

**MINISTÈRE DES
AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT**

BRUXELLES, le 28/09/2000

Administration des Soins de Santé

**Direction de la politique
des soins de santé**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Section "Programmation et Agrément"

N/Réf. : CNEH/D/180-3(*)

**AVIS CONCERNANT
L'ADAPTATION DE LA POLITIQUE
RELATIVE AUX URGENCES**

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 28 septembre 2000

La note des Ministres M. AELVOET et F. VANDENBROUCK relative à cette adaptation a suscité au sein de la section « Programmation et Agrément » du C.N.E.H. un certain nombre de réflexions et considérations en continuité avec les avis émis antérieurement par le CNEH qui chaque fois ont réaffirmé le refus d'une programmation des « fonctions soins urgents ».

Celle-ci doit impérativement être organisée dans tout hôpital agréé.

Cette notion est clairement reprise dans la définition de l'hôpital à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux : « des examens ou traitements spécialisés... effectués ou appliqués à tout moment... pour ou à des personnes qui y sont admises ou peuvent y séjourner... ».

Le premier avis émis par le CNEH sur l'hôpital de base en 1997 (CNEH/D/125-2) réaffirmait cette obligation pour tout hôpital et le nouvel avis en cours d'élaboration par le groupe de travail « hôpital de base » du Professeur PEERS est tout aussi formel à ce sujet.

De plus, dans la note adressée par les Ministres, on retrouve au point 2.1 le principe que chaque hôpital doit disposer d'une fonction organisée apte à faire face de manière adéquate à des admissions inattendues et urgentes tandis qu'au point 2.2 on lit que la fonction « Soins urgents » est obligatoire dans chaque hôpital et peut être exploitée sur plusieurs sites d'un hôpital fusionné pour autant qu'il soit satisfait dans les divers sites aux normes d'agrément et que le besoin en soit démontré.

Il faut également rappeler qu'outre l'accueil d'urgences externes, l'hôpital a l'obligation en vertu de l'art 2 de l'AR du 30 janvier 1989 d'organiser une permanence médicale interne principalement destinée à prendre en charge tout problème urgent survenant chez les patients hospitalisés.

La note en son point 2.4.2 revient sur la faculté pour une fonction « Soins Urgents » d'être intégrée au fonctionnement de l'aide médicale urgente (100) à condition de respecter un certain nombre de critères en matière de permanence médicale et de garde appelable. La section « Programmation et Agrément » du C.N.E.H. approuve volontiers cette adaptation.

Par contre, elle s'oppose à l'échelonnement normatif en fonction « Soins Urgents » et fonction « Soins Urgents Spécialisés ». Le prétendu « échec », tel qu'affirmé dans le préambule de la note, de la réforme de 1998 découle précisément de cet échelonnement normatif qui a amené tous les hôpitaux à mettre sur pied une organisation rencontrant les normes de la fonction « Soins Urgents Spécialisés ».

Il est cependant évident que la charge en permanence médico-infirmière qui représente la majeure partie des coûts de fonctionnement est directement en rapport avec le volume de la demande et partiellement la sévérité des pathologies. Dès lors,

un échelonnement du financement des fonctions « Soins Urgents » en est une conséquence tout aussi manifeste et ne pourra être établi que sur base d'une évaluation objective de l'activité de celles-ci.

Malheureusement, on ne dispose guère aujourd'hui d'informations tant quantitatives que qualitatives sur les services d'urgence. Grâce à la collaboration du Service « Qualité des soins de santé » du Ministère de la Santé Publique, la section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. a pris connaissance d'un certain nombre de données en provenance de l'enquête établie chaque année sur base des données en provenance des hôpitaux, complétées par les données de l'enregistrement « RCM ». Cet outil n'est que partiel et surtout non validé puisque les données chiffrées relatives aux urgences sont communiquées par chaque hôpital sans aucun contrôle jusqu'à présent. Les informations recueillies sont les suivantes par hôpital et par exercice :

- nombre total d'urgences reçues
- nombre et pourcentage d'urgences ayant fait l'objet d'une hospitalisation
- pourcentage de ces admission en urgence vis à vis du nombre total d'admissions de l'hôpital.

Premier constat qui interpelle, par an, 20 % de la population du Royaume a recours à un service d'urgences.

Le pourcentage d'urgences admises en hospitalisation relativement au nombre total d'admissions est lui assez homogène, aux alentours de 40 % avec à nouveaux quelques pics nettement supérieurs à 50 %.

Le service d'études de la Direction des soins de santé a peaufiné dans la mesure du possible, les informations en excluant les services G et Sp isolés ainsi que les hôpitaux psychiatriques de manière à mettre à notre disposition les tableaux en annexe.

Commentaires sur les tableaux et graphiques établis par le Service « Qualité des soins de santé » du Ministère de la Santé Publique, Direction de la Politique des soins de santé:

Les bases de données administratives existantes peuvent illustrer l'importance des services d'urgence pour un hôpital:

Sur base des données classiques 1998, déclarées par les hôpitaux, les services d'urgence accueillent près de 2.260.000 cas par an. Ceci représente près de 18.000 par an en moyenne pour les 127 hôpitaux (sur 129) agréés au 1.1.2000, pour lesquels des données sont disponibles.

Par jour ceci représente en percentiles une moyenne de 50 urgences par jour, une médiane située à 40 urgences par jour, un percentile 10 à 15 urgences par jour et un percentile 90 à 100 urgences par jour.

Distribution	Min	P10	P25	P50	P75	P90	Max
Nbre d'urgences / jour	0	15	25	40	70	100	180

Mises en relation avec les données RCM 1998 pour les mêmes hôpitaux, ces chiffres représentent 50% de l'activité administrative de l'hôpital toutes admissions confondues (accouchements, hospitalisation classique, hospitalisation de jour et urgences) si l'on considère abusivement que toute admission représente la même charge administrative. Ce chiffre se situe entre 40 % et près de 60 % pour 50 % des hôpitaux entre le percentile 25 et 75.

Distribution	P10	P25	P50	P75	P90
Nbre d'urgences / activité totale de l'hôpital (en %)	30 %	40 %	50 %	56 %	63 %

Entre 40% (P25) et 50 % (P75) des hospitalisations classiques sont admises par les urgences.

Distribution	P10	P25	P50	P75	P90
Nbre d'hospitalisation classiques admises en urgences / total des hospitalisations classiques (en %)	33 %	39 %	45 %	52 %	57 %

En effet 15 des 50 urgences par jour sont hospitalisées. Ce qui représente entre 20 et 40 % pour 50 % des hôpitaux entre le percentile 25 et 75.

Distribution	P10	P25	P50	P75	P90
Nbre d'hospitalisations classiques admises en urgences / total des hospitalisations classiques (en %)	15 %	20 %	27 %	40 %	51 %

Parmi les 15 urgences hospitalisées, 3 ont été admises par le service 100 ou SMUR (soient 20%) et 20 % de celles ci ont nécessité une hospitalisation intensive (autrement dit , moins d'une admission en soins intensifs ou assimilé en moyenne par jour par hôpital).

Sur le plan de l'évaluation qualitative, nous sommes beaucoup plus démunis car seules les urgences admises en hospitalisation génèrent un enregistrement RCM. Comme préconisé par l'AR du 27 avril 1998, il est indispensable que les modèles d'enregistrement de l'activité des fonctions « Soins urgents » soient établis par le collège des médecins urgentistes dans les meilleurs délais.

A ce propos, la section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. émet le souhait d'être associé aux travaux de ce collège dans les études ultérieures relatives à l'évaluation de la fonction. Cela permettrait vraisemblablement une appréhension plus exhaustive des paramètres d'activité.

Par ailleurs, la section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. s'étonne de la volonté réaffirmée dans la note relative à l'adaptation de la politique relative aux urgences de lier la programmation des SMUR's à l'agrément des fonctions « Soins Urgents Spécialisés ». De fait, en fonction des considérations sus citées en matière d'échelonnement, il estime que la programmation des SMUR's peut très bien être traitée sur base des critères établis par l'AR du 10 août 1998.

C'est au niveau des SMUR's que doivent intervenir des accords de collaboration plutôt qu'au niveau des fonctions Soins Urgents.

Ne serait-il pas opportun que Madame la Ministre de la Santé Publique mette en place les Commissions d'Aide Médicale Urgente afin de rendre opérationnelle dans de brefs délais la programmation des SMUR's selon les critères de l'AR du 10 avril 1998. En fonction de ceux-ci, il est évident que des accords interhospitaliers de collaboration s'avéreront indispensables, non seulement en ce qui concerne les participations à la fonction « service mobile d'urgence » mais également au niveau des pathologies spécifiques à traiter par des conventions entre hôpitaux généraux et hôpitaux disposant de services spécialisés dont le nombre doit être limité.

C'est l'exemple de la neurochirurgie dont le programme normatif n'est pas fixé. Si cette discipline est reprise comme prévu au point 3.6 dans les critères d'attribution de la fonction « Soins urgents Spécialisés », on assistera dans les prochains mois à la prolifération de ce type de service !

La section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. estime que l'avis de la section financement doit être demandé afin de mettre sur pied un financement plus objectif des fonctions soins urgents sur base de la charge réelle de travail, facteur exclusif qui génère, au-delà des normes de base, les besoins en permanence médicale et infirmière. Le critère actuel déterminant les points supplémentaires, c'est-à-dire la facturation INAMI pour suppléments d'urgence, n'a qu'une relation très partielle avec la fonction d'accueil des Urgences.

La section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. s'inquiète de la qualité du fonctionnement médical des fonctions « Soins Urgents » car la formation complémentaire en Médecine Aiguë (BMA) s'avère, à l'expérience, incomplète et non satisfaisante tant pour les hôpitaux que pour les médecins généralistes concernés.

En résumé, la section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. propose :

- Au stade actuel, de maintenir le financement de toutes les fonctions « Soins Urgents », conformément aux normes en vigueur, tant qu'elles restent d'application ;
- Concrétiser l'agrément des SMUR's, conformément aux critères de programmation actuels (A.R du 10/08/1998), sans subordonner l'agrément de la fonction « Soins Urgents » ou « Soins Urgents Spécialisés » à l'agrément SMUR ;
- Exécuter, dans les meilleurs délais, une évaluation quantitative de la faisabilité sur base des données déjà disponibles au Ministère de la Santé Publique ; cela doit au moins permettre d'analyser certaines situations exceptionnelles ;
- Elaborer dans les plus brefs délais un système de mesure des activités et de disposer au plus vite d'un modèle d'enregistrement, tel qu'il sera conçu par le Collège des Médecins Spécialistes Urgentistes.
- De revoir les normes d'agrément relative à la permanence sur la base des activités (critères aussi bien qualitatifs que quantitatifs), avec, en corollaire, financement d'une partie fixe d'effectifs en personnel, complétée par une partie variable en fonction de la charge de travail.

Au besoin, la section "Programmation et Agrément" du C.N.E.H. reste à disposition pour adapter l'AR du 27 avril 1998 à la suppression de l'échelonnement normatif.

ADAPTATION DE LA POLITIQUE RELATIVE AUX URGENCES

La réforme de 1998 n'a pas atteint son objectif

La réforme des soins urgents réalisée au cours de la législature écoulée n'a pas donné le résultat escompté par l'autorité fédérale.

Les **causes** suivantes peuvent notamment être avancées :

- Lors de la réforme, on est parti du principe qu'il fallait créer deux types de fonctions : la fonction « première prise en charge » et la fonction « soins urgents spécialisés ». A cet égard, on considérait que le nombre de fonctions « soins urgents spécialisés » serait inférieur au nombre de fonctions « première prise en charge », mais, lors de la réalisation de la réforme, la grande majorité de celles-ci a été agréée comme fonction spécialisée.
- On est parti de la logique selon laquelle les hôpitaux qui offrent une fonction « soins urgents spécialisés » sont à même de fournir des soins et un traitement adéquats pour faire face à la pathologie lourde se présentant dans leur région. On n'a pas suffisamment tenu compte de ce point de départ.
- Alors que chaque hôpital doit pouvoir prendre en charge des urgences étant donné qu'il s'agit d'une composante essentielle de l'offre de soins, l'intégration dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente est, quant à elle, subordonnée à l'existence d'une fonction agréée « soins urgents spécialisés ». De ce fait, certains hôpitaux se sont vus contraints d'investir dans le développement de soins urgents spécialisés afin de sauvegarder leur fonctionnement normal.

Les **conséquences** de l'échec de cette réforme sont notamment les suivantes :

- Il y a actuellement plus de fonctions « soins urgents spécialisés » qu'il n'en faut pour répondre aux besoins de la population.
- La réforme n'a pas débouché sur la conclusion d'accords de collaboration entre hôpitaux concernant la fonction des urgences, ce qui entraîne le risque réel de voir compromise la qualité optimale des soins urgents et de voir les hôpitaux se comporter comme des concurrents.
- En agréant un nombre aussi élevé de fonctions spécialisées, on hypothèque le mécanisme d'agrément de la fonction SMUR. En effet, il ne sera pas facile de parvenir à un consensus au sein de la commission provinciale à créer.

Points de départ de l'adaptation de la politique relative aux urgences.

La non-réalisation des objectifs fixés initialement contraint l'autorité fédérale à corriger les mesures prises.

Les **points de départ de l'adaptation** sont formulés ci-dessous :

1. Deux types de fonctions pour les soins urgents ayant chacune leurs propres mission, organisation et encadrement

Le principe de la création de deux fonctions peut encore être maintenu actuellement. Le Conseil national des établissements hospitaliers l'a d'ailleurs réaffirmé dans son avis du 24 juillet 1997.

2. La fonction « soins urgents »

2.1. On part du principe que chaque hôpital doit disposer d'une fonction organisée, apte à faire face de manière adéquate à des admissions inattendues et urgentes.

Cette option existait déjà en 1986 lors de l'élaboration du concept de base de l'hôpital. Lors de la réforme de 1998, cette fonction a été précisée et une série d'exigences qualitatives ont été fixées.

La terminologie actuelle « première prise en charge des urgences » telle qu'elle est utilisée dans la législation, est quelque peu trompeuse car elle crée l'impression qu'après cette première prise en charge, on est obligatoirement transféré vers un autre hôpital. Ce n'est pas nécessairement le cas : il est tout à fait possible qu'un problème déterminé ne nécessite pas de soins spécialisés et ne doive dès lors pas être transféré. Il est donc préférable de désigner cette fonction par « soins urgents ».

2.2. La fonction « soins urgents » est obligatoire dans chaque hôpital¹ qui ne dispose pas d'une fonction « soins urgents spécialisés »

Cette fonction peut être agréée et exploitée sur plusieurs sites, pour autant qu'il soit satisfait dans les différents sites aux diverses normes d'agrément concernées, telles que visées à l'article 2 de l'AR du 30 janvier 1989.

¹ Tel que fixé à l'article 2 de l'AR du 30 janvier 1989, à l'exception de la fonction palliative.

Ce n'est que si la fonction doit être exploitée sur plusieurs sites d'un hôpital afin de préserver l'**accessibilité**² (entre autres par le biais de l'aide médicale urgente), que l'on garantit, pour les différents sites, le financement par le prix de la journée d'hospitalisation, ainsi que le financement des permanences médicales requises.

2.3. La fonction est dirigée par un médecin spécialiste

La fonction est dirigée par un médecin spécialiste qui dispose, soit du titre professionnel particulier, soit du brevet de médecine aiguë.

2.4. Les exigences en matière de permanence

2.4.1. La fonction requiert la **présence permanente d'un médecin à l'hôpital** : le respect de cette condition est requis pour l'obtention d'un agrément comme fonction « urgences » (en exécution de la loi sur les hôpitaux), mais ne suffit pas pour l'intégration dans l'aide médicale urgente (100) (en exécution de la loi sur l'aide médicale urgente).

² Par exemple, en cas d'absence d'une autre fonction de soins urgents dans un rayon de 20 km ou en cas de forte densité de population (p.ex. concentration urbaine).

2.4.2. Pour obtenir l'agrément comme fonction « soins urgents » et, en même temps, être intégré au fonctionnement de l'aide médicale urgente (100), il convient de répondre aux exigences suivantes en matière de permanence médicale³ :

- a) soit un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence,
- b) soit un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs,
- c) soit un médecin, porteur du brevet en médecine aiguë, attaché au moins à mi-temps à la fonction « soins urgents »,
- d) soit un médecin spécialiste dans une des disciplines donnant accès au titre professionnel particulier,
- e) soit un candidat médecin spécialiste en formation ayant accompli au moins deux années de formation dans une des disciplines.

En outre, une garde appelable et joignable en permanence doit être prévue pour les disciplines suivantes : médecine interne, chirurgie, anesthésie-réanimation, radiologie. Un médecin biologiste ou un psychiatre doivent pouvoir être consultés à tout moment. En outre, une garde appelable et joignable en permanence doit être prévue pour la pédiatrie et la gynécologie-obstétrique, au cas où ces services existent sur le site.

³ Pour ce niveau, aucune exigence n'est posée quant au régime de travail : attaché à temps plein et en exclusivité à un hôpital déterminé – à l'exception du c), le « brevettiste » : il s'agit là d'une différence importante par rapport au deuxième niveau

2.5. Des patients peuvent être acheminés dans le cadre de l'aide médicale urgente (100), pour autant qu'il s'agisse d'une ambulance ordinaire (sans intervention du SMUR) et que la fonction soit intégrée au fonctionnement de l'aide médicale urgente (cf. les critères supplémentaires sub 2.4).

Lorsqu'il s'agit d'une intervention SMUR, le patient ne peut être acheminé que vers une fonction spécialisée, sauf si le médecin SMUR en décide autrement. Les patients qui n'ont pas fait l'objet d'une intervention SMUR, mais pour lesquels il s'avère, à la fonction « soins urgents », qu'ils nécessitent des soins qui ne peuvent être fournis sur place, doivent être transférés au plus vite à une autre fonction « soins urgents » capable d'administrer les soins requis.

2.6. La fonction doit tenir à jour un enregistrement de toutes les urgences.

Au cours de la première phase, toutes les urgences admises dans la fonction concernée seront l'objet d'une évaluation, notamment afin de se faire une idée de la nature et de la fréquence des pathologies.

3. La fonction « soins urgents spécialisés »

3.1. Parallèlement à la fonction « soins urgents », on maintient le deuxième niveau, à savoir la fonction « soins urgents spécialisés ».

Il s'agit d'hôpitaux sélectionnés à cette fin et ayant une mission bien définie. Cette fonction doit collaborer à l'exploitation de la fonction SMUR.

3.2. Afin d'aboutir à une répartition géographique équilibrée des fonctions spécialisées, de garantir la collaboration avec la fonction SMUR et de fournir des soins urgents de qualité optimale, on propose de considérer les deux fonctions comme un ensemble intégré.

Cela signifie en d'autres termes que le nombre de fonctions « soins urgents spécialisés » sera à peu près égal à celui des fonctions SMUR. Globalement, il s'agit de 75 à 85 fonctions pour l'ensemble du pays. La répartition par province peut en principe être basée sur les mêmes critères que ceux applicables à la fonction SMUR.

On vérifiera en tout état de cause si le système instauré permet de desservir également les régions éloignées et, le cas échéant, des corrections seront apportées.

3.3. Accords de collaboration entre un hôpital disposant d'une fonction « soins urgents spécialisés » et d'autres hôpitaux disposant d'une fonction « soins urgents ».

Chaque hôpital disposant d'une fonction « soins urgents spécialisés » doit conclure un accord de collaboration avec les autres hôpitaux disposant d'une fonction « soins urgents ». Ces accords portent notamment sur la destination du patient ainsi que sur le transfert de celui-ci.

Afin d'encourager la conclusion de tels accords, une politique incitative sera menée en octroyant aux hôpitaux qui concluent un accord de collaboration avant une date déterminée⁴, un montant dans le cadre du budget hospitalier leur permettant d'améliorer la répartition des tâches et de contribuer à la qualité des soins.

⁴ proposition : dans les 6 mois de la publication de l'arrêté royal au Moniteur belge

3.4. Les hôpitaux doivent poser leur candidature pour la fonction « soins urgents spécialisés » avant une date déterminée⁵.

Cette candidature peut être posée de différentes manières : par l'hôpital en tant que tel, dans le cadre d'une collaboration avec d'autres hôpitaux ou encore dans le cadre d'une collaboration visée au 3.3.

3.5. Afin de garantir une répartition géographique optimale et d'éviter en même temps l'agrément d'un nombre trop important de fonctions (le maximum étant fixé à 75 à 85), une programmation est prévue.

Cette programmation tiendra compte des éléments suivants :

- a) le nombre d'habitants, avec un facteur correctif pour les régions moins peuplées ;
- b) la durée du trajet et/ou la distance entre chaque endroit du Royaume et une fonction.

3.6. L'attribution de la fonction « soins urgents spécialisés » aux (sites des) hôpitaux

Cette fonction sera attribuée aux hôpitaux, et plus particulièrement aux sites⁶, disposant au minimum d'une fonction agréée de soins intensifs ainsi que d'un service agréé d'imagerie médicale à scanographe CT, où le protocole du médecin spécialiste en radiodiagnostic est disponible dans les 15 minutes.

⁵ proposition : dans les 6 mois de la publication de l'arrêté royal au Moniteur belge

⁶ dans le texte, le terme « site » est utilisé pour désigner tant un hôpital à site unique qu'un site déterminé dans le cas d'une fusion hospitalière

Les sites d'implantation répondant aux conditions précitées se verront accorder un droit préférentiel sur la base d'un système de cascade, en fonction du nombre de critères auxquels ils répondent, à savoir :

- a) un service de neurochirurgie, tel que défini dans l'AR du 28 novembre 1986 (normes afférentes au service d'imagerie médicale disposant d'un scanographe CT) pratiquant chaque année 150 interventions intracrâniennes au minimum ;
- b) un programme de soins agréé B « pathologie cardiaque » ;
- c) un écart d'activité significatif sur le site d'implantation, l'activité étant mesurée, par exemple, par le nombre d'admissions sur le site ;

Ce critère est subsidiaire par rapport aux deux premiers.

- d) d'autres critères peuvent servir d'indicateurs de l'expertise médicale et infirmière disponible sur le site d'implantation. Par exemple : le nombre de médecins spécialistes dans l'une des disciplines débouchant sur l'obtention du titre professionnel particulier, ainsi que le nombre d'infirmiers ETP attachés à l'hôpital et porteurs du titre professionnel particulier.

3.7. En principe, les hôpitaux ayant plusieurs sites d'implantation ne peuvent disposer d'une fonction « Soins urgents spécialisés » que sur un seul site.

Toutefois, une dérogation peut être accordée pour des raisons d'accessibilité et d'équilibre dans la répartition géographique.

Dans ce cas, la deuxième fonction est agréée séparément, est prise en compte dans le cadre de la programmation, et son financement, de même que celui des permanences médicales requises, est garanti par le biais du prix de journée.

3.8. La direction de la fonction est confiée à un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, attaché à l'hôpital à temps plein et travaillant à mi-temps au moins dans le service des urgences. Toutefois, en vertu de « droits acquis », la direction de la fonction peut également être confiée aux médecins qui, au 01-98, peuvent attester qu'ils ont assuré la direction du service des urgences pendant 5 ans au moins.

3.9. La fonction exige la présence permanente d'un médecin à l'hôpital.

3.9.1. Ce médecin doit répondre à l'un des critères suivants :

- a) un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence et attaché à mi-temps au moins à l'hôpital ;
- b) un médecin spécialiste, porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs et attaché à mi-temps au moins à l'hôpital ;
- c) un médecin spécialiste en formation désireux d'obtenir le titre professionnel particulier et attaché à mi-temps au moins à l'hôpital ;
- d) un médecin, porteur du brevet de médecine aiguë et attaché à mi-temps au moins à l'hôpital.

3.9.2. Les **règles actuelles** restent d'application pour ce qui concerne le médecin assurant la **permanence complémentaire**.

La fonction nécessite une garde appelable et joignable en permanence pour les disciplines suivantes : la médecine interne, la chirurgie, l'anesthésie-réanimation, la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique, la radiologie et la biologie clinique. Une équipe doit pouvoir être sur place dans les 20 minutes.

3.9.3. Dans le cas où les **fonctions « soins intensifs », « soins urgents spécialisés » et « SMUR »** sont présentes sur le même site, **2 médecins suffisent** pour la permanence.

Le cas échéant, un troisième médecin doit être appelable en permanence : lors de chaque sortie du SMUR, ce médecin doit être présent sur le site dans les 15 minutes.

Si le niveau d'activité du SMUR dépasse un seuil déterminé, qui reste à préciser, la permanence ne peut pas être réduite et la présence de trois médecins reste exigée.

3.10. La fonction « soins urgents spécialisés » doit également procéder à un enregistrement des activités afférentes aux urgences et évaluer la pratique médicale (cf. point 2.6.).

4. Fonction SMUR

En ce qui concerne la fonction SMUR, il n'est pas possible de déroger au principe selon lequel la fonction doit disposer d'une équipe médicale et infirmière propre, présentant les qualifications requises pour pouvoir assurer un service 24 heures sur 24 sur le site où la fonction est basée. En ce qui concerne la formation de l'équipe, les dispositions actuelles peuvent globalement être maintenues. Il doit s'agir des mêmes disciplines que pour la fonction « soins urgents spécialisés ».

Les procédures actuelles au sein de la Commission de l'aide médicale urgente sont maintenues.

5. Collaboration avec les médecins généralistes

Afin de garantir une bonne communication entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, il est prévu que les hôpitaux concluent un accord avec les associations locales de médecins généralistes. Ces conventions préciseront les modalités de collaboration en ce qui concerne les soins urgents.

Il est prévu non seulement de soutenir davantage le système actuel de « protocoles avec les médecins généralistes » mais également de mettre au point des projets pilotes spécifiques en ce qui concerne les soins urgents.

L'objectif, à terme, est de rendre la collaboration avec les médecins généralistes obligatoire.

² à l'heure actuelle, il n'est pas possible d'imposer cette collaboration car les médecins généralistes ne sont pas encore suffisamment bien organisés partout