dat het probleem van de dringende hulpverlening in zijn geheel wordt aangepakt. Maar met deze benadering rijst tegelijkertijd de vraag aan welke zaken prioriteit moet worden verleend. Volgens het lid moeten de hervormingen op de eerste plaats en zo snel mogelijk ingevoerd worden op het vlak van de keuze van de verzorging die ter plaatse dient te geschieden, dit wil zeggen bij de dienst voor telefoonmeldingen. Wordt dat overwogen?

Hetzelfde lid betreurt dat de Commissie niet over gedetailleerde cijfers beschikt in verband met de splitsing van de oproepen. Bij hoeveel oproepen is verzorging ter plaatse noodzakelijk en in hoeveel procent van deze laatste gevallen betekent de verzorging ter plaatse eventueel de enige redding?

De Minister antwoordt dat de experimenten die tot op heden verricht zijn, voornamelijk verband houden

problème du dispatching. Au cours d'un colloque prochain, les leçons de l'ensemble de ces expériences seront tirées afin de dégager un modèle généralisable.

La ministre répond à la deuxième question qu'elle est consciente de la lacune soulevée. Elle signera prochainement une convention avec une équipe universitaire pour procéder à une étude à ce sujet.

Une autre membre déclare que la principale priorité est de fixer le nombre de S.M.U.R. et le nombre de centrales régionales d'aide médicale. La légalité des actions est également un élément important: dans quelle mesure un ambulancier qui pose un acte médical peut-il éventuellement être tenu responsable personnellement de cet acte?

Pour ce qui est de la formation, l'intervenante remarque que certains des actes qui seront enseignés dépassent la compétence des ambulanciers.

L'intervenante demande également qui sera responsable de la formation. Les enseignants doivent-ils être titulaires d'un certificat d'aptitude pédagogique?

Elle demande enfin si la formation s'adresse uniquement aux secouristes-ambulanciers ou si les infirmiers et les médecins qui accompagnent actuellement les ambulances doivent également la suivre.

La ministre répond tout d'abord que la formation qui sera mise en place concerne uniquement les secouristes-ambulanciers. Pour les intervenants médicaux et infirmiers, il existe des filières de formation formelle relevant des Communautés.

Les cours seront donnés principalement par des responsables médicaux. Une formation didactique n'est pas exigée.

A la question relative au nombre de S.M.U.R., la ministre répond que, d'après une étude réalisée à l'initiative du ministre des Affaires sociales, il en faudrait entre 50 et 70 sur la base des normes internationalement admises. La Belgique dispose actuellement de 37 unités.

Un intervenant craint que la réalisation des plans développés par la ministre, et en particulier de la hiérarchisation dans l'envoi des victimes dans des hôpitaux déterminés, ne soit désavantageuse pour les petits hôpitaux. En partant du chiffre de 50 à 70 S.M.U.R., on arrive nécessairement au placement du poste de commandement au niveau le plus élevé de la hiérarchie.

La conséquence en sera la disqualification des hôpitaux moyens et petits qui risquent de n'avoir que des banalités à traiter.

met het probleem van de telefoonmeldingen. Op een binnenkort te houden colloquium zullen lessen worden getrokken uit al deze experimenten zodat men tot een model komt dat veralgemeend kan worden.

In verband met de tweede vraag antwoordt de Minister dat ze zich bewust is van de aangehaalde leemte. Ze zal binnenkort een overeenkomst tekenen met een universitair team dat ter zake onderzoek moet verrichten.

Volgens een ander lid is, wanneer men het over prioriteiten heeft, de regeling van het aantal M.U.G.'s en het aantal regionale centrales voor hulpverlening belangrijk. Van belang is ook de wettelijkheid van de acties: in hoeverre kan een ambulancier die de medische handeling verricht, eventueel persoonlijk verantwoordelijk worden gesteld voor die handeling?

Wat de opleiding betreft, merkt het lid op dat bepaalde handelingen die zullen worden aangeleerd, de bevoegdheid van de ambulanciers overschrijden.

Spreker vraagt ook nog wie zal instaan voor de opleiding. Vereist men een didactisch diploma van de lesgevers?

Tenslotte vraagt hij of de opleiding alleen geldt voor de hulpverleners-ambulanciers dan wel of ook de verpleegkundigen en de artsen die momenteel in ambulancewagens meerijden, deze opleiding moeten volgen.

De Minister antwoordt op de eerste plaats dat de opleiding die georganiseerd zal worden, alleen geldt voor de hulpverleners-ambulanciers. Voor de dienstdoende artsen en verpleegkundigen bestaan er officiële opleidingscycli die door de Gemeenschappen worden georganiseerd.

De lessen worden voornamelijk gegeven door medisch personeel. Een didactische vorming is niet vereist.

In verband met het aantal M.U.G.'s, antwoordt de Minister dat er volgens een studie die uitgevoerd is in opdracht van de Minister van Sociale Zaken, ongeveer 50 tot 70 M.U.G.'s nodig zijn op basis van de internationaal aanvaarde normen. Op dit ogenblik bestaan er in België 37 eenheden.

Een spreker vreest dat de uitvoering van de plannen van de Minister en in het bijzonder de invoering van een hiërarchie in het sturen van de slachtoffers naar bepaalde ziekenhuizen nadelige gevolgen zal hebben voor de kleine ziekenhuizen. Als men uitgaat van het cijfer van 50 tot 70 M.U.G.'s, zal de meldienst noodzakelijkerwijze geplaatst worden op de hoogste trap van de hiërarchie.

Dit zal tot gevolg hebben dat de kleine en middelgrote ziekenhuizen achtergesteld worden en mogelijk slechts banale gevallen te behandelen krijgen.

Une autre conséquence sera l'augmentation du coût lié non pas à la surconsommation, mais à l'organisation des services de santé.

Comment le Gouvernement envisage-t-il de maintenir la survie d'hôpitaux qui fonctionnent bien et d'éviter le surcoût?

La ministre répond qu'une expérience menée à Charleroi montre que le risque dont le commissaire a parlé peut être évité. A Charleroi, un accord de collaboration a été mis en place qui implique quatorze hôpitaux. Pour ces hôpitaux, il n'y a que trois services S.M.U.R. Les hôpitaux ont dégagé entre eux des lignes pour le renvoi des patients et, une fois les patients stabilisés, pour leur orientation vers les hôpitaux du réseau.

La ministre est convaincue qu'une solution peut être trouvée sans disqualifier les hôpitaux de taille plus réduite. Si des adaptations de taille doivent se faire, c'est pour d'autres motifs et dans un autre contexte.

La ministre répond encore à une question d'un autre commissaire, que l'exposé qu'elle vient de faire comporte déjà un certain nombre d'indications sur l'exécution des plans. Le projet d'arrêté royal en ce qui concerne la formation se trouve au Conseil d'Etat; un autre projet est en instance de publication.

Enfin, à la question de savoir de quelle façon sera organisée la formation dans la Région de Bruxelles-Capitale, la ministre répond encore que les élèves ont la faculté de choisir dans quelle province ils suivront les cours. Il y a deux solutions: soit on crée 11 centres, un pour chaque province et 1 pour Bruxelles, soit la Région de Bruxelles-Capitale collabore avec les centres situés dans le Brabant wallon et dans le Brabant flamand.

III. DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

L'article 1^{er} est adopté sans discussion à l'unanimité des 13 membres présents.

L'article 2 est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Les articles 3 à 6 sont adoptés à l'unanimité des 13 membres présents.

Article 7

Un commissaire demande des précisions quant à la portée de l'article 7 du projet. De quelles personnes s'agit-il? Que font-elles actuellement? S'agit-il de

Voorts zal dit leiden tot een kostenstijging die niet voortspruit uit de overconsumptie maar uit de organisatie van de gezondheidsdiensten.

Op welke wijze overweegt de Regering goed werkende ziekenhuizen in leven te houden en de kostenstijging te voorkomen?

De Minister antwoordt dat een experiment in Charleroi aantoonde dat het mogelijk is het risico waarover het commissielid heeft gesproken, te voorkomen. Te Charleroi is een samenwerkingsakkoord gesloten tussen veertien ziekenhuizen. Voor die ziekenhuizen bestaan er slechts drie M.U.G.-diensten. De ziekenhuizen hebben gezamenlijk bepaald naar welke ziekenhuizen de patiënten verwezen zullen worden en, wanneer hun toestand eenmaal gestabiliseerd is, naar welke ziekenhuizen van het net ze doorgestuurd zullen worden.

De Minister is ervan overtuigd dat het mogelijk is een oplossing te vinden zonder de kleinere ziekenhuizen achter te stellen. Noodzakelijke schaalvergrotingen zullen om andere redenen en binnen een ander verband doorgevoerd worden.

De Minister antwoordt nog op een vraag van een ander commissielid dat ze in haar inleiding een aantal aanwijzingen heeft gegeven over de uitvoering van de plannen. Het ontwerp van koninklijk besluit betreffende de opleiding bevindt zich bij de Raad van State; een ander ontwerp is klaar voor publikatie.

Op een vraag hoe de opleiding in Brussel-Hoofdstad zal worden geregeld, antwoordt de minister ten slotte nog dat het de cursisten vrij staat te bepalen in welke provincie zij de lessen zullen volgen. Voor Brussel zijn er twee oplossingen: ofwel worden elf centra opgericht, één voor elke provincie en één voor Brussel, ofwel organiseert men, wat Brussel betreft, de samenwerking met de centra gelegen in Waals en Vlaams Brabant.

III. ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 1 wordt zonder bespreking aangenomen bij eenparigheid van de 13 aanwezige leden.

Artikel 2 wordt aangenomen met 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

De artikelen 3 tot en met 6 worden eenparig aangenomen bij eenparigheid van de 13 aanwezige leden.

Artikel 7

Een commissielid vraagt meer inlichtingen over de strekking van artikel 7 van het ontwerp. Om welke personen gaat het? Wat doen zij op dit ogenblik?

personnes qui n'ont aucun diplôme d'infirmier et qui font un certain nombre d'actes d'infirmier dans les hôpitaux?

La ministre répond que, dans tous les établissements de soins, les médecins sont régulièrement assistés par des personnes, en fonction depuis plusieurs années, qui ont acquis, par exemple à partir d'une formation d'auxiliaire, une technicité et une expérience utiles et qu'il serait dommage de ne pas valoriser.

La portée de l'article 54bis est limitée: à partir du moment où les personnes en question peuvent se prévaloir de l'article 54bis, elles peuvent être reconnues par les commissions provinciales comme étant assimilées au personnel de soins, aux infirmières. Cette reconnaissance ne leur donne pas un diplôme ni une agrégation par l'I.N.A.M.I.

Un autre membre demande si la date du 1^{er} septembre 1990 est encore exacte.

La ministre répond que les dispositions de l'article 54bis de l'arrêté royal n° 78 doivent être mises en concordance avec l'arrêté royal du 18 juin 1990 qui règle l'entrée en vigueur de la liste des prestations infirmières. Cet arrêté royal est entré en vigueur le 1^{er} septembre 1990.

L'article est adopté à l'unanimité des 13 membres présents.

Articles 8 à 10

Comme il a été dit précédemment, l'on a déposé un amendement visant à supprimer ces articles.

La justification de cet amendement, déposé par Mmes Creyf et Van Cleuvenbergen et par M. Lenfant, était la suivante:

« Nous estimons qu'il convient de mieux définir et organiser la profession même de secouriste-ambulancier avant de régler d'une manière ciblée la formation et le perfectionnement dans le cadre de cette profession. »

C'est pourquoi il convient tout d'abord de fixer des critères de qualification pour pouvoir accéder à la profession de secouriste-ambulancier, et de repenser l'organisation du transport de malades dans son ensemble.

Il faut notamment définir d'une manière précise les missions du secouriste-ambulancier dans le cadre de l'aide médicale urgente.

De même, le champ d'application de la loi relative à l'aide médicale urgente devrait d'abord être étendu aux domaines privés, pour prévoir une seule formation obligatoire qui soit la même pour tous les ambulanciers.

Gaat het om personen die geen enkel diploma van verpleegkundige hebben en die een aantal verpleegkundige handelingen uitvoeren in de ziekenhuizen?

De Minister antwoordt dat de artsen in alle verplegingsinstellingen regelmatig geholpen worden door personen die er al jaren werkzaam zijn en die, bijvoorbeeld na afloop van een opleiding als helper, nuttige praktijkkennis en ervaring hebben opgedaan. Het zou jammer zijn daar geen gebruik van te maken.

De strekking van artikel 54bis is beperkt: indien de betrokkenen zich kunnen beroepen op artikel 54bis, kunnen zij door de provinciale commissies gelijkgesteld worden met het verplegend personeel, met de verpleegkundigen. Deze gelijkstelling geeft hun geen diploma noch een erkenning door het R.I.Z.I.V.

Een ander lid vraagt of de datum van 1 september 1990 nog wel correct is.

De Minister antwoordt dat de bepalingen van artikel 54bis van het koninklijk besluit nr. 78 in overeenstemming moeten worden gebracht met het koninklijk besluit van 18 juni 1990 dat de inwerkingtreding regelt van de lijst der verpleegkundige prestaties. De datum waarop het desbetreffende koninklijk besluit in werking is getreden, is 1 september 1990.

Het artikel wordt aangenomen bij eenparigheid van de 13 aanwezige leden.

Artikelen 8 tot en met 10

Zoals reeds hierboven aangestipt werd een amendement ingediend tot schrapping van deze artikelen.

De verantwoording van dit amendement, ingediend door de dames Creyf en Van Cleuvenbergen en de heer Lenfant, luidde als volgt:

« Wij zijn van oordeel dat men eerst het beroep zelf van hulpverlener-ambulancier beter moet omschrijven en organiseren, vooraleer op een gerichte wijze de opleiding tot en de vervolmaking van dat beroep kan geregeld worden. »

Daarom moeten eerst kwalificatiecriteria worden uitgewerkt om toegang te krijgen tot het beroep van hulpverlener-ambulancier en moet de organisatie van het ziekenvervoer in zijn geheel herdacht worden.

Zo moeten de opdrachten van de hulpverlener-ambulancier in het raam van de dringende medische hulpverlening duidelijk omschreven worden.

Zo ook zou het toepassingsgebied van de wet op de dringende medische hulpverlening eerst moeten worden uitgebreid tot privé-terreinen opdat één verplichte opleiding voorzien kan worden die vóór alle ambulanciers dezelfde is.

Le projet à l'examen crée le cadre pour la formation de secouriste-ambulancier, sans donner un contenu concret à la profession elle-même. Nous estimons toutefois que ce dernier point doit être réglé en priorité. Une fois le statut du secouriste-ambulancier fixé, l'on pourra organiser la formation appropriée en vue de l'exercice de cette profession.»

Cet amendement est retiré.

Les articles 8, 9 et 10 du projet de loi sont adoptés par 17 voix et 1 abstention.

L'ensemble du projet de loi a été adopté par 14 voix et 4 abstentions.

Confiance a été faite au rapporteur pour la rédaction du présent rapport.

Le Rapporteur,
Simonne CREYF.

Le Président,
Achille DIEGENANT.

Dit ontwerp geeft het kader voor de opleiding tot hulpverlener-ambulancier, zonder de inhoud van het beroep zelf een concrete invulling te geven. Wij menen evenwel dat dit laatste prioritair geregeld moet worden. Eens men het statuut van de hulpverlener-ambulancier vastgelegd heeft, kan de gepaste opleiding tot dat beroep georganiseerd worden.»

Dit amendement wordt teruggenomen.

De artikelen 8, 9 en 10 van het wetsontwerp worden aangenomen met 17 stemmen, bij 1 onthouding.

Het ontwerp van wet in zijn geheel wordt aangenomen met 14 stemmen, bij 4 onthoudingen.

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het uitbrengen van dit verslag.

De Rapporteur,
Simonne CREYF.

De Voorzitter,
Achille DIEGENANT.

Annexe I

LES ASPECTS MEDICAUX DE LA REGULATION PAR LE CENTRALISTE 100: ETAT DES LIEUX DE DEUX EXPERIENCES

1. Définition du problème

La gravité d'un appel vers le centre de secours « 100 » peut être très variable.

La nécessité d'envoyer tel type de matériel ou tel type de personnel peut donc être très variable. En cas d'arrêt cardiaque, l'intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.) est fondamentale pour tenter une réanimation. Par contre, l'envoi de ce service mobile d'urgence et de réanimation est tout à fait inapproprié pour une fracture de cheville.

Notre pratique quotidienne démontre à suffisance que le choix de matériel ou de personnel, dans l'organisation de la réponse, à savoir « la régulation », n'est pas toujours correctement réalisé.

Si un S.M.U.R. est envoyé là où il n'est pas nécessaire, cela signifie que l'équipe médicale ne sera pas disponible pour une urgence vitale réelle.

Le S.M.U.R. peut par contre être envoyé après un délai trop long alors que la situation traitée était une réelle urgence vitale.

Il est donc important d'analyser en détail pourquoi certaines situations sont mal « régulées ». Les causes de ces erreurs sont multiples et le centraliste n'est pas seul en cause. On ne peut pas attribuer la faute au centraliste « 100 » si une partie des informations nécessaires est manquante à l'appel des secours.

En effet, parfois, l'appelant est dans un tel état de panique que le centraliste « 100 » ne peut pas obtenir des informations d'une très grande précision. Dans d'autres circonstances, les informations peuvent provenir d'un appelant qui est le témoin indirect qui répercute des informations. Dans d'autres cas, un autre intervenant, tel un officier pompier ou un médecin présent sur place, intervient dans la description de la situation en se trompant dans son évaluation.

Quelle est la pondération de tous ces facteurs dans les erreurs de régulation ? Actuellement, personne ne peut répondre à cette question.

Dans quelle proportion peut-on espérer améliorer l'adéquation entre la situation et la régulation, et quelle est la part d'intervention du centraliste « 100 » dans cette possible amélioration ? Cela n'est pas connu actuellement.

La proportion d'erreur réelle et l'implication du centraliste « 100 » dans ces erreurs n'est pas non plus connue.

Actuellement, les centralistes « 100 », qui dans la majorité des cas sont des pompiers, n'ont aucune formation spécifique pour cette fonction, et n'ont aucune connaissance « médicale » leur permettant de réaliser cette mission de régulation médicale.

Il est donc tout à fait logique d'imaginer qu'une meilleure formation médicale des centralistes « 100 » entraînerait une meilleure adéquation entre la situation réelle sur le terrain et la réponse médicale organisée; donc une meilleure régulation par les centres « 100 ».

Une autre question est importante: quel est le système représentant le meilleur rapport coût/bénéfice pour améliorer le système?

Bijlage I

DE MEDISCHE ASPECTEN VAN DE REGULATIE DOOR DE 100-CENTRALIST: STAND VAN ZAKEN VAN TWEE EXPERIMENTEN

1. Vraagstelling

De ernst van een oproep naar het 100-centrum kan sterk variëren.

Bijgevolg spreekt het ook voor zich dat de aard van het uitgestuurd materiaal en personeel sterk kan variëren; bij een hartstilstand vormt het uitsturen van een Medische Urgentie Groep (M.U.G.) een zeer belangrijke schakel in de reanimatieketen, terwijl het uitsturen van een M.U.G. bij een enkeldistorsie volstrekt overbodig is. Deze situatie impliceert dan ook dat de rol van de 100-centralist in een aantal gevallen van levensbelang kan zijn.

Uit de dagdagelijkse praktijk blijkt jammer genoeg dat de keuze van het in te zetten materiaal en personeel, ook de regulatie genoemd, niet altijd correct verloopt.

Soms wordt een M.U.G. overbodig uitgestuurd (waardoor de equipe niet meer beschikbaar is voor een reële M.U.G.-indicatie).

Soms wordt een M.U.G. niet of slechts laattijdig uitgestuurd bij een levensbedreigende situatie.

Wanneer men evenwel in detail gaat kijken naar alle situaties waardoor een foute dispatch kan ontstaan, dan is het overduidelijk dat de 100-centralist of dispatcher slechts voor een fractie van de niet-optimale dispatch-beslissingen kan verantwoordelijk gesteld worden.

Inderdaad, soms is de oproeper zodanig in paniek dat de 100-centralist de relevante informatie niet kan bekomen, soms heeft de oproeper ook slechts informatie uit de tweede of derde hand gekregen, soms wordt foutieve informatie doorgegeven, en soms kan een bevoegde persoon, zoals een brandweerofficier of arts ter plaatse, de situatie anders inschatten.

Hoe hoog de frequentie van dispatchvergissingen evenwel ligt, is op dit moment niet bekend.

Evenmin is het bekend wat de frequentie van de hogervermelde mogelijke oorzaken van dispatch-vergissingen is en wat hierin het aandeel van de 100-centralist is.

Anderzijds is het wel duidelijk dat een aantal dispatch-vergissingen dienen teruggebracht te worden tot een foute appreciatie van de situatie door de 100-centralist.

Dit mag evenwel geen grote verwondering opwekken als men weet dat deze 100-centralisten in se brandweermensen zijn en dat zij nooit een specifieke geneeskundige opleiding in functie van deze medische dispatching gekregen hebben.

Het is dan ook niet meer dan logisch om aan te nemen dat met een betere opleidingsgraad van de 100-centralist een meer accurate regulatie kan gebeuren.

Ook hier dient evenwel gesteld te worden dat het op dit ogenblik onmogelijk is om in te schatten welk het percentage van verbetering door dergelijke maatregelen is.

Pour être capable de répondre à ces questions, l'analyse de toute l'activité médicale des centres « 100 » et la réponse à ces questions doit être recherchée :

1. Doit-on placer des médecins urgentistes dans les centres « 100 » ?
2. Doit-on impliquer des médecins généralistes dans cette évolution ?
3. Peut-on impliquer dans cette évolution des infirmiers de service d'urgence ?
4. Quel enseignement spécifique ou quelle formation spécifique doit-on proposer aux centralistes « 100 » pour améliorer leurs performances ?

2. Méthodes employées lors de cette étude

Pour tenter de répondre à toutes ces questions, deux projets ont été organisés (à Liège et à Gand).

Dans une première phase, il a été décidé de tenter de réaliser une « photographie » de la situation telle qu'elle se présente actuellement.

Pour réaliser cette évaluation, toutes les données administratives et enregistrées sur bandes magnétiques, à propos des urgences médicales, ont été employées. Elles concernent :

- les données des centres « 100 » et l'enregistrement des conversations radiotéléphoniques et téléphoniques;
- une fiche remplie par chaque ambulancier lors de l'intervention;
- la fiche d'intervention des S.M.U.R.(s);
- une fiche remplie par le service d'urgence à l'admission du patient à l'hôpital reprenant le diagnostic réel et le degré d'urgence de la situation.

Le service d'urgence hospitalier a dû aussi systématiquement répondre à des questions concernant son activité et l'évaluation de la situation du patient.

3. Résultats

Enregistrement de toutes les données de base

De l'enregistrement de toutes ces données, il apparaît actuellement que s'il existe des erreurs de régulation, c'est loin d'être la règle. Il paraît d'ores et déjà certain que les erreurs de dispatching représentent moins de la moitié des problèmes traités.

Cependant, il ressort de l'analyse préliminaire de ces données qu'actuellement, dans la toute grande majorité des cas, le centraliste « 100 » ne pose aucune question à orientation médico-sanitaire à l'appelant.

Si, dans certains cas, l'appelant donne d'emblée la majorité des informations significatives d'un point de vue médical au centraliste « 100 », il ressort que seulement 30 à 40 p.c. des cas sont couverts par une information correcte pouvant déclencher une régulation adéquate: envoi d'une ambulance versus envoi d'une équipe médicale.

Des données actuellement disponibles, il ressort aussi que le centraliste « 100 » ne donne aucun conseil médical d'attente à l'appelant. Des conseils de secourisme de base tels que placer une brûlure sous l'eau courante froide ou comprimer une hémorragie qui saigne par un pansement compressif, ne sont jamais donnés.

Evenmin zijn gegevens beschikbaar over de beste manier (zowel qua resultaten, als qua financiële implicaties) om een keuze te maken over de manier waarop de verbetering van de medische achtergrond van de 100-centralist moet bekomen worden:

1. Dient men urgentieartsen in de 100-centrale te plaatsen?
2. Dient men huisartsen in dit proces in te schakelen?
3. Kan men gebruik maken van (spoedgevallen) verpleegkundigen?
4. Of kan een specifieke opleiding voor de huidige 100-centralisten voldoende verbetering opleveren?

2. Studiemethode

In een poging om aan de hogergestelde vragen een antwoord te geven werden onder meer in Luik en Gent studieprojecten gestart.

In een eerste fase werd aan de hand van een systematische evaluatie van alle oproepen een idee verkregen van de huidige situatie.

Voor deze evaluatie konden we beschikken over alle bandregistraties en alle administratieve gegevens in verband met medische urgenties uit:

- de 100-centrale;
- een ambulancerittenverslag;
- een M.U.G.-verslag (uiteraard enkel indien een M.U.G.-interventie werd uitgevoerd);
- een spoedopnameformulier met gegevens in verband met diagnose, ernst van de problematiek en verdere behandeling.

3. Resultaten

Basisregistratie

Uit deze basisregistratie blijkt duidelijk dat op dit ogenblik het aantal dispatch-vergissingen niet zo hoog ligt en dat het aandeel van de 100-centralist hierin minder dan de helft van de gevallen bedraagt.

Anderzijds tonen deze gegevens ook overduidelijk dat op dit ogenblik de 100-centralisten eerder uitzonderlijk medische vragen stellen aan de oproeper.

Wanneer men dan ook vaststelt dat het eerder uitzonderlijk is dat de oproeper spontaan alle relevante medische informatie doorgeeft aan de 100-centralist, dan komt men tot de vaststelling dat men slechts in ongeveer 30 à 40 pct. van de gevallen over alle relevante medische elementen beschikt om echt in staat te zijn om te beslissen of een oproep al dan niet een M.U.G.-indicatie vormt.

Verder blijkt ook overduidelijk dat de 100-centralisten zelden of nooit medische instructies verstrekken zoals een onmiddellijke behandeling met koud stromend water bij brandwonden, het stelpen van bloedingen door locale druk met een compres, ...

On pourrait aussi s'attendre à ce que des instructions précises soient données à l'appelant telles que retourner immédiatement près de la victime et revenir avec plus d'informations pour répondre aux questions pertinentes du centraliste « 100 ».

Toutes ces données démontrent actuellement qu'il existe un besoin important pour une meilleure formation du centraliste « 100 » dans ces domaines.

Encadrement et enseignement des centralistes

Pour tenter d'améliorer cette situation, différentes solutions peuvent être choisies:

1. A Liège, les centralistes « 100 » ont été durant une période de trois mois mis en contact avec des médecins régulateurs généralistes. Cette permanence était assurée dans un service d'urgence hospitalier et le centraliste pouvait entrer en écoute triangulaire patient - médecin généraliste - centraliste-pompier. La décision d'intervention était réalisée de commun accord par le médecin généraliste et le centraliste-pompier. Toutes les données concernant cette expérience étalée sur trois mois sont pour l'instant en cours d'analyse.

2. A Gand, un enseignement théorique a été organisé pour les centralistes « 100 » se basant sur les travaux de Clawson et Dernocœur (« Principles of Emergency Medical Dispatch », Brady - Prentice Hall, New Jersey, 1988).

Cet ouvrage américain est basé sur l'emploi de fiches standardisées décrivant des questions standards adaptées à des situations spécifiques telles que « douleur dans la poitrine », « morsure ou piqûre par animaux », « difficultés respiratoires » ... (voir: Fiche 1, Fiche 2, Fiche 3).

Le but de cette technique est d'arriver, par un minimum de questions compréhensibles par le grand public, à récolter un maximum d'informations essentielles à l'organisation de la réponse médicale (envoi d'un S.M.U.R. ou pas).

Parallèlement à l'apprentissage de l'emploi de ces fiches, un enseignement théorique comportant l'apprentissage de la recherche des signes vitaux est réalisé pour les centralistes.

Après la partie théorique, une permanence auprès des dispatchers a été organisée par les instructeurs afin de les aider à appliquer, dans la réalité, l'emploi des fiches et des questions standardisées.

Globalement, 30 heures d'enseignement théorique et une centaine d'heures de permanence guidées ont été nécessaires pour l'écologie d'un petit groupe de centralistes.

L'analyse préliminaire de toutes les données tend à montrer une amélioration significative de l'adéquation de la réponse médicale organisée. Cette amélioration concerne l'emploi de questions à l'appelant, questions à orientation médicale, et la pratique de conseils à l'appelant, allant jusqu'à lui demander d'aller rechercher des informations supplémentaires.

Cette pratique a fait progresser de 30 à 70 p.c. les situations où l'on peut estimer que le maximum d'informations médicales ont été collectées par le centraliste.

Ook werden zeer zelden specifieke stappen ondernomen om aan meer informatie te komen wanneer de oproeper geen rechtstreekse getuige was van de medische problematiek. Men kan immers verwachten dat door zeer doelgerichte vragen en instructies naar de oproeper de mogelijkheid bestaat dat deze oproeper terugkeert naar de plaats van het ongeval of de zieke, zich beter informeert aangaande de situatie en daarna terugbelt naar de 100-centrale.

Al deze vaststellingen wijzen dan ook in de richting dat een betere scholing van de 100-centralist een meer accurate dispatch kan betekenen.

Ondersteuning en opleiding dispatchers

Om te proberen deze verbetering te realiseren werd voor de volgende mogelijkheden geopteerd:

1. In Luik werd de 100-centralisten de mogelijkheid geboden om elke moeilijk te evalueren oproep door te schakelen naar een huisarts, die permanent aanwezig was op de spoedgevallendienst. Resultaten van deze maatregel worden momenteel geanalyseerd.

2. In Gent werd een theoretisch lessenspakket opgesteld voor de 100-centralisten, waarbij sterk gesteund werd op het baanbrekend werk van Clawson en Dernocœur (« Principles of Emergency Medical Dispatch », Brady - Prentice Hall, New Jersey, 1988).

Dit Amerikaans opleidingspakket berust voornamelijk op het gebruik van een standaardfiche met standaardvragen voor specifieke situaties zoals « pijn op de borst », « dierenbeet », « kortademigheid », ... (zie Fiche 1, Fiche 2, Fiche 3).

Het doel van de opleiding is dus om via een minimum aantal vragen te komen tot essentiële informatie waardoor een M.U.G. rationeler kan uitgestuurd worden.

Naast het aanleren van het gebruik van deze standaardfiches werd ook de nodige theoretische aandacht besteed aan de betekenis van de ingewonnen informatie in verband met de zogenoemde vitale parameters (bewustzijn, ademhaling, circulatie).

Na deze theoretische opleiding werd een permanentie vanwege de instructoren in de dispatchingcentrale-100 voorzien met het oog op het onmiddellijk helpen oplossen van praktische problemen die konden rijzen bij het gebruik van standaardfiches met de standaardvragen.

Globaal genomen besloeg het theoretisch opleidingspakket 30 uren en werd een permanentie van ongeveer 100 uren voorzien in de dispatching.

Preliminaire gegevens na deze opleiding tonen aan dat de opleiding resulteerde in een significante toename van het aantal gevallen waarbij accurate medische vragen gesteld werden, waarbij medisch georiënteerde raadgevingen gegeven werden, en waarbij praktische instructies met het oog op het bekomen van meer informatie werden gegeven aan de oproeper.

Door deze verbeteringen steeg het percentage van oproepen waarbij op het einde van het gesprek een beeld van de toestand was bekomen van ongeveer 30 pct. tot ongeveer 70 pct.

A la suite de cet enseignement suivi par les centralistes à propos de la recherche des paramètres vitaux, on peut espérer qu'un meilleur emploi des services mobiles d'urgence et de réanimation soit constaté.

Dans le courant des prochains mois, l'évolution de ces données apportera la réponse en ce qui concerne le meilleur emploi des moyens disponibles en matériel et en personnel de secours médicalisés.

Exemples de fiches standards pour les préposés

FICHE 1: DOULEURS DANS LA POITRINE

Questions	Dispatch
1. « Est-il bien conscient? » Si non	S.M.U.R.
2. « Quel âge a-t-il? » Si homme > 35 ans Si femme > 40 ans	S.M.U.R. S.M.U.R.
3. « A-t-il une maladie coronarienne comme ... ? » Si oui, demander plus d'informations, envoyer une ambulance et discuter la « hotline » H.U.	

Instructions

1. (seulement si pas de S.M.U.R. envoyé) Faites attention à la conscience et à la respiration, et rappelez si l'état s'aggrave.

FICHE 2: MORSURE D'ANIMAUX

Questions	Dispatch
1. En cas de morsure de serpent vénéneux ou d'araignée	S.M.U.R.
2. « Est-il/elle conscient(e)? » Si non	S.M.U.R.
3. « Respire-t-il/elle normalement? » Si pas de respiration ou respiration difficile	S.M.U.R.
4. « Où est-il/elle blessé(e)? » Si c'est à la hauteur du cou	S.M.U.R.
5. « Perd-il/elle beaucoup de sang? » Si oui: « ses yeux se révulsent-ils? » Si oui	S.M.U.R.

Instructions

1. (seulement si aucun S.M.U.R. n'a été envoyé) Continuez à surveiller la conscience et la respiration et rappelez si l'état s'aggrave.

2. (uniquement si perte de sang importante) Apposez un morceau de tissu ou une bande sur la plaie et appuyez fort.

Aangezien mag aangenomen worden dat door het opleidingspakket ook een betere kennis in verband met de vitale parameters en M.U.G.-indicaties werd bekomen, kan men verwachten dat de verbeterde informatie-overdracht van oproeper tot 100-centralist ook zal leiden tot een meer accuraat uitsturen van de beschikbare middelen.

In de loop van de volgende maanden zal dan ook een verdere evaluatie doorgevoerd worden met het oog op het aantonen van een meer accuraat gebruik van de beschikbare middelen en personeel.

Voorbeelden standaardfiches voor de aangestelde

FICHE 1: PIJN IN DE BORST

Vragen	Dispatch
1. « Is hij/zij goed bewust? » Indien neen	M.U.G.
2. « Hoe oud is hij/zij? » Indien man > 35 jaar Indien vrouw > 40 jaar	M.U.G. M.U.G.
3. « Heeft hij/zij een gekende hartziekte? » Indien ja: vraag meer uitleg, stuur ambulance en bespreek via hotline U.Z.	

Instructies

1. (enkel indien geen M.U.G. werd uitgestuurd) Let verder op het bewustzijn en de ademhaling, en bel terug indien het slechter wordt.

FICHE 2: BEET VAN DIEREN

Vragen	Dispatch
1. Indien beet van giftige slang of spin	M.U.G.
2. « Is hij/zij goed bewust? » Indien neen	M.U.G.
3. « Ademt hij/zij normaal? » Indien geen of moeilijke ademhaling	M.U.G.
4. « Waar is hij/zij gewond? » Indien ter hoogte van nek	M.U.G.
5. « Verliest hij/zij veel bloed? » Indien ja: « is hij/zij aan het wegdraaien? » Indien ja	M.U.G.

Instructies

1. (enkel indien geen M.U.G. werd uitgestuurd) Let verder op het bewustzijn en de ademhaling, en bel terug indien het slechter wordt.

2. (enkel indien veel bloedverlies) Leg een doek of verband op de wonde en duw erop.

FICHE 3: RESPIRATION COURTE

Questions	Dispatch
1. « Est-il/elle conscient(e) ? » Si non	S.M.U.R.
2. « Asphyxie ou étranglement sérieux - Etouffement ? » Si oui	S.M.U.R.
3. « Peut-il/elle encore parler ? » Si non ou difficilement.	S.M.U.R.
4. « Devient-il/elle bleu(e) ? » Si oui	S.M.U.R.
5. « A-t-il/elle des douleurs dans la poitrine ? » Si oui	S.M.U.R.
6. « A-t-il/elle de l'asthme ou une bronchite chronique ? » Si oui + réponses ambiguës aux questions précédentes	S.M.U.R.

Instructions

1. (uniquement si aucun S.M.U.R. n'a été envoyé) Continuez à surveiller la conscience et la respiration et rappelez si l'état s'aggrave.

2. Préparer les médicaments habituels pour que l'ambulancier les emporte.

FICHE 3: KORTADEMIG

Vragen	Dispatch
1. « Is hij/zij bewust ? » Indien neen	M.U.G.
2. « Verstikking of ernstig verslikt ? » Indien ja	M.U.G.
3. « Kan hij/zij nog praten ? » Indien neen of moeilijk	M.U.G.
4. « Wordt hij/zij blauw ? » Indien ja	M.U.G.
5. « Heeft hij/zij pijn in de borststreek ? » Indien ja	M.U.G.
6. « Heeft hij/zij asthma of chronische bronchitis ? » Indien ja + onduidelijke antwoorden op vorige vragen	M.U.G.

Instructies

1. (enkel indien geen M.U.G. werd uitgestuurd) Let verder op het bewustzijn en de ademhaling, en bel terug indien het slechter wordt.

2. Leg de thuismedicatie klaar om mee te nemen met de ambulancier.

Annexe II**UN MANUEL POUR LA FORMATION
DES AMBULANCIERS****1. Exposé des motifs**

Les ambulanciers sont dans la majorité des cas les premiers professionnels de la chaîne de secours présents près de la victime.

Ils devraient être capables:

1. de reconnaître les différents signes vitaux et décrire la gravité de la situation;
2. de stabiliser les grandes fonctions vitales du patient;
3. de reconnaître les indications de l'appel à un Service Mobile d'Urgence;
4. d'assurer la survie de la victime jusqu'à l'arrivée du S.M.U.R. et de pouvoir aider l'équipe médicale du S.M.U.R. lors de son intervention sur place et durant le trajet vers l'hôpital.

L'atteinte de ces objectifs nécessite certainement un enseignement théorique et pratique intensif.

Il est impératif, dans une recherche d'efficacité maximum, que le développement de cet enseignement soit réalisé en collaboration avec les médecins des services mobiles d'urgence et de réanimation.

Il est devenu essentiel que cet enseignement soit standardisé et uniformisé dans tout le pays pour que toutes les équipes d'ambulanciers présentes sur un sinistre et tous les services mobiles d'urgence et de réanimation appelés, collaborent de manière optimale.

Ces derniers points sont d'une importance capitale et vitale pour les victimes lors d'urgences collectives et lors du déclenchement de volets médicaux du plan catastrophe.

**2. Projets d'amélioration
de l'enseignement aux ambulanciers**

Dans ce contexte, il a été demandé aux services d'urgence universitaires de l'Université de Liège et de l'Université de Gand, de coordonner l'élaboration d'un syllabus, d'un cours de base.

Dans un premier temps, un comité de rédaction a été constitué pour définir, dans un consensus national, le contenu de ce cours et pour rédiger les tables des matières des différents chapitres retenus dans ce consensus.

Après différentes réunions, un consensus a été obtenu quant au contenu des différents chapitres et au nombre de pages qu'il fallait attribuer à ces matières.

Ce comité de rédaction était constitué de médecins, d'infirmiers de services d'urgence, de pompiers, de représentants de la Croix-Rouge de Belgique et tentait de représenter toutes les parties du pays.

Dans une étape ultérieure, chaque chapitre a été rédigé par un groupe de médecins de services d'urgence et d'infirmiers de services d'urgence ou de pompiers.

Des représentants de la Croix-Rouge ont été associés à la rédaction. Actuellement, tous ces textes ont été réunis par les deux coor-

Bijlage II**EEN HANDELING VOOR DE OPLEIDING
VAN AMBULANCIERS****1. Probleemstelling**

Ambulanciers zijn dikwijls de eerste professionele hulpverleners die bij het slachtoffer komen.

Ze dienen in staat te zijn:

1. de belangrijkste en levensbedreigende toestanden meteen te herkennen;
2. adequaat aan te pakken en te stabiliseren;
3. de indicatie te kunnen stellen voor het al of niet oproepen van een M.U.G.;
4. bepaalde handelingen en bijstand te kunnen leveren aan de M.U.G. ter plaatse.

Dit vraagt uiteraard een opleiding van de ambulanciers die voldoende intensief en uitgebreid moet zijn om aan bovenstaande verwachtingen te beantwoorden.

Het is essentieel dat deze opleiding verzorgd wordt deels door en in samenwerking met artsen betrokken bij de M.U.G.-werking teneinde de coördinatie tussen beide zo optimaal mogelijk te maken.

Daarenboven is het wenselijk dat er een uniformiteit nagestreefd wordt in wat aangeleerd wordt aan de ambulanciers teneinde het samenwerken met andere ambulancediensten en met een M.U.G. uit omliggende centra zo vlot mogelijk te laten verlopen. Dit laatste is bijvoorbeeld extreem belangrijk in het kader van organisatie van medische rampenplannen.

Deze structurering van de opleiding van de ambulanciers zal alleen mogelijk zijn indien de leerstof duidelijk omschreven wordt in een handboek dat daarenboven didactisch van hoge kwaliteit moet zijn.

**2. Uitwerking project
handleiding ambulanciers**

In dit kader werd gevraagd aan de verantwoordelijken van de universitaire spoedgevallendiensten van Luik en Gent om de coördinatie van het opstellen van een dergelijke cursus op zich te nemen.

In een eerste fase werd een ruime redactieraad samengesteld teneinde bij de inhoudsbepaling en de omschrijving van de verschillende hoofdstukken tot een algemene consensus te komen.

Na enkele vergaderingen bleek dat inderdaad een consensus over de inhoudstafel en de verdeling van het aantal pagina's kon worden bereikt.

In de redactieraad werd gestreefd naar een vertegenwoordiging van zowel een spoedgevallen-verpleegkundige als van een urgentie-arts om het hoofdstuk te schrijven. Ook afgevaardigden van het Rode Kruis en het Belgisch leger werden betrokken in de redactieraad.

Zodra het stramien van de verschillende hoofdstukken in de redactieraad was vastgelegd werd opdracht gegeven aan de verschillende auteurs om een eerste tekstvoorstel te maken.

Na het ontvangen van de teksten in een eerste versie werd een leescommissie opgericht. Deze bestaat uit de leden weergegeven in

dinateurs et sont soumis ainsi que les propositions de choix d'illustrations à un comité de lecture. La mission de ce comité de lecture est l'uniformisation qualitative et formelle de ces différents textes proposés.

Pour une troisième phase, il a été décidé que fin 1993, les cinq premiers chapitres de ce syllabus seraient présentés à des groupes d'ambulanciers belges afin d'être testés en formation avec du matériel didactique (dias, transparents, ...) utile.

3. Comité de rédaction (Groupe francophone-germanophone)

Coordination et secrétariat :

Docteur J. Micheels, C.H.U. de Liège — Université de Liège.

Médecins urgentistes :

Professeur R. Askenasi, Hôpital Erasme, U.L.B. Bruxelles.

Docteur Dejardin, Clinique de l'Espérance à Montegnée — Croix-Rouge de Belgique.

Docteur Colson, Centre de Santé des Fagnes à Chimay.

Docteur Jadoul, Bomal-sur-Ourthe.

Docteur Magotteaux, Al. O.M.S. Libramont.

Docteur Vergnion, C.H.R. de la Citadelle, Liège.

Docteur Meert, Clinique Universitaire St.-Luc, U.C.L.

Docteur Van Lochem-Komenot, Bullingen.

Infirmiers de service d'urgence :

Monsieur Thyse, C.H.R. de Huy.

Monsieur Rommes, Hôpital Erasme, U.L.B., Bruxelles.

Monsieur Stuckens, Hôpital St.-Camille, Namur.

Monsieur Javaux, Croix-Rouge de Belgique.

Pompiers :

Monsieur Magnet, S.R.I. d'Arlon.

Comité restreint de lecture :

Professeur Flamand.

Professeur Askenasi.

Docteur Micheels.

Docteur Dejardin.

Monsieur Rommes.

Monsieur Javaux.

4. Comité de rédaction (Groupe néerlandophone)

Coordination et secrétariat :

Docteur W. Buylaert, Universitair Ziekenhuis Gent.

bijlage 1, aangeduid met een asterisk. Dit gebeurde om uniformiteit en hoge kwaliteit van de teksten na te streven. De leden van de leescommissie staan de coördinatoren bij in het verder afwerken van deze teksten. De taakverdeling bestaat erin dat één van de coördinatoren telkens met een aangeduid lid van de leescommissie een hoofdstuk herleest en uitwerkt in de richting waarin de leescommissie verder gedetailleerd advies gegeven heeft.

Er werd geopteerd om in een eerste fase (tegen eind 1993) de eerste vijf hoofdstukken van de syllabus in een bruikbaar stadium als handboektekst te brengen en reeds terzelfdertijd de nodige didactische ondersteuning (dia's, transparanten, ...) te plannen voor deze hoofdstukken.

3. Samenstelling redactiebureau (Frans- en Duitstalige vleugel)

Coördinatie en secretariaat :

Doctor J. Micheels, C.H.U. de Liège — Université de Liège.

Urgentie-artsen :

Professor R. Askenasi, Hôpital Erasme, U.L.B. Bruxelles.

Doctor Dejardin, Clinique de l'Espérance à Montegnée — Croix-Rouge de Belgique.

Doctor Colson, Centre de Santé des Fagnes, Chimay.

Doctor Jadoul, Bomal-sur-Ourthe.

Doctor Magotteaux, Al. O.M.S. Libramont.

Doctor Vergnion, C.H.R. de la Citadelle, Liège.

Doctor Meert, Clinique Universitaire St.-Luc, U.C.L.

Doctor Van Lochem-Komenot, Bullingen.

Urgentie-verpleegkundigen :

De heer Thyse, C.H.R., Huy.

De heer Rommes, Hôpital Erasme, U.L.B., Bruxelles.

De heer Stuckens, Hôpital St.-Camille, Namur.

De heer Javaux, Rode Kruis van België.

Brandweer :

De heer Magnet, S.R.I., Arlon.

Comité restreint de lecture :

Professor Flamand.

Professor Askenasi.

Doctor Micheels.

Doctor Dejardin.

De heer Rommes.

De heer Javaux.

4. Samenstelling redactiebureau (Nederlandstalige vleugel)

Coördinatie en secretariaat :

Doctor W. Buylaert, Universitair Ziekenhuis Gent.

Médecins urgentistes :

Docteur P. Calle, Universitair Ziekenhuis Gent.
 Professeur L. Corne, V.U.B., Brussel.
 Docteur F. Gijsenbergh, kliniek M. Voorzienigheid, Kortrijk.
 Docteur M. Sabbe, U.Z. Gasthuisberg, Leuven.
 Docteur V. Schwagten, U.I.A., Antwerpen.
 Docteur G. Vundelinckx, St.-Janziekenhuis, Genk.
 Docteur A. Mullie, A.Z. St.-Jan, Brugge.
 Docteur kol. J. Willems, Leopoldskazerne, Gent.

Infirmiers de service d'urgence :

Madame L. Rydant, Rode Kruis, Brussel.
 Madame J. Van Brantegem, Universitair Ziekenhuis, Gent.
 Madame H. Verbruggen, U.Z. Gasthuisberg, Leuven.
 Madame D. Lauwaert, V.U.B., Brussel.

Pompiers :

Commandant L. Van Rompaey, Hasselt (N.C.A.H.).

5. Table des matières du manuel pour les ambulanciers*1.- Enseignement théorique*

1. Introduction
2. Aspects généraux d'anatomie et de physiologie (30 p.)
3. L'abord du patient (30 p.)
4. La prise en charge immédiate des fonctions vitales (100 p.)
 - 4.1. Urgence respiratoire :
 - Procédure générale abc;
 - Désobstruction et protection des voies respiratoires;
 - Oxygénothérapie d'urgence.
 - 4.2. Réanimation cardiorespiratoire et le patient cardiaque (50 p.)
 - Défibrillation externe semi-automatique
 - 4.3. L'évaluation neurologique (10 p.)
 - 4.4. Le choc (15 p.)
 - 4.5. Le contrôle des hémorragies.
5. Le blessé
 - 5.1. Prise en charge et premier bilan à l'abord d'une victime (10 p.)
 - 5.2. Blessures au thorax, de l'abdomen, des organes génitaux (30 p.)
 - 5.3. Blessures à la tête et à la colonne vertébrale (30 p.)
 - 5.4. Blessures des membres: lésions osseuses, lésions des extrémités (40 p.)
 - 5.5. Blessures et soins des blessures (40 p.)

Urgentie-artsen :

Doctor P. Calle, Universitair Ziekenhuis Gent.
 Professor L. Corne, V.U.B., Brussel.
 Doctor F. Gijsenbergh, Kliniek M. Voorzienigheid, Kortrijk.
 Doctor M. Sabbe, U.Z. Gasthuisberg, Leuven.
 Doctor V. Schwagten, U.I.A., Antwerpen.
 Doctor G. Vundelinckx, St.-Janziekenhuis, Genk.
 Doctor A. Mullie, A.Z. St.-Jan, Brugge.
 Doctor kol. J. Willems, Leopoldskazerne, Gent.

Urgentie-verpleegkundigen :

Mevrouw L. Rydant, Rode Kruis, Brussel.
 Mevrouw J. Van Brantegem, Universitair Ziekenhuis, Gent.
 Mevrouw H. Verbruggen, U.Z. Gasthuisberg, Leuven.
 Mevrouw D. Lauwaert, C.U.B., Brussel.

Brandweer :

Commandant L. Van Rompaey, Hasselt (N.C.A.H.).

5. Inhoudstafel van de handleiding*1. Theoretisch onderricht*

1. Inleiding
2. Algemene aspecten van anatomie en fysiologie (30 blz.)
3. Beoordeling van de patiënt (30 blz.)
4. Onmiddellijk levensbedreigende aandoeningen (100 blz.)
 - 4.1. Urgenties i.v.m. ademhaling
 - Algemene begrippen van het A.B.C.
 - Obstructie vreemd voorwerp en luchtwegbescherming
 - Zuurstoftoediening
 - 4.2. Cardiopulmonaire reanimatie en de hartpatiënt
 - Semi-automatische externe defibrillatie
 - 4.3. Neurologische evaluatie
 - 4.4. Shock
 - 4.5. Controle bloedverlies
5. De gewonde patiënt
 - 5.1. Eerste aanpak van een ernstig gekwetst slachtoffer (10 blz.)
 - 5.2. Wonden van borstkas, abdomen en genitaliën (30 blz.)
 - 5.3. Wonden van hoofd en wervelkolom (30 blz.)
 - 5.4. Wonden van spieren, skelet en extremiteiten (40 blz.)
 - 5.5. Wonden en wondverzorging (40 blz.)

6. Le patient malade

6.1. Les pathologies internes: cardiaques, respiratoires, l'accident cérébro-vasculaire, le patient comateux, la douleur thoracique, les embolies, les chocs anaphylactiques... (60 p.)

6.2. Empoisonnement et toxicologie (15 p.)

6.3. Alcoolisme et prise de drogues ou dépendance (5 p.)

7. Urgence gynécologique, l'accouchement inopiné et les premiers soins du nouveau-né (30 p.)

8. Urgence pédiatrique (15 p.)

9. Les urgences liées à l'environnement:

9.1 Les brûlures - les lésions par explosion (20 p.)

9.2. L'électrisation (10 p.)

9.3. La noyade (10 p.)

9.4. Hypothermie et coup de chaleur (10 p.)

9.5. Les lésions par les radiations ionisantes (5 p.)

10. Urgence psychiatrique:

10.1 L'agité

10.2 Le délirant

10.3 Le suicidaire

11. Médecine d'urgence - Urgence collective (30 p.)

11.1. Principes de base à partir de la prise en charge

11.2. Notion de triage et priorité d'évacuation

11.3. Plans catastrophes généraux et plans catastrophes provinciaux.

12. Technique de l'aide médicale urgente (40 p.)

12.1. Relation avec la médecine générale

12.2. Relation avec le S.M.U.R. quand et comment?

12.3. Problèmes médico-légaux:

— notions de déontologie; le patient décédé

— Lecture de cartes

12.4. Aspect légal: le véhicule prioritaire

12.5. Aspects généraux de l'intervention

— La sécurité pour les différents intervenants sur les lieux d'un sinistre

— Lecture de cartes

— Radio-communication

Total du nombre de pages: environ 580 pages

6. De zieke patiënt

6.1. Algemene inwendige ziekten: hart- en longaandoeningen, pijn op de borst, cerebro-vasculair accident, de comateuze patiënt, acute buikpijn, longembolus, anafylactische shock, ... (60 blz.)

6.2. Vergiftigingen (15 blz.)

6.3. Problemen i.v.m. alcohol en drugs en afhankelijkheid (5 blz.)

7. Urgenties i.v.m. gynaecologie, zwangerschap, bevalling en eerste hulp aan pasgeborenen (30 blz.)

8. Urgenties i.v.m. kinderen (15 blz.)

9. Urgenties door omgevingsfactoren

9.1. Brandwonden — Letsels door explosies (20 blz.)

9.2. Electrocutie (10 blz.)

9.3. Verdrinking (10 blz.)

9.4. Blootstelling aan koude en hitte (10 blz.)

9.5. Stralingsongevallen (5 blz.)

10. Psychiatrische urgenties (20 blz.)

10.1. De geagiteerde patiënt

10.2. Het delirium

10.3. De zelfmoord(poging)

11. Rampengeneeskunde — collectieve urgenties (30 blz.)

11.1. Basisprincipes

11.2. Hulpverlening bij meerdere slachtoffers- triage en evacuatie

11.3. Algemeen rampenplan en rampenplannen van de provincies

12. Algemene aspecten dringende medische hulpverlening (40 blz.)

— Wetgeving

— Prioritair voertuig

— Veiligheidsmaatregelen voor zorgverstrekkers op de plaats van het ongeval

— Deontologie

— Kaartlezen

— Radioprocedures

— Medico-legale problemen — de overleden patiënt

— Relatie met de M.U.G.: wanneer en hoe oproepen?

— Bevrijdingstechnieken

— Relatie met ordediensten en hulpverleners

Totaal: 580 pagina's.

Annexe III

ETUDE DES BESOINS AU NIVEAU
DES SERVICES AMBULANCIERS

Pour améliorer la structure, il faut bien la connaître, c'est pour-
quoi la ministre a confié, durant l'année 1993, un mandat
d'investigation et de recherche dans chaque province.

Cette recherche est, à l'heure actuelle, toujours en cours et les
conclusions définitives, utiles à l'orientation de la politique, ne
sont pas encore disponibles en ce moment.

Elle comporte une enquête réalisée par 10 infirmiers qui ont
visité tous les sièges d'exploitation d'ambulance 100 (ils sont près
de 250), vérifié l'équipement de plus de 500 véhicules-ambulances
(dont environ 350 sont prêtés par l'administration de la Santé
publique) et inventorié la formation de plus de 9 000 personnes
remplissant les fonctions d'ambulanciers.

Les données de cette enquête seront informatisées de façon à
pouvoir être, d'une part, analysées et, d'autre part, actualisées
dans le temps.

Il est déjà possible d'avancer que, dans chaque province, le
nombre de services est amplement suffisant. A 7 exceptions près,
tous offrent une disponibilité 24 heures sur 24.

Quant à l'équipement, l'on peut déduire des données disponi-
bles (pour 8 provinces actuellement) que:

- au moins 100 ambulances ne sont pas équipées du matériel
de contention (équipement utilisé en cas de traumatismes, fractu-
res,...) adapté aux exigences actuelles;
- 57 ambulances ne disposent pas d'une pompe d'aspiration
électrique (nécessaire pour la libération des voies respiratoires
supérieures);
- 36 ne disposent pas d'une réserve d'oxygène suffisante.

Cette investigation systématique et méthodique permet
d'adapter, en la précisant, la politique des achats entamée l'année
dernière.

Quant au personnel ambulancier, la répartition est la suivante
(selon les données actuellement disponibles, dans 178 services):

- nombre total: 5 985
- personnel ayant besoin d'un recyclage (insigne distinctif
renouvelable périmé): 1 644.
- personnel n'ayant pas encore suivi la formation prévue
dans la circulaire du 30 septembre 1991: 1 447.

Donc, environ 50 p.c. du personnel ont un besoin urgent de
formation.

Tous les ambulanciers sont, dans la situation actuelle (subsidies
= 4 000 francs par tranche de 20 heures cf. arrêtés de 1967), tribu-
taires de la bonne volonté des enseignants, qui se recrutent dans le
personnel médical et infirmier spécialisés en urgence dans les
hôpitaux.

Bijlage III

STUDIE OVER DE BEHOEFTE N OP HET VLAK
VAN DE AMBULANCEDIENSTEN

De Minister heeft in de loop van het jaar 1993, een studie- en
onderzoeksopdracht in elke provincie aan gespecialiseerde urgen-
tieartsen toevertrouwd om de behoeften op het vlak van de ambu-
lancediensten te onderzoeken.

Dit onderzoek is vandaag nog steeds aan de gang en de defini-
tieve conclusies, die voor de beleidsoriëntering nuttig zijn, zijn
nog niet beschikbaar.

Het onderzoek behelst een enquête verricht door 10
verpleegkundigen die alle exploitatiezetels van ambulances 100
hebben bezocht (er zijn er 250), de uitrusting van meer dan
500 ambulancevoertuigen hebben gecontroleerd (ongeveer 350
worden door het Ministerie van Volksgezondheid ter beschikking
gesteld) en de opleiding van meer dan 9 000 personen die de
functies van ambulanciers uitoefenen, hebben geïnventariseerd.

De gegevens uit dit onderzoek zullen geïnformatiseerd worden
zodanig dat ze enerzijds geanalyseerd en anderzijds in de loop van
de tijd bijgewerkt kunnen worden.

We kunnen reeds stellen dat in elke provincie het aantal dien-
sten ruim voldoende is. Op 7 uitzonderingen na, zijn ze alle 24 uur
op 24 beschikbaar.

Wat betreft de uitrusting, kan uit de beschikbare gegevens
(voor 8 provincies tot nu toe) worden afgeleid dat:

- ten minste 100 ambulancevoertuigen niet met immobilisa-
tiemateriaal (materiaal gebruikt om trauma's, breuken, ... te fixe-
ren) uitgerust zijn dat aan de huidige eisen aangepast is;
- 57 ambulancevoertuigen beschikken niet over een elek-
trische zuigpomp (noodzakelijk om de bovenste luchtwegen vrij
te maken).
- 36 beschikken niet over voldoende zuurstofvoorraad.

Dit systematisch en methodisch onderzoek maakt het mogelijk
het aankoopbeleid dat vorig jaar begonnen werd, aan te passen
door dit te preciseren.

Wat het ambulancepersoneel betreft, is de spreiding als volgt
(volgens de momenteel beschikbare gegevens, in 178 diensten):

- Totaal aantal: 5 985
- Personeel dat een navorming nodig heeft (vervallen
hernieuwbare badges): 1 644
- Personeel dat de in de omzendbrief van 30 september 1991
voorzien vorming nog niet gevolgd heeft: 1 447

Dus ongeveer 50 pct. van het personeel heeft dringend nood aan
bijkomende vorming.

Alle ambulanciers zijn in de huidige situatie (subsidies = 4 000
frank per schijf van 20 uur cf. Besluiten van 1967) onderworpen
aan de goede wil van onderwijzend personeel dat gerecruteerd
wordt uit het medisch en verpleegkundig personeel gespeciali-
seerd in spoedgevallen in ziekenhuizen.