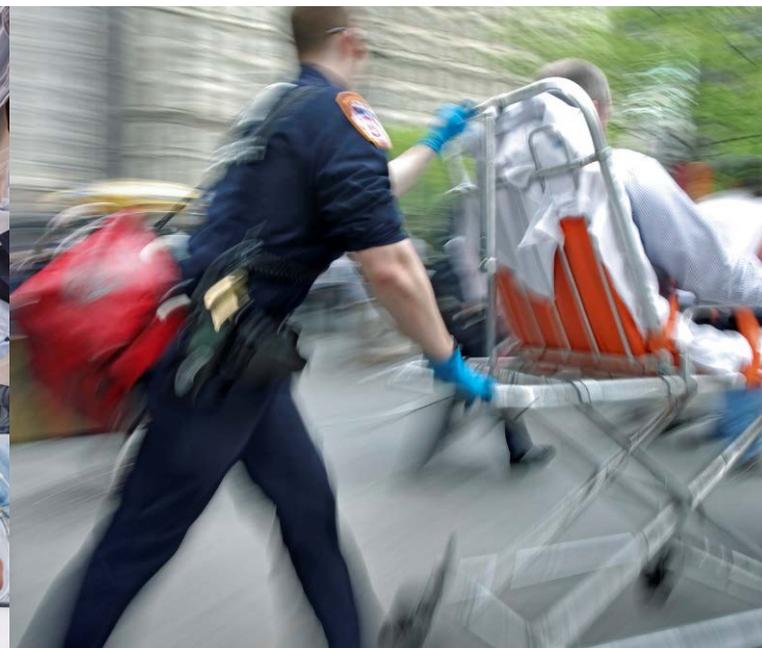


SYNTHÈSE

ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE EN BELGIQUE: SITUATION ACTUELLE ET POSSIBILITÉS DE RÉFORME



SYNTHÈSE

ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCE EN BELGIQUE: SITUATION ACTUELLE ET POSSIBILITÉS DE RÉFORME

KOEN VAN DEN HEEDE, CÉCILE DUBOIS, STEPHAN DEVRIESE, NATALIE BAIER, OLIVIER CAMALY, EVELINE DEPUJDT, ALEXANDER GEISSLER, ANNELIES GHESQUIERE, SARAH MISPLON, WILM QUENTIN, CHRISTOPHE VAN LOON, CARINE VAN DE VOORDE



■ PRÉFACE

Qu'attendons-nous, comme citoyens, de nos soins de santé? Beaucoup, assurément. Mais un vœu occupe indiscutablement le haut de la liste : des soins d'urgence efficaces et rapides pour le jour où nous en aurons véritablement besoin. En cas d'AVC, d'infarctus, de traumatisme grave, nous considérons qu'il va de soi que toute une mécanique bien huilée s'activera pour nous tirer de ce mauvais pas. À tel point que la qualité de ces soins d'urgence définit l'image que nous nous faisons de notre système de soins.

Mais nous faisons aussi appel aux urgences pour des problèmes bien moins graves, et de plus en plus même. Cela tient-il à notre culture de l'immédiateté ? Ou à la conviction qu'il est toujours préférable de se faire soigner dans un environnement de haute technologie? La question pourrait faire l'objet de recherches sociologiques intéressantes, mais nous ne l'avons pas abordée dans cette étude. Il faut dire que le problème qui nous était posé était déjà suffisamment complexe : comment réformer les services d'urgence en conciliant au mieux qualité, accessibilité et coût acceptable ?

La question en soi est en effet complexe, d'autant plus qu'elle est enchevêtrée dans des intérêts souvent contradictoires. Le patient veut être secouru rapidement, près de chez lui, sans que cela lui coûte trop cher – et de façon efficace bien entendu. Les médecins généralistes voient avec dépit une partie de leurs activités légitimes prendre la direction des urgences. Les hôpitaux ne veulent pas perdre une de leurs portes d'entrées vitales. Et les autorités tentent d'endiguer la vague croissante des dépenses.

Nous avons bien évidemment observé de quelle manière ces questions sont abordées dans d'autres pays, mais ce n'est pas parce qu'une solution fonctionne chez nos voisins qu'elle peut simplement être transposée dans notre système...qui en outre est justement en pleine réforme ! Bien évidemment, nous avons aussi analysé en profondeur la situation actuelle, et celle des années précédentes, et nous avons attentivement écouté les différentes parties prenantes. Mais il a ensuite fallu, en toute indépendance, prendre du recul et sortir des sentiers battus, sans se cramponner au présent ou au passé, pour imaginer des modèles d'avenir. Un défi passionnant pour le KCE et, nous l'espérons, une lecture captivante et inspirante pour vous !

Christian LÉONARD
Directeur général adjoint

Raf MERTENS
Directeur général



■ MESSAGES CLÉS

Le nombre de contacts avec les services d'urgence augmente, ainsi que les coûts

- En 2012, il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgence par 1000 habitants. Ce chiffre déjà passablement élevé en comparaison avec les autres pays étudiés tend à augmenter chez nous comme à l'étranger : le nombre total de contacts est passé de 3 millions en 2009 à 3,2 millions en 2012. Cette augmentation va de pair avec une hausse des coûts à charge de l'assurance maladie : le budget des honoraires d'urgences a augmenté d'environ 5% par an entre 2008 et 2013.

L'offre de services d'urgence est large, mais leur activité est souvent faible

- En 2015, il y avait dans notre pays 139 services d'urgence répartis entre 102 hôpitaux aigus, ce qui représente 1,24 service d'urgence pour 100 000 habitants. Ce chiffre est exceptionnellement élevé en comparaison avec d'autres pays.
- Cette situation permet une grande accessibilité de ces services mais est aussi responsable d'un morcellement des budgets et du personnel. De plus, le nombre de contacts varie beaucoup d'un site hospitalier à l'autre. Dans la moitié des services d'urgence, la moyenne des contacts par 24h est inférieure à 55 (ou inférieure à 6 contacts par nuit), ce qui pose la question du coût élevé des permanences qui doivent être garanties dans chaque service d'urgence.

Beaucoup de patients se présentant aux urgences pourraient tout aussi bien être pris en charge par un médecin généraliste

- Près de 71% des patients se présentent spontanément aux urgences sans y avoir été référés par un médecin. Une grande partie de ces personnes – que la plupart des études internationales situent entre 20 et 40% – pourraient tout aussi bien être traitées par un médecin généraliste. Mais un « contact inapproprié avec les urgences » ne signifie pas que le patient ait fait un « choix erroné ». Les patients ont des raisons variées de se rendre aux urgences plutôt que chez le généraliste, mais dans la plupart des cas, c'est clairement en raison d'un besoin de soins inattendu pour lequel ils estiment que le service d'urgence est le choix le plus approprié. On doit donc plutôt affirmer que c'est l'organisation de l'offre de soins qui n'est pas adaptée à la demande.

Le modèle actuel des postes de garde n'apporte pas de solution et est caractérisé par une faible charge de travail

- Bien que les postes de garde aient été initialement conçus pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, ils sont considérés au niveau international comme une alternative valable pour délester les urgences d'une partie de leurs contacts. En Belgique, 70 postes de garde ont été créés depuis 2003. Cet investissement n'a toutefois pas mené à une diminution du nombre de contacts aux urgences. De plus, l'organisation des postes de garde ne correspond pas à celle des services d'urgence : heures d'ouverture limitées, absence d'accords sur des renvois éventuels, localisation en dehors du milieu hospitalier, méconnaissance par la population. L'hôpital reste donc le principal pôle d'attraction pour les patients présentant un besoin de soins aigus non planifiés.



- De plus, dans certains postes de garde, la charge effective de travail est faible, surtout la nuit. D'après les données de 33 postes de garde, le nombre de contacts par nuit varie de 1 à 4 consultations et 1 à 3.5 visites à domicile.

La combinaison idéale d'incitants financiers n'a pas encore été trouvée

- Jusque juillet 2013, le budget des services d'urgence était essentiellement déterminé sur la base de la taille et du case-mix des hôpitaux. Même si, en général, les gros hôpitaux enregistrent un volume plus important de contacts avec les urgences que les structures plus modestes, le lien entre la taille de l'hôpital et le nombre de contacts aux urgences est loin d'être proportionnel. La nouvelle méthode de répartition du budget entre les services d'urgence tient davantage compte de l'activité, ce qui a pour conséquence des glissements entre institutions. Les pertes de budgets concernent principalement de gros hôpitaux, tandis que les gains ne sont pas nécessairement liés à la taille de l'institution. En 2014, on a noté une hausse globale de l'activité ambulatoire dans les services d'urgence.
- Au niveau des honoraires des médecins, les problèmes spécifiques suivants ont été pointés :
 - Les urgentistes de garde sont payés sur un budget qui dépend du nombre d'admissions de l'hôpital, un système qui est avantageux pour les gros hôpitaux et qui tient insuffisamment compte de l'activité des urgences.
 - Un paiement à l'acte désavantage les médecins qui travaillent dans des services d'urgence ou des postes de garde à faible activité ; et pourtant, du point de vue de la santé publique, leur disponibilité est une donnée importante.
 - Pour un contact aux urgences, le médecin urgentiste peut faire appel à un ou plusieurs spécialistes extérieurs au service. La proportion entre le nombre d'interventions de spécialistes et le nombre de contacts aux urgences varie de 0% à 100% (ou parfois davantage). Ceci montre que, dans certains services d'urgence, les spécialistes extérieurs au service sont systématiquement consultés (surconsommation possible) et dans d'autres ils ne le sont jamais (sous-consommation possible).
- Les tickets modérateurs pour les soins de première ligne et pour les soins d'urgences ne sont pas suffisamment alignés.

Quatre propositions de réforme pour une utilisation plus efficiente des moyens financiers avec maintien de l'accessibilité et de la qualité

- Diminuer le nombre de services d'urgence.
- Fusionner les postes de garde (à réorganiser comme permanence de médecine générale ouverte 24h/24 et 7j/7) et les services d'urgence en « services de soins aigus non planifiés », avec une porte d'entrée commune et un triage pour déterminer si le patient doit être orienté vers la permanence de médecine générale (ouverte 24h/24 et 7j/7) ou vers le service d'urgence.



- Prévoir un financement mixte comprenant une composante fixe importante pour la fonction de disponibilité d'urgence et une composante variable basée sur le nombre de contacts du service d'urgence. Pour chaque contact, les médecins reçoivent un honoraire inférieur au montant actuel ; le reste de la rémunération – les honoraires de permanence par jour de présence ou par garde – provient du budget fixe des urgences. Les mêmes règles seraient appliquées pour les permanences de médecine générale.
- Mettre à égalité le ticket modérateur et le système de financement des permanences de médecine générale et des services d'urgence. Le ticket modérateur serait payé une seule fois, à condition que le patient se conforme à la proposition de soins du triage.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIERES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	5
1.	INTRODUCTION	7
1.1.	LES SERVICES D'URGENCE HOSPITALIERS OU TOUT SIMPLEMENT « LES URGENCES »	7
1.2.	AUGMENTATION DU NOMBRE DE CONTACTS AVEC LES SERVICES D'URGENCE HOSPITALIERS	8
1.3.	POURQUOI CETTE ETUDE ?	8
1.4.	APPROCHE METHODOLOGIQUE	9
2.	SERVICES D'URGENCE : ORGANISATION ACTUELLE ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES ..	10
2.1.	UNE FONCTION DE SOINS URGENTS SPECIALISES DANS LA QUASI-TOTALITE DES HOPITAUX	10
2.2.	UNE GRANDE ACCESSIBILITE MAIS UN MORCELLEMENT DES RESSOURCES FINANCIERES ET HUMAINES	11
2.3.	UN NOMBRE DE CONTACTS AVEC LES URGENCES TRES VARIABLE D'UN HOPITAL A L'AUTRE.....	12
3.	LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE: ORGANISATION ACTUELLE ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES	16
3.1.	ORGANISATION DES SOINS DE PREMIERE LIGNE EN-DEHORS DES HEURES DE BUREAU .	16
3.1.1.	Une petite partie de l'activité de médecine générale, mais un impact potentiel sur le recours aux urgences.....	16
3.1.2.	Évolution d'un système de rotations vers des postes de garde.....	16
3.1.3.	Postes de garde : des initiatives partant du terrain pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes.....	18
3.2.	DE NOMBREUX CONTACTS AVEC LES SERVICES D'URGENCE POURRAIENT PARFAITEMENT ETRE TRAITES PAR LE MEDECIN GENERALISTE	19
4.	FINANCEMENT ACTUEL ET PROPOSITIONS DE REFORME	25



4.1.	COMMENT SONT FINANCÉS LES SERVICES D'URGENCE ET LES MÉDECINS QUI Y TRAVAILLENT ?	25
4.1.1.	Le budget alloué aux hôpitaux pour leur service d'urgence est de plus en plus basé sur leur activité	25
4.1.2.	Rémunération des médecins	27
4.1.3.	Coût du personnel des services d'urgence	28
4.2.	COMMENT SONT FINANCÉS LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN-DEHORS DES HEURES OUVRABLES ?	28
4.2.1.	Le paiement à la prestation reste également la principale source de revenus	28
4.2.2.	Travailler dans un poste de garde : rentable en journée mais pas la nuit	29
4.2.3.	Le budget INAMI pour les postes de garde	29
4.3.	MANQUE D'HARMONISATION DES TICKETS MODÉRATEURS DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DES SERVICES D'URGENCE	32
■	RECOMMANDATIONS	34
■	REFERENCES	38



1. INTRODUCTION

La principale mission des services d'urgence consiste à dispenser des soins à toute personne confrontée à un problème médical urgent. Il n'existe aucun consensus international quant à la définition précise de ce concept, mais deux éléments sont récurrents : le fait qu'il s'agit de symptômes *d'apparition aiguë* et le fait qu'ils requièrent des soins *spécialisés* immédiats.

Étant donné que les services d'urgence évoluent à la frontière entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, ils sont nécessairement en étroite interaction avec les soins de première ligne, et plus particulièrement leurs modes d'organisation pour la prise en charge des problèmes aigus, non planifiés (p.ex. consultation sans rendez-vous chez un généraliste, services de gardes de médecine générale, de plus en plus souvent organisés en postes de garde). Étant donné que cette étude porte sur la réorganisation et le financement des soins d'urgence, elle s'intéressera forcément aussi à cette interaction.

Par ailleurs, les services d'urgence comportent également une composante extra-hospitalière, qui n'est pas concernée par la présente étude. Pour rappel, il s'agit des centrales d'alarme et du transport urgent en ambulance. Les centrales d'alarme répondent aux appels au 112, le numéro d'appel d'urgence européen^a, et mobilisent l'équipe d'intervention la plus appropriée (ambulance 112, PIT – *Paramedical Intervention Team* / équipe paramédicale d'intervention, ambulance 112 avec SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)).

^a Le numéro d'appel d'urgence européen remplace l'ancien numéro 100 pour les appels médicaux urgents et ceux destinés aux pompiers, qui sont traités par les centrales d'alarme 100/112. Les appels au 112 qui nécessitent une intervention des services de police sont transférés à la centrale d'alarme 101. Si seule une intervention policière est nécessaire, mieux vaut donc former directement le 101 pour éviter les pertes de temps.

^b Médecin spécialiste en médecine d'urgence (éventuellement en formation), médecin spécialiste en médecine aiguë ou médecin titulaire d'un brevet en

1.1. Les services d'urgence hospitaliers ou tout simplement « les urgences »

En Belgique, la loi distingue deux types de services d'urgence hospitaliers : les « soins urgents spécialisés » et la « première prise en charge des urgences ».

Un service de **soins urgents spécialisés** « doit être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et est chargée de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats ».¹ Il doit disposer en permanence d'au moins deux infirmiers (dont au moins un doit être porteur d'un titre professionnel particulier en soins intensifs et soins urgents ou équivalent) et d'un médecin spécifique au service d'urgence^b.

Les hôpitaux aigus qui n'ont pas de service de soins urgents spécialisés doivent disposer d'un service de **première prise en charge des urgences** capable de dispenser les premiers secours et d'assurer la prise en charge des patients. Les critères d'agrément sont moins stricts que pour les soins urgents spécialisés : les infirmiers ne doivent pas disposer d'un titre professionnel particulier en soins intensifs et soins urgents. Il suffit d'un infirmier et d'un médecin de garde pour l'ensemble de l'établissement.

L'objectif du législateur était de distinguer les services d'urgence « de base » de ceux qui sont capables de prendre en charge des cas plus complexes tels qu'un traumatisme majeur ou une hémorragie cérébrale, mais force est bien de constater que cela ne se reflète pas dans la réalité du terrain. Alors que la majorité de nos services d'urgence sont officiellement « spécialisés », ils remplissent plutôt, d'un point de vue international, une fonction de service d'urgence de base. En effet, contrairement aux services d'urgence

médecine aiguë. Une mesure supplémentaire autorise par ailleurs (jusqu'au 31 décembre 2016) le recours à un médecin spécialiste ou à un médecin spécialiste en formation (ayant déjà bénéficié d'au moins deux ans de formation) appartenant à l'une des disciplines suivantes : anesthésie, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, rhumatologie, chirurgie, neurochirurgie, urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie esthétique, pédiatrie, neurologie ou gériatrie.



spécialisés d'autres pays, ils ne possèdent pas toujours l'expertise ou l'infrastructure spécialisées nécessaires à la gestion de cas très complexes, même s'ils répondent bien aux exigences légales. La distinction désirée n'a donc pas réellement eu lieu sur le terrain.

1.2. Augmentation du nombre de contacts avec les services d'urgence hospitaliers

En 2012, on a dénombré 290 contacts avec les services d'urgence et pour 1 000 habitants en Belgique. Ce chiffre déjà passablement élevé en comparaison avec les autres pays étudiés (voir Tableau 1^c) tend à augmenter de la même manière que dans les autres pays : d'environ 3 millions en 2009, on est passé à près de 3,2 millions en 2012. L'augmentation des contacts s'observe essentiellement au niveau des patients qui peuvent quitter l'établissement le jour même. Ces contacts avec les urgences sont principalement motivés par des pathologies somatiques (58%), des accidents ou traumatismes (37%) ou des motifs psychosociaux (1,5%). Environ 23% des patients qui se présentent aux services d'urgence sont hospitalisés et 77% peuvent quitter l'établissement le jour même.

Ce chiffre recouvre toutefois des différences importantes en fonction de l'âge du patient. Si environ 77% des nourrissons de moins d'un an peuvent rentrer chez eux le jour même, cette proportion est plus élevée encore (de l'ordre de 90%) chez les jeunes de 1 à 20 ans. La probabilité que le passage aux urgences débouche sur une hospitalisation augmente ensuite avec l'âge : les plus de 80 ans, par exemple, ne sont que 32% à pouvoir immédiatement rentrer chez eux.

La majorité des patients (71%) se présentent spontanément aux urgences sans y avoir été référés par un médecin – un chiffre nettement plus élevé que dans des pays voisins comme les Pays-Bas (42%) ou l'Angleterre (64%). Globalement, une grande partie de ces personnes se présentent avec des plaintes qui pourraient tout aussi bien être traitées par un généraliste.

^c Les chiffres du tableau 1 sont différents des résultats énoncés dans le récent rapport de l'OCDE sur les services d'urgence dans 21 pays de l'OCDE.² Dans le rapport actuel, pour la France les chiffres du rapport actuel sont plus récents que ceux présentés dans l'étude de l'OCDE ; pour l'Angleterre, les

1.3. Pourquoi cette étude ?

L'augmentation du nombre de contacts avec les services d'urgence hospitaliers a évidemment un impact sur les dépenses de l'assurance maladie. Entre 2008 et 2013, les honoraires médicaux en services d'urgence ont augmenté de près de 5% par an. À cela s'ajoutent les investissements consentis au profit de 70 postes de garde en médecine générale au cours de la période 2003-2015. Ces postes ont avant tout été créés pour améliorer les conditions de travail des généralistes, mais ils sont repris dans cette étude parce qu'ils peuvent offrir une alternative aux urgences hospitalières, en particulier en-dehors des heures de bureau. Les chiffres disponibles à ce sujet révèlent toutefois qu'ils n'ont jusqu'à présent pas eu d'impact sur le recours aux services d'urgence, ce qui a amené les décideurs politiques belges à s'interroger sur l'efficacité de l'utilisation des moyens destinés à ces services et aux postes de garde.

La présente étude a pour objectif d'investiguer les forces, les limitations et les défis futurs de l'organisation et du financement des services d'urgence dans notre pays et de recommander des stratégies pour parvenir à une utilisation plus efficace des moyens tout en préservant l'accessibilité et la qualité des soins. Cette analyse s'inspire des évolutions internationales et des tendances identifiées dans la littérature scientifique, pour en tirer des enseignements qui nous aideront à développer un système de soins urgents plus efficace dans le futur.

Nos travaux se focalisent principalement sur les services d'urgence hospitaliers proprement dits et sur leur relation avec les soins de première ligne. Nous ne nous sommes pas attardés sur d'autres facettes du système telles que le transport urgent en ambulance.

Les résultats de cette étude pourraient apporter une contribution aux initiatives politiques déjà en cours dans le domaine des soins urgents, mais aussi devenir l'une des pierres angulaires du plan de réforme des soins urgents de la Ministre de la Santé publique, ce plan étant lui-même un volet

«unités pour blessures mineures» (minor injury units) et les «centres de consultations» (walk-in centres) n'ont pas été pris en considération dans les chiffres car ces unités offrent des soins plus primaires et ne sont pas comparables avec les services d'urgence dans d'autres pays. Le Danemark n'est pas inclus dans le rapport de l'OCDE.



important de la réforme du paysage hospitalier belge et de son financement.³

Tableau 1 – Utilisation des services d'urgence au Danemark, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et en Belgique

Pays	Contacts avec les urgences/ 1 000 habitants	Contacts ambulatoires avec les urgences/ 1 000 habitants	Contacts avec les urgences avec hospitalisation/1 000 habitants	Contacts avec les urgences avec hospitalisation/total des contacts avec les urgences
Danemark (2013)	156	111	45	28,7%
Angleterre (2013-14)	264	200	70	26,7%
France (2013)	279	218	61	21,7%
Pays-Bas (2012)	124	84	40	32,0%
Belgique (2012)	290	222*	67	23,2%

**Ce chiffre inclut également les contacts avec les urgences enregistrés comme étant des hospitalisations de jour*

1.4. Approche méthodologique

Nous avons dressé le tableau de l'organisation et du financement des soins urgents en Belgique au travers d'une analyse d'études belges et de données provenant du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique et de l'INAMI, ainsi que d'interviews de 16 stakeholders issus de directions hospitalières, des sociétés scientifiques et associations professionnelles des généralistes et des urgentistes, d'organisations de médecins, de services publics fédéraux, d'associations de patients et de mutuelles (les noms des participants figurent dans le colophon).

Nous avons par ailleurs comparé les soins urgents dans cinq pays (Australie^d, Danemark, Angleterre, France et Pays-Bas) sur la base de l'éclairage d'experts locaux et d'une étude de littérature. Nous avons également consulté la littérature scientifique disponible pour diverses thématiques.

Le rapport a été scientifiquement validé par trois experts scientifiques indépendants (voir colophon).

Vous trouverez une description plus détaillée de la méthodologie dans le [rapport scientifique](#).

^d Les données australiennes n'ont pas été reprises dans les tableaux de cette synthèse mais figurent dans le rapport scientifique.



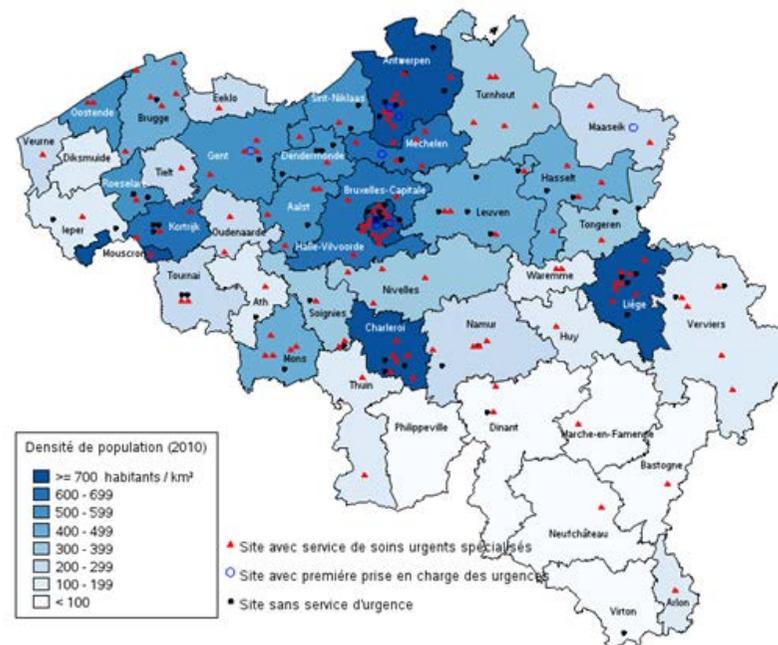
2. SERVICES D'URGENCE : ORGANISATION ACTUELLE ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES

2.1. Une fonction de soins urgents spécialisés dans la quasi-totalité des hôpitaux

Avec 102 hôpitaux aigus répartis sur 198 sites distincts (voir Figure 1 à la page suivante), la Belgique affiche une densité hospitalière extrêmement élevée. À une exception près, ces hôpitaux possèdent au moins un site avec un service de soins urgents spécialisés. Au total, il y a 139 sites disposant d'un service d'urgence : 131 services de soins urgents spécialisés et 8 services de première prise en charge des urgences (chiffres septembre 2015). En comparaison avec d'autres pays, il s'agit là d'une situation assez exceptionnelle (voir Tableau 2).

S'ajoute à cela que la répartition géographique de ces très nombreux services d'urgence n'est pas équilibrée, avec une concentration importante dans les grandes villes et une accessibilité beaucoup plus limitée dans les régions rurales (p.ex. Ardennes).

Figure 1 – Sites hospitaliers et services d'urgence en Belgique



Source : Données de la Direction Générale Statistique et Information Économique (DGSIE) concernant la densité hospitalière par arrondissement en 2010 et données du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique concernant les caractéristiques des sites hospitaliers en septembre 2015


Tableau 2– Les services d'urgence au Danemark, en Angleterre, en France, aux Pays-Bas et en Belgique

Pays	Population	Nombre total de sites hospitaliers aigus	Sites hospitaliers aigus/ 100 000 habitants	Nombre de sites hospitaliers avec urgences (% du nombre total de sites hospitaliers)	Services d'urgence /100 000 habitants
Danemark (2013)	5 614 932	49	0,87	22 (44,9%)	0,39
Angleterre (2013-14)	53 865 800	419	0,78	180 (43,0%)	0,33
France (2013)*	65 925 498	1 592	2,41	655 (41,1%)	0,99
Pays-Bas (2014)	16 804 432	131	0,78	91 (69,5%)	0,54
Belgique (2015)	11 209 044	198	1,77	139 (70,2%)	1,24

*En France, le nombre de sites est sous-évalué, seules les données sur le nombre d'établissements étant disponible pour les hôpitaux publics.

2.2. Une grande accessibilité mais un morcellement des ressources financières et humaines

En Belgique, la présence de très nombreux services d'urgence garantit l'accès aux soins urgents 24h sur 24 et 7 jours sur 7 mais comporte aussi un certain nombre d'inconvénients. Elle impose notamment de répartir un budget fermé sur un grand nombre d'hôpitaux et, dans la mesure où faire tourner un service d'urgence en permanence coûte cher, ceux-ci se plaignent souvent que le financement qu'ils reçoivent est insuffisant.

En outre, ce grand nombre de services d'urgence implique également l'organisation d'un grand nombre de permanences avec des urgentistes,

des infirmiers et d'autres disciplines, alors même qu'un certain nombre de ces profils sont déjà en pénurie. Il est de plus impossible d'assurer à tout moment, dans chaque hôpital, la disponibilité des autres disciplines médicales nécessaires en aval des soins d'urgence. C'est ainsi que, même en cas d'extrême urgence, il faut parfois un certain temps avant de pouvoir consulter p.ex. un cardiologue. Il n'est donc pas impossible qu'une concentration des services d'urgence réduise le délai d'intervention du spécialiste le plus approprié et améliore la qualité des soins, et ce en dépit de temps de déplacement plus longs.



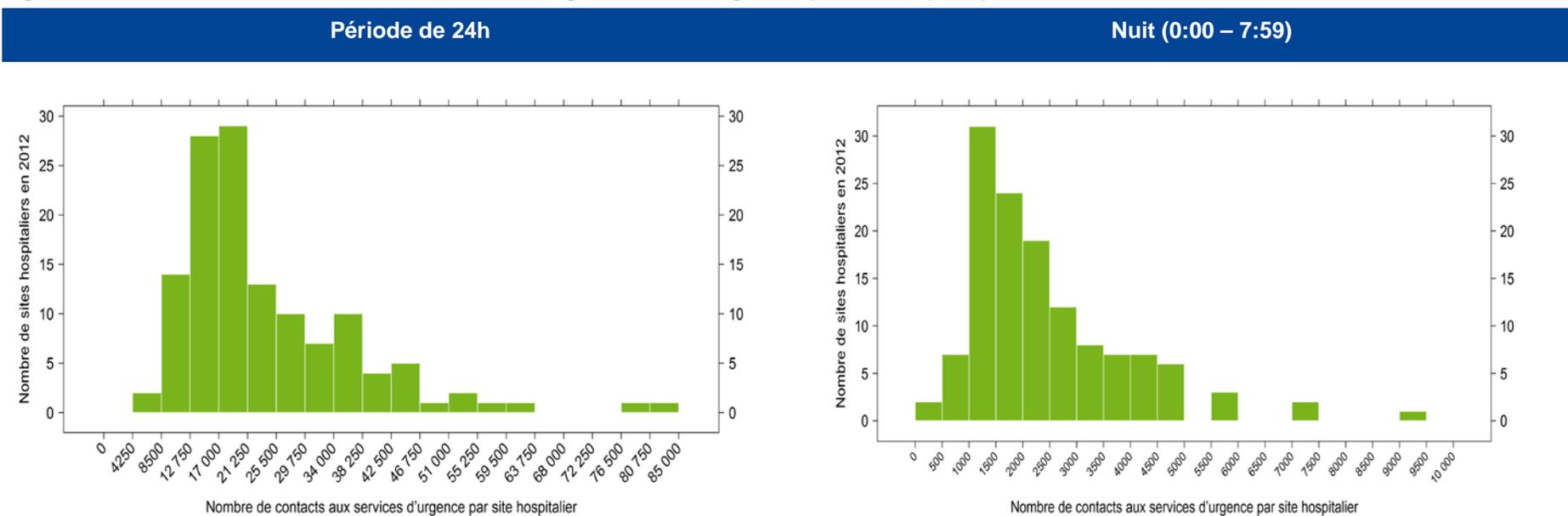
2.3. Un nombre de contacts avec les urgences très variable d'un hôpital à l'autre

La moitié des services d'urgence belges totalisent moins de 20 000 contacts par an (données 2012), ce qui correspond à une moyenne de moins de 55

contacts par 24h. On relève toutefois d'importantes variations d'un site à l'autre (voir Figure 2).

Par ailleurs, la moitié des services d'urgence enregistrent moins de 6 contacts par nuit.

Figure 2 – Nombre de contacts dans les services belges de soins urgents spécialisés (2012)



N	Min	P25	P50	P75	Max	N	Min	P25	P50	P75	Max
129*	4 697	15 037	20 066	30 192	83 930	129*	392	1 388	2 007	3 150	9 117
Nombre moyen par jour	13	41	55	83	230	Nombre moyen par nuit (0:00 – 7:59)	1	4	5	9	25

Source : SPF ; P = percentile.

* Deux sites avec un enregistrement incomplet au cours de l'année 2012 (ouverture/fermeture) n'ont pas été pris en compte.



1^e proposition de réforme : réduire le nombre de services d'urgence en préservant l'accessibilité et la qualité des soins

Le faible nombre de contacts enregistrés aux urgences de nombreux sites hospitaliers soulève une série de questions quant au coût élevé des permanences assurées sur chacun d'eux. Une réduction du nombre de services d'urgence pourrait réduire les importants coûts fixes (infrastructure, matériel, personnel) et apporter une solution à la pénurie de personnel, sans pour autant compromettre l'accessibilité ou la qualité.

Que nécessiterait une telle réforme ?

- **Un calcul détaillé du nombre souhaité et de la localisation optimale des services d'urgence** sur la base de la densité de population, d'un seuil d'activité minimal (p.ex. min. 20 000 contacts/an) et de la durée du transfert (p.ex. maximum 30-45 minutes entre l'appel téléphonique et l'arrivée aux urgences), en ce compris les interactions avec l'offre actuelle de services comme les SMUR, PIT, etc. Il importe toutefois de se concentrer en priorité sur l'accessibilité (durée du transfert) et ensuite seulement sur le taux d'activité, le but n'étant évidemment pas de fermer des services d'urgence dans les régions moins peuplées sous prétexte que le nombre minimal de contacts n'est pas atteint. On peut déduire de la Figure 3 que certains hôpitaux disposent de plusieurs sites ayant un service d'urgence, dont certains sont à proximité d'un autre service d'urgence appartenant au même hôpital ou à un autre (sur la carte ci-dessous, les services d'urgence multisites ont tous une autre couleur que le gris). Il semble donc possible de commencer par limiter le nombre de services d'urgence à un par hôpital, sauf dans les régions où il n'y a aucun autre service d'urgence à proximité. Ceci permettra d'éviter aux hôpitaux la perte d'une porte d'entrée importante vers l'hospitalisation malgré une réduction significative de la capacité nette de leurs services d'urgence. Dans une phase ultérieure, lorsque le paysage hospitalier sera globalement réformé (p. ex. réseaux hospitaliers), une rationalisation supplémentaire pourra avoir lieu (p.ex. un ou plusieurs services d'urgence par réseau). Ceci implique que dans certaines villes ou régions où plusieurs hôpitaux mono-sites se trouvent à courte distance les uns des autres, il persistera une offre

excédentaire dans la première phase. Dans ces cas, une accélération de la deuxième phase est donc recommandée.

Une programmation stricte n'est pas une approche très répandue, mais elle existe notamment au Danemark, où elle est organisée sur la base de la densité de la population. Même dans un système de santé fortement axé sur la concurrence tel qu'aux Pays-Bas, les évolutions sur le terrain (p.ex. fermeture de services d'urgence) et leur impact (p.ex. le pourcentage de la population ayant accès aux urgences endéans un délai de transfert maximal) font l'objet d'un suivi attentif.⁴

- **Plusieurs pays concentrent des services hautement spécialisés dans des centres de référence.** La littérature scientifique disponible et des exemples concrets observés à l'étranger indiquent très clairement que, pour les situations où la rapidité d'intervention est cruciale (p.ex. infarctus aigu du myocarde, accident cérébro-vasculaire, traumatisme majeur), la concentration des services dans des centres de référence permet non seulement de réaliser des économies mais aussi d'améliorer la qualité des soins. Pour ce type de pathologies, il existe un nombre limité de services d'urgence spécialisés qui font partie de centres de référence disposant, en aval, d'autres services spécialisés (p.ex. stroke unit). Les résultats positifs observés à l'étranger⁵ ne signifient toutefois pas pour autant qu'un tel système devrait automatiquement être introduit en Belgique. Il convient d'abord de procéder à une évaluation minutieuse de l'efficacité, de la structure et, le cas échéant, du nombre de services nécessaire à l'échelon de notre pays. Une telle évaluation sort du cadre de la présente étude. Deux études prévues dans le programme du KCE (l'une sur les centres de traumatologie, l'autre sur le rôle futur de l'hôpital dans le paysage des soins) devraient livrer des informations supplémentaires concernant les besoins en centres spécialisés de ce type et les exigences auxquelles ils devraient répondre.
- **La réforme des services d'urgence hospitaliers doit s'inscrire dans une refonte globale du système de soins et de son financement.** Le nombre élevé et croissant de contacts avec les services d'urgence trahit une forte demande de soins aigus non planifiés dans la population. Il serait probablement plus efficient que bon nombre de ces patients soient pris en charge par un médecin généraliste. Mais il faudrait alors que cette solution alternative soit

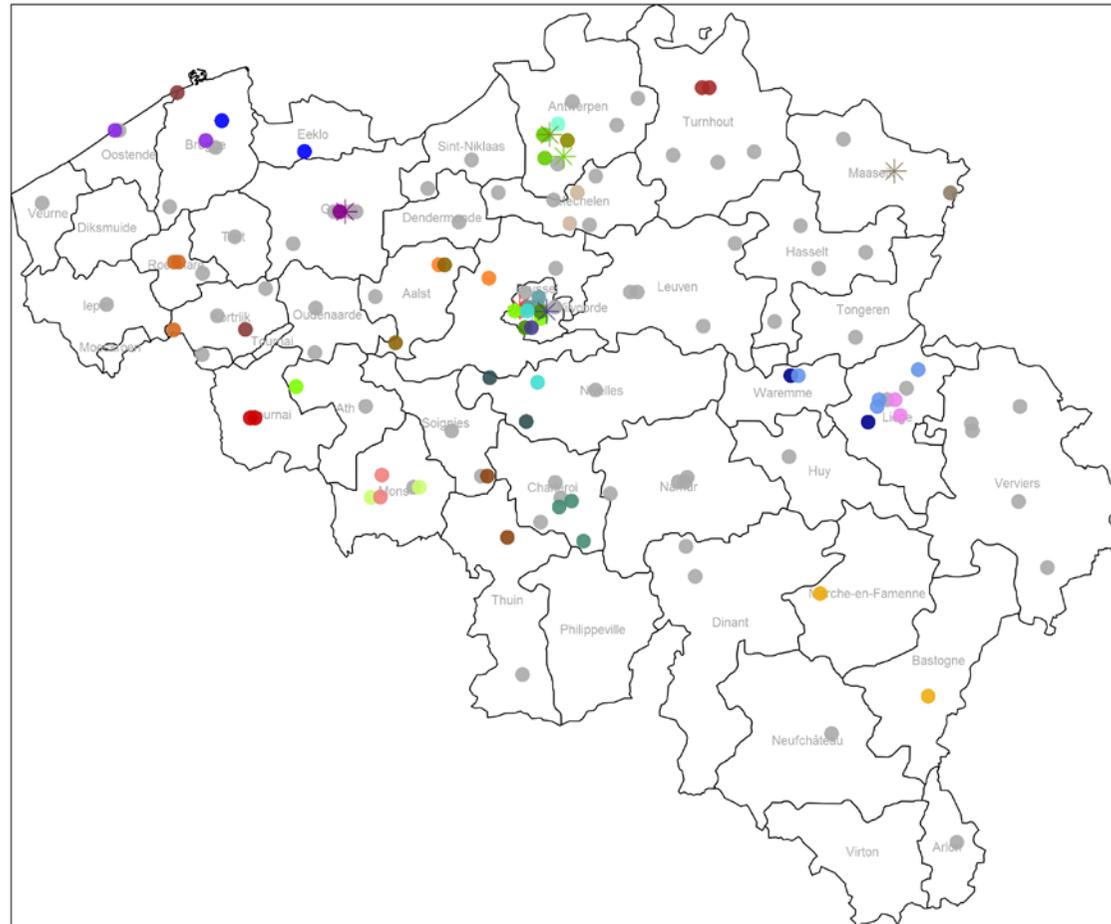


suffisamment bien organisée, sinon la réforme des services d'urgence ne résoudra pas le problème. En effet, les hôpitaux restent un important pôle d'attraction pour les patients.

En plus du souhait de la population de disposer d'un service d'urgence à proximité, il faut aussi tenir compte du colossal intérêt (financier) que représente pour les hôpitaux aigus le maintien d'un tel service comme porte d'accès. Toute restriction drastique sera de ce fait extrêmement difficile. Pour certains établissements, la fermeture des urgences pourrait être interprétée comme un arrêt de mort. Il est donc absolument indispensable de répartir les tâches entre hôpitaux. Il faut également prendre en compte les autres tentatives de réformes susceptibles d'avoir un impact sur les services d'urgence. Si par exemple la capacité hospitalière devait être sensiblement réduite, il est possible que la pression sur les urgences augmente parce que le manque de places limite le flux des patients vers l'hôpital (voir [rapport scientifique](#) pour plus de détails).



Figure 3 – Les hôpitaux avec services d'urgence: un site par hôpital versus plusieurs sites par hôpital



Sur ce schéma figurent tous les sites ayant un service d'urgence (*première prise en charge des urgences ; ● soins urgents spécialisés). Les sites des hôpitaux n'ayant qu'un seul service d'urgence sont représentés en gris. Un hôpital avec plusieurs sites ayant des services d'urgence sont représentés dans la même couleur. Source : Service public fédéral (SPF) Santé publique, données de janvier 2016.



3. LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE: ORGANISATION ACTUELLE ET PROPOSITIONS DE RÉFORMES

3.1. Organisation des soins de première ligne en-dehors des heures de bureau

3.1.1. *Une petite partie de l'activité de médecine générale, mais un impact potentiel sur le recours aux urgences*

Les généralistes belges totalisent un peu plus de 46 millions de contacts-patients par an (chiffres 2012), dont environ 1 million (près de 3%) en-dehors des heures ouvrables (le soir, la nuit ou les weekends et jours fériés). Un peu moins de 200 000 concernent la période de 21h à 8h, soit 0,4% de l'activité globale de la médecine générale. En soi, l'activité des médecins généralistes en dehors des heures de bureau ne représente donc qu'une petite partie de leur activité totale. Mais si cette activité devait disparaître ou être modifiée, et qu'un glissement important vers les urgences devait se produire, cette modification légère du nombre de contacts en dehors des heures ouvrables chez les quelque 12 000 généralistes actifs en Belgique (ayant plus de 500 prestations INAMI/an) pourrait avoir un impact non négligeable sur la charge de travail des 139 services d'urgence.

3.1.2. *Évolution d'un système de rotations vers des postes de garde*

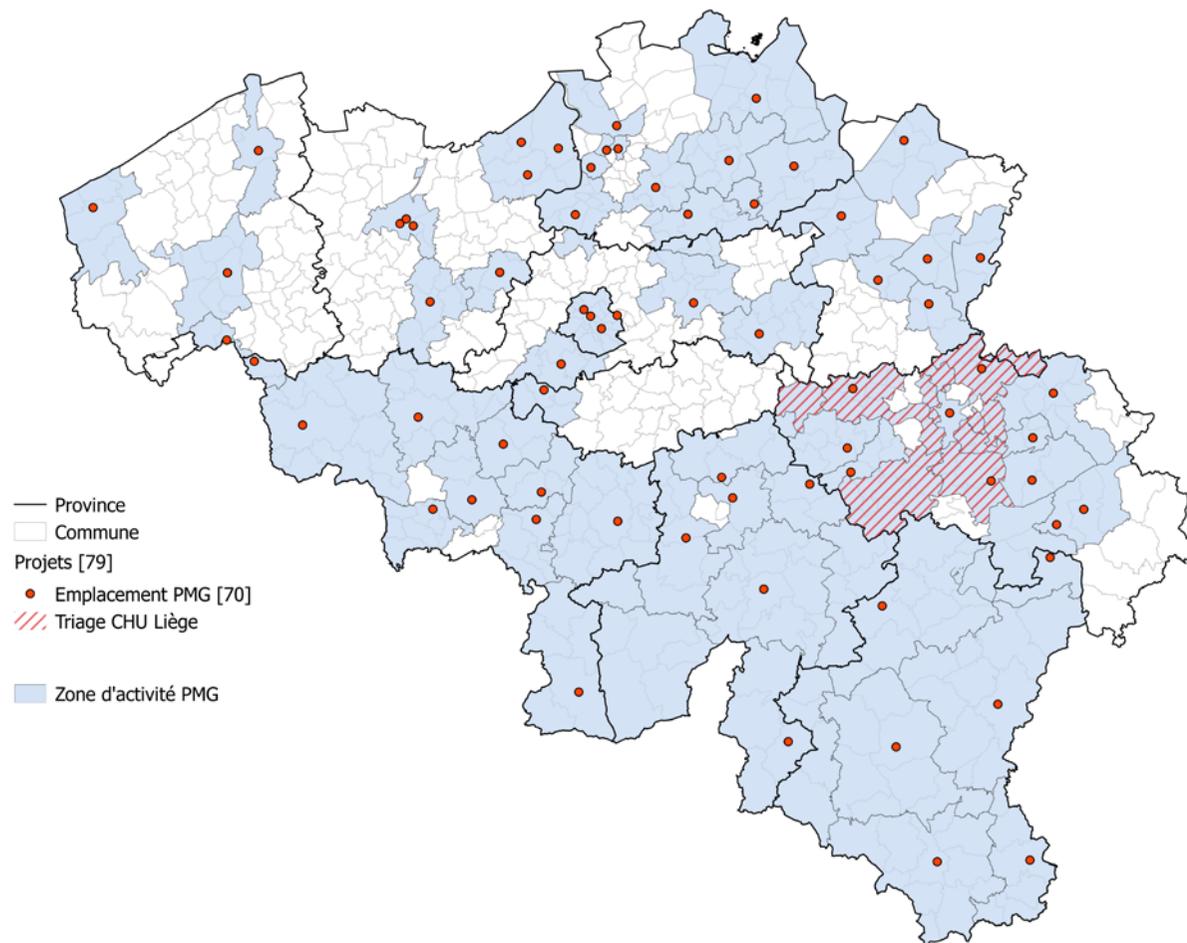
Les généralistes ont l'obligation légale d'assurer la continuité des soins à leurs patients 24h sur 24, 7 jours sur 7.⁶ Après avoir été appelables en permanence pendant plusieurs décennies, ils ont commencé à s'organiser au travers d'associations locales (cercles de médecine générale) pour assurer le service en-dehors des heures ouvrables par le biais d'un système de gardes tournantes. Les 147 cercles de médecins généralistes sont aujourd'hui officiellement responsables de l'organisation des gardes en médecine générale dans une région donnée, où leurs membres assurent une permanence pour la population locale (à raison d'au moins 1 généraliste pour 100 000 habitants entre 8 et 23h et 1 généraliste pour 300 000 habitants entre 23h et 8h).⁷

Dès 2003, un financement INAMI a également été attribué à des postes de garde. En 2015, ces structures étaient au nombre de 70 (32 en Flandre, 34 en Wallonie et 4 à Bruxelles) et couvraient environ 70% de la population belge.

Si les postes de garde sont globalement bien répartis sur le territoire belge, on observe malgré tout quelques différences régionales (chiffres 2014). En Flandre, ils couvrent 47% de la superficie et 53% de la population, contre 83% de la superficie et 76% de la population en Wallonie et 100% dans les deux cas à Bruxelles (voir Figure 4).



Figure 4 – Postes de garde en médecine générale en Belgique : situation et taux de couverture (2014)



Sources : INAMI



3.1.3. Postes de garde : des initiatives partant du terrain pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes

Pour les décideurs politiques, la principale raison de soutenir financièrement les postes de garde était d'améliorer les conditions de travail des généralistes en réduisant leur charge de travail en-dehors des heures ouvrables, en leur assurant une sécurité accrue et en réduisant la charge administrative.⁸ Pour la majorité des postes de garde, le choix de la localisation ne se basait donc pas sur des besoins constatés de façon objective au niveau de la population.⁹

La création d'un poste de garde généralement sans lien avec la localisation des urgences

En 2015, notre pays comptait toujours plus de services d'urgence (n=139) que de postes de garde (n=70) – un déséquilibre particulièrement marqué dans des grandes villes comme Anvers (8 services d'urgence, 4 postes de garde), Gand (5 services d'urgence, 3 postes de garde) et Bruxelles (18 services d'urgence, 4 postes de garde). Seuls 15 postes de garde sont installés sur le site d'un hôpital (8) ou dans un rayon de moins de 150 m (7) et aucun n'est réellement intégré aux urgences. Plus de la moitié se trouvent à plus de 1 km à vol d'oiseau du site hospitalier le plus proche.

De grandes différences dans les heures d'ouverture et le personnel disponible

Les postes de garde sont financés avant tout pour assurer une permanence au cours des weekends et jours fériés mais peuvent décider librement comment ils s'organisent, ce qui a débouché sur de grandes différences dans leurs heures d'ouverture et dans la disponibilité des généralistes au cours de ces heures (p.ex. nombre de médecins, visites à domicile ou non). L'accord conclu en décembre 2015 au sein de la Commission Nationale Médico-Mutualiste (« Médicomut ») prévoit que les nouveaux postes de garde devront être accessibles au moins 61 heures (soit tout le weekend, du vendredi soir au lundi matin) pour pouvoir bénéficier d'un financement.¹⁰ Fin 2015, 38 des postes de garde existants proposaient déjà des consultations et visites du vendredi soir au lundi matin (61h/weekend), mais avec des moyens humains assez variables, pouvant aller d'un unique généraliste assurant seul les consultations et les visites à domicile, à une équipe comportant plusieurs médecins pour les consultations et un pour les visites à domicile. Sept postes de garde sont également ouverts les soirs de

semaine (4 à Bruxelles, 1 à Liège, 1 à Charleroi, 1 à Namur). L'un d'eux est également ouvert les nuits de semaine.

Dans certains postes de garde, les patients peuvent se présenter spontanément à toute heure du jour ou de la nuit dans les limites des heures d'ouverture ; d'autres structures ne reçoivent que sur rendez-vous. Les appels de nuit sont transférés à une centrale d'appel externe, au chauffeur qui véhicule le généraliste au cours des visites à domicile ou directement au médecin de garde.

Le nombre de généralistes de garde est normalement adapté en fonction de l'heure de la journée et de l'afflux de patients attendu, mais cette planification est laissée entièrement à l'appréciation de chaque poste de garde. La loi prévoit en effet un nombre minimal de généralistes de garde mais ne fixe aucun maximum, que ce soit au sein d'un poste ou dans le système de tournante classique. Le nombre de généralistes assurant les consultations ou visites à domicile dans le cadre d'un poste de garde n'est soumis à aucune règle contraignante.

Une faible charge de travail, surtout la nuit

Nous avons examiné la charge de travail au cours des weekends sur la base des données de 33 postes de garde concernant le nombre de consultations et de visites à domicile effectuées en 2014. Comme dans un grand nombre de services d'urgence, le nombre de contacts nocturnes est extrêmement faible dans les postes de garde : en nuit profonde (de 0 à 6h), on dénombre ainsi en moyenne 1 à 4 consultations et 1 à 3,5 visites à domicile par poste de garde – un chiffre qui correspond à 1 à 5 visites à domicile et 1 à 3 consultations pour 100 000 habitants.

Un impact limité sur la charge de travail des médecins généralistes en-dehors des heures ouvrables

La création de 38 postes de garde entre 2009 et 2014 n'a pas eu d'impact majeur sur le nombre d'heures de garde prestées par les médecins généralistes. On observe aussi la persistance d'importantes variations géographiques, avec une moyenne par médecin de 587h de garde par an dans les zones rurales, de 324h par an en milieu semi-rural et de 198h par an dans les villes.



3.2. De nombreux contacts avec les services d'urgence pourraient parfaitement être traités par le médecin généraliste

Recours inapproprié aux urgences ou limitations de l'offre de soins ?

Le nombre croissant de contacts avec les urgences hospitalières révèle que les postes de garde n'ont pas entraîné de réel revirement dans le recours à ces services. D'un point de vue purement médical, un nombre non négligeable de patients qui se présentent aux urgences pourraient toutefois tout aussi bien être pris en charge par le généraliste. Ce recours inapproprié aux urgences est un problème fréquemment rapporté dans de nombreux pays.^{2, 11} D'après la majorité des études internationales, 24 à 40% des contacts avec ces services seraient injustifiés.¹² Ces chiffres sont toutefois controversés et il est nécessaire de les replacer dans leur juste contexte. Il faut en effet se garder de présenter ce recours inapproprié aux urgences comme un « mauvais choix » de la part du patient ou de l'urgentiste. Différentes raisons peuvent pousser les malades à s'adresser à l'hôpital plutôt qu'au généraliste (voir ci-dessous), mais la majorité sont simplement confrontés à un besoin de soins imprévu et jugent que la meilleure décision est de se rendre aux urgences. Les études réalisées en Belgique^{11, 13} sont confrontées à des limitations similaires lorsqu'il s'agit de mesurer cette « utilisation abusive », mais elles confirment que le phénomène existe aussi dans notre pays et qu'il n'est pas moins marqué qu'à l'étranger, que du contraire.

Pourquoi les patients se présentent-ils aux services d'urgence plutôt qu'au cabinet du généraliste ou au poste de garde ?

- Les services d'urgence sont bien mieux connus que les postes de garde, plus récemment créés ;^{14, 15}
- Les services d'urgence sont accessibles, et toujours plus nombreux que les postes de garde. Par ailleurs, ils sont ouverts en permanence, tandis que les heures d'ouverture des postes de garde sont plus limitées et très variables ;
- Le patient perçoit son problème comme trop grave et trop urgent pour être pris en charge par un généraliste ;
- Le patient a déjà eu une expérience positive et a confiance dans les compétences et l'expérience du personnel médical des urgences ;
- Le patient estime avoir besoin d'un examen d'imagerie ;¹⁴⁻¹⁶
- Le patient préfère un environnement de haute technologie et estime que les urgences sont mieux équipées ;

- L'âge du patient intervient également : pour les très jeunes enfants, les parents préfèrent souvent se rendre immédiatement chez un pédiatre (par le biais des urgences) que chez un généraliste ;
- Les motifs financiers : grâce au système du tiers-payant qui s'applique aux urgences, les patients ne doivent s'acquitter que du ticket modérateur (souvent a posteriori, après réception d'une facture), le reste étant réglé directement à l'hôpital par la mutuelle. Chez le généraliste, la plupart des patients doivent avancer le montant des honoraires et se faire rembourser ensuite par la mutuelle. Dans les zones défavorisées, on observe ainsi quatre fois plus de contacts avec les urgences que dans d'autres régions. Le ticket modérateur accru pour les patients qui se présentent aux urgences sans y avoir été référés n'a pas eu l'effet dissuasif escompté, parce que la mesure n'est pas suffisamment connue, voire n'est tout simplement pas appliquée par les hôpitaux (voir 4.3).^{14, 16} Ces constatations portaient toutefois sur le tiers-payant obligatoire chez les personnes bénéficiant d'une intervention majorée dans leurs frais de santé (juillet 2015).

Pas de méthode univoque pour évaluer la nécessité d'un contact avec les services d'urgence

Il n'existe pas de méthode de mesure univoque pour évaluer si le recours à un service d'urgence est ou non justifié. Dans les faits, les patients se présentent avec des plaintes et symptômes, et non avec un diagnostic confirmé. Si la pertinence du recours aux urgences est évaluée au moment où le patient se présente (p.ex. définition du degré d'urgence lors d'un triage basé sur les plaintes à l'arrivée à l'hôpital) plutôt qu'au moment du diagnostic, le résultat sera évidemment très différent. En outre, soignants et patients n'évaluent pas du tout « le besoin de soins urgents » de la même manière.



Les postes de garde attirent d'autres catégories de patients que les services d'urgence

Deux études^{17,18} réalisées en province d'Anvers ont observé une augmentation des contacts avec les postes de garde, mais sans que le nombre de contacts avec les services d'urgence ne diminue en conséquence. À l'analyse, il est apparu qu'une part croissante de patients choisissent de se présenter au poste de garde le weekend plutôt que de devoir prendre congé un jour de semaine pour se rendre chez leur médecin de famille.

2^e proposition de réforme : permanences de médecine générale et urgences sur un même site avec une voie d'accès unique et un triage commun

Malgré l'absence de consensus sur la définition d'un contact justifié avec les urgences, il semble clair que nombre de patients qui s'y présentent pourraient tout aussi bien être pris en charge par un médecin généraliste.

Les mesures mentionnées ci-dessous visent une utilisation plus efficace des moyens disponibles en opérant un glissement de ces patients vers les soins de première ligne, mais aussi une réduction des prescriptions inutiles d'examen et tests de laboratoire, plus fréquentes dans le cadre des urgences.^{12, 19, 2}

Le tri médical des patients (aussi appelé triage) est une composante essentielle de cette proposition de réforme. Sa fonction est d'évaluer le degré d'urgence et de définir sur cette base le niveau de soins requis, ainsi que le cadre et le moment appropriés pour assurer au patient une prise en charge sûre, efficace et en temps utile.^{20, 21} Le triage peut être organisé à différents endroits (p.ex. dans une centrale d'appel d'urgence, à l'entrée de l'hôpital, sur le site de l'incident ou accident) et par différents dispensateurs de soins (p.ex. personnel des centrales d'appel d'urgence, ambulanciers, infirmiers et médecins rattachés à un service d'urgence).

Le triage téléphonique : une intervention prometteuse qui demande une évaluation complémentaire

La centrale d'alarme en Belgique

En Belgique, les patients bénéficient d'un accès illimité aux urgences, soit de façon directe, soit après renvoi par un médecin (généraliste ou spécialiste), soit encore par le biais d'un transport en ambulance à la suite d'un appel urgent :

- *Le numéro d'appel d'urgence 112.* Comme partout ailleurs en Europe, la Belgique utilise le 112 comme numéro d'appel d'urgence ; les appels nécessitant une intervention policière sont transférés au 101, les demandes médicales sont traitées par le personnel (non clinique) de la centrale sur la base d'un questionnaire standardisé et d'un manuel des procédures.²² En fonction de ce triage, l'opérateur décide quel type de transport médicalisé urgent doit être envoyé au demandeur.



- *Projets-pilotes de triage téléphonique : le 1733.* En 2008 le nouveau numéro « 1733 » a été lancé dans quelques régions-test pour les appels de première ligne. Dans un premier temps, les appels étaient automatiquement transférés au généraliste de garde. Au cours d'une seconde phase, ils ont été confiés dans le cadre d'une série de projets-pilotes aux centrales 100/112, chargées d'exclure une éventuelle urgence médicale avant de transférer les appels non urgents vers un médecin généraliste ou un autre professionnel de première ligne.

Le triage téléphonique est déjà largement répandu à l'échelon international, mais son impact sur les services d'urgence est encore insuffisamment étudié

L'impact des systèmes de triage téléphonique validés sur la fréquentation des urgences n'a pas encore été suffisamment étudié.²³ En Angleterre, une évaluation du NHS 111, un système très proche de notre 1733, est néanmoins parvenue à la conclusion que le nombre d'interventions par ambulance avait augmenté suite à l'introduction du numéro d'appel.²⁴ Le nombre d'études analysant l'impact du triage téléphonique sur la sécurité des patients est également limité. La littérature disponible nous apprend que les décisions de triage sont sûres à 97%, ce qui montre que ces systèmes ne sont pas encore parfaitement performants. Les problèmes de sécurité diminueront vraisemblablement lorsque le triage sera effectué par du personnel ayant reçu une formation clinique, en particulier dans les cas d'urgence vitale.^{20, 21}

Quatre des cinq pays étudiés (Australie, Danemark, France et Angleterre) appliquent cependant une forme de triage téléphonique. Le traitement des appels fait intervenir des cliniciens qui soit répondent eux-mêmes au téléphone, soit servent de « back-up » aux opérateurs, soit se chargent de les superviser.

Il est donc indiqué que les projets-pilotes 1733 répondent à une série d'exigences, que l'on peut déduire de la littérature et des systèmes mis en place dans d'autres pays :

- Des protocoles standardisés (comme pour les appels 112) adaptés au contexte de la première ligne ;
- Des informations en ligne sur l'offre de soins locale à l'usage de la personne en charge du triage ;

- Une supervision médicale suffisante au sein de la centrale téléphonique, avec possibilité de transférer l'appel à un infirmier ou un médecin ;
- Des campagnes d'information pour mieux faire connaître le 1733 du grand public ;
- Un monitoring des possibles effets indésirables, car il se peut que les économies réalisées soient réduites à néant par le coût des services supplémentaires. Par exemple, élargir les points d'accès par le biais d'un système de triage téléphonique peut mettre au jour une demande latente qui risque, en l'absence de réponse adéquate, de faire augmenter le nombre de contacts avec les urgences. Ainsi, un patient qui a mal aux dents pourrait se sentir encouragé à contacter la centrale téléphonique plutôt que d'attendre de pouvoir consulter un dentiste « ordinaire ». S'il s'entend répondre qu'aucun dentiste n'est disponible, il pourrait alors décider de se présenter aux urgences, ce qui génèrera une charge de travail supplémentaire.

Le test du modèle organisationnel intégré devrait également permettre de vérifier si le système 1733 présente une valeur ajoutée par rapport au renvoi téléphonique direct vers la fonction de triage du centre de soins aigus non planifiés.



Urgences et permanences de médecine générale sur un même site : des « centres de soins aigus non planifiés »

Les permanences de médecine générale et les services d'urgence pourraient être installés sur un même site dans le cadre de « centres de soins aigus non planifiés », avec une porte d'accès unique, mais en continuant à fonctionner chacun de manière indépendante (voir Figure 5). Cette solution présente un certain nombre d'avantages : une localisation hospitalière déjà bien connue du grand public, des frais fixes moins élevés (infrastructure, équipement, personnel de sécurité) et un confort et une sécurité accrus pour les patients (aucun transport nécessaire en cas de renvoi de la première à la deuxième ligne de soins). Un nombre croissant d'études démontrent que l'organisation des soins aigus non planifiés en une localisation unique, avec une fonction de triage, est la plus efficace pour parvenir à un glissement des soins non urgents des urgences vers la médecine générale.²⁵⁻²⁹

Aux Pays-Bas, la majorité des services d'urgence proposent également des soins de médecine générale en-dehors des heures ouvrables. Urgentistes et généralistes y travaillent en étroite collaboration, avec des accords clairs sur la trajectoire de soins des patients et sur divers aspects du diagnostic et du traitement.⁴ Les généralistes conservent donc leur indépendance et s'organisent en « centres de soins de première ligne ».

En Angleterre, on va même un cran plus loin avec des modèles d'organisation où des généralistes sont présents 24h/24 et 7 jours/7 sur un site hospitalier. Ce modèle coexiste avec certain nombre d'autres systèmes (cabinets de médecine générale sur rendez-vous en-dehors des heures ouvrables, cliniques accessibles sans rendez-vous tenues par des infirmiers pour les soins non planifiés).

Il est clair qu'un tel modèle de permanence de médecine générale représente un nouveau type de pratique médicale *sui generis*, qui diffère en bien des points du modèle 'classique' auquel nous sommes habitués, et qui présente aussi certaines spécificités par rapport aux postes de garde. Ces permanences de médecine générale devraient être créées en étroite collaboration avec les cercles de médecine générale, voire placées sous leur coordination, en tenant compte de la réglementation de l'état fédéral concernant les services de garde ;

Sur la base d'exemples internationaux et des données de la littérature, on peut dégager un certain nombre de conditions nécessaires à la viabilité d'un tel modèle et à une collaboration fructueuse entre les services d'urgence et médecine générale :

- Une porte d'accès unique pour les soins non planifiés, d'où le patient accède à une zone de triage placée sous la responsabilité de la permanence de médecine générale. Le triage est effectué par du personnel cliniquement formé et supervisé par un médecin expérimenté. Ce triage oriente ensuite la personne vers la permanence de médecine générale ou vers les urgences, en fonction de ses besoins médicaux. Étant donné que la majorité des patients se présentant aux services d'urgence viennent pendant la journée, il semble indiqué de prévoir (comme en Angleterre) des permanences de médecine générale même pendant les heures de bureau pour recevoir les patients avec un problème médical non urgent. Dans ces permanences pourraient travailler des médecins généralistes à plein temps ou plusieurs généralistes à temps partiel. En dehors des heures de bureau, cette permanence pourrait être reprise par le système habituel de rotation actuellement utilisé dans les postes de garde. Bien entendu, ces patients doivent également pouvoir être réorientés vers leur médecin généraliste traitant pendant les heures de bureau pour des soins aigus non planifiés.

Ce modèle de permanence de médecine générale 24h/24 et 7j/7 sur le site des urgences avec un triage qui détermine si le patient doit aller vers un généraliste ou vers les soins d'urgence s'écarte donc considérablement du concept de postes de garde. Pour éviter que cette permanence ne fasse concurrence aux médecins (généralistes) traitants, une série de mesures pourraient être mises en place, comme l'interdiction d'effectuer des activités spécifiques aux médecins traitants (Dossier Médical Global (DMG), trajets de soins, consultations de suivi)

- Des sites clairement balisés, des protocoles de triage univoques, etc. afin de préserver l'autonomie professionnelle des généralistes et des urgentistes.
- Un système de financement adapté (voir chapitre 4).

En Belgique, il existe toutefois de nombreux obstacles à la mise en place de ce type de triage à brève échéance. La loi interdit notamment de refuser à



un patient l'accès aux urgences sur la base d'un premier triage. Des solutions devront être trouvées pour résoudre ces potentiels problèmes de responsabilité médico-légale.

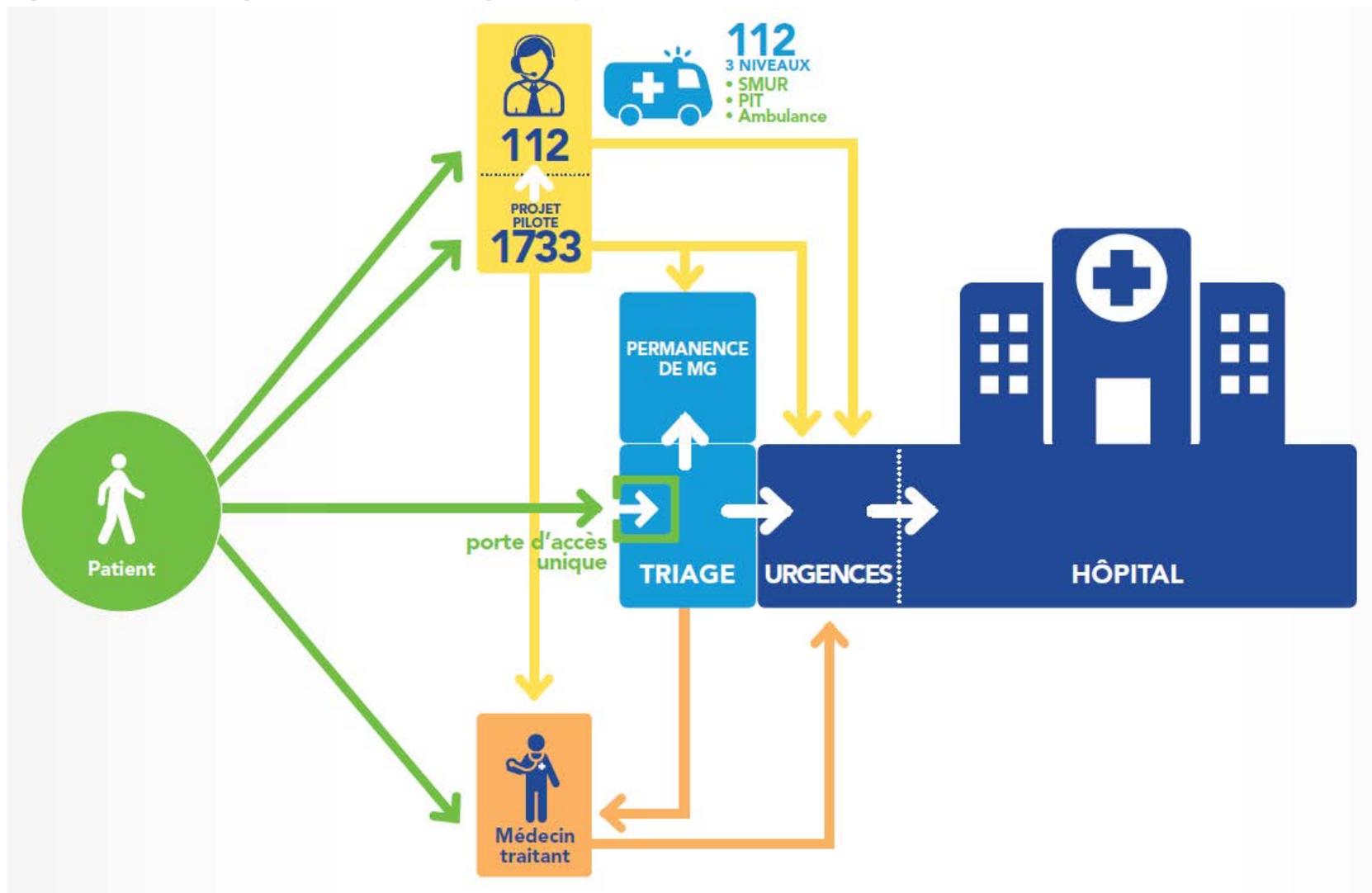
Dans l'état actuel des choses, le triage ne peut donc être utilisé que pour déterminer le degré de gravité et d'urgence de la demande et établir des priorités. Il a donc surtout un impact sur la réorganisation des temps d'attente aux urgences en fonction de considérations médicales. Un tel triage a démontré son utilité un peu partout dans le monde. Le « fast-track » (qui existe e.a. en Angleterre) permet par exemple de réduire les délais d'attente et la durée du passage aux urgences³⁰ : les patients avec un profil non urgent qui représentent une faible charge de travail pour le médecin et ne nécessitent ni imagerie ni tests de laboratoires sont pris en charge dans une zone spécifique où des cliniciens peuvent les traiter avant de les renvoyer chez eux.²

L'analyse du contexte belge révèle néanmoins qu'il faudrait repenser l'ensemble du système de soins aigus :

- Les services d'urgence doivent atteindre un nombre de contacts suffisant et il est (donc) nécessaire de les concentrer davantage (voir 1^e proposition de réforme). Si le nombre de patients susceptibles d'être référés au généraliste est trop faible, la mise en place d'une telle structure n'est pas efficiente.
- Ce modèle doit souffrir certaines exceptions dans les régions rurales où la densité hospitalière est faible. Dans ces zones, des postes de garde bien équipés et disposant d'un personnel suffisant peuvent être nécessaires (surtout en Wallonie). Il ne serait pas réaliste de vouloir y implanter exclusivement des permanences de médecine générale sur ou à proximité des sites hospitaliers.
- Les investissements nécessaires au niveau des bâtiments et de l'infrastructure peuvent apparaître irréalistes sur le court terme d'un point de vue budgétaire, et d'autres aspects tels que le délai d'obtention d'un permis de bâtir peuvent également représenter un obstacle bien réel. Une réorganisation de l'infrastructure existante devrait toutefois être possible à relativement brève échéance.



Figure 5 – Modèle d'organisation des soins aigus non planifiés





4. FINANCEMENT ACTUEL ET PROPOSITIONS DE REFORME

4.1. Comment sont financés les services d'urgence et les médecins qui y travaillent ?

4.1.1. Le budget alloué aux hôpitaux pour leur service d'urgence est de plus en plus basé sur leur activité

Le financement officiel des hôpitaux repose sur un budget global fermé (le « Budget des Moyens Financiers » ou BMF) couvrant les activités qui ne sont pas strictement médicales, y compris aux urgences. Bien que plusieurs volets du BMF soient utilisés pour financer les services d'urgence, nous nous limiterons ici à la partie B2, la plus importante en termes de budget, qui couvre notamment le salaire du personnel infirmier. L'encadré 1 expose brièvement l'attribution du budget B2 aux hôpitaux individuels.

Jusqu'en juillet 2013, le budget des services d'urgence était principalement établi sur la base de la taille et du case-mix de l'hôpital

Les hôpitaux reçoivent des points de base et des points supplémentaires pour le personnel (hors médecins) de leur service d'urgence. Jusqu'au 1^{er} juillet 2013, les points de base et le budget correspondant étaient attribués en fonction du nombre de lits justifiés de l'hôpital^{31, 32} : les hôpitaux aigus disposant d'une fonction premier accueil des urgences recevaient trois points de base pour 100 lits justifiés, ceux qui disposaient d'un service de soins urgents spécialisés, cinq. Dans ce système, le budget dévolu au service d'urgence était donc proportionnel à la taille de l'établissement. Les points supplémentaires étaient attribués sur la base des prestations réalisées chez des patients hospitalisés pendant la nuit, le weekend ou les jours fériés (prestations irrégulières). Les hôpitaux étaient ensuite répartis en déciles sur la base des honoraires supplémentaires pour ces prestations, et les points de base étaient accrus d'un facteur déterminé sur la base de ce décile (pouvant aller jusqu'à 2 pour les hôpitaux du 10^e décile).³¹

Les deux paramètres utilisés dans le calcul du budget B2 des services d'urgence (le nombre de lits justifiés pour le volet de base et la rémunération des prestations irrégulières pour les points supplémentaires) se sont toutefois avérés trop éloignés de leur activité réelle. Bien que les gros

hôpitaux enregistrent généralement un volume plus important de contacts avec les urgences que les structures plus modestes, le lien entre la taille de l'hôpital et le nombre de contacts aux urgences est loin d'être proportionnel (voir figure 6).

Encadré 1 – Le financement hospitalier belge en quelques mots

Attribution du budget B2 aux hôpitaux individuels sur la base d'un système de points

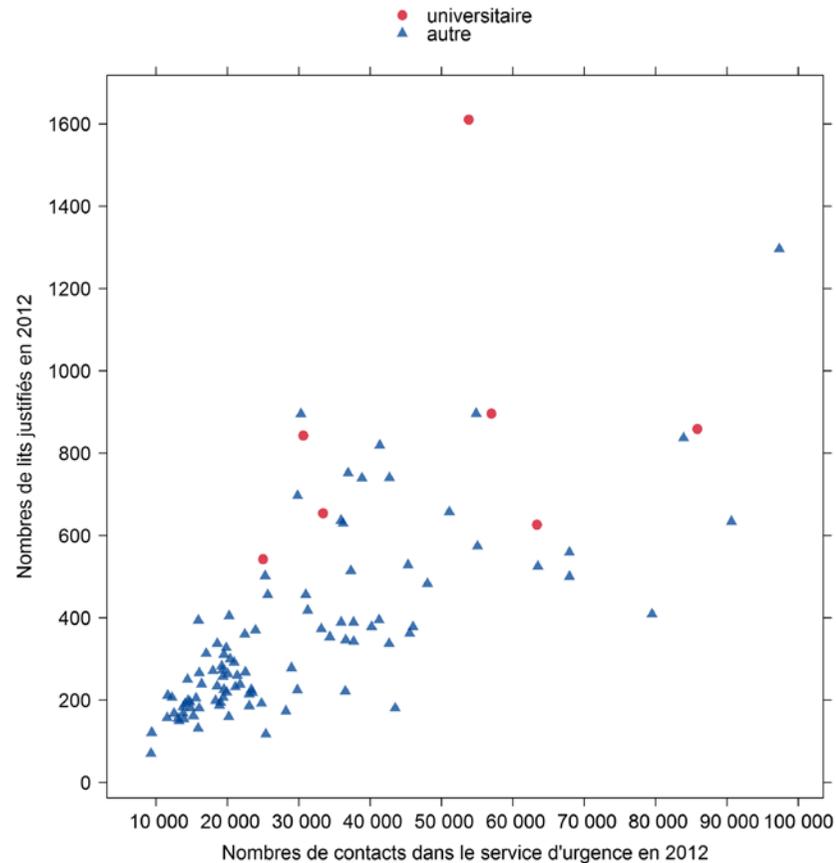
Le budget national fermé dévolu au volet B2 du BMF est réparti entre les hôpitaux individuels sur la base d'un système de points. Pour calculer la valeur financière d'un point B2, le montant global est divisé par le nombre total de points B2 récoltés par les hôpitaux. Chaque établissement reçoit un certain nombre de points de base en fonction de son « activité justifiée » et du nombre de « lits justifiés » qui en découle, du nombre de salles d'opération et de la présence d'un service d'urgence. Des points supplémentaires peuvent être octroyés sur la base du taux d'activité et du profil de soins (p.ex. intensité des activités de soins infirmiers).

Activité justifiée

L'activité justifiée se base sur le nombre et le type d'admissions au cours d'une année de référence. Pour chaque groupe de pathologies (*All-Patient Refined Diagnosis Related Groups* ou APR-DRG) est d'abord calculée une durée d'hospitalisation moyenne à l'échelon national, qui est ensuite appliquée au case-mix de chaque hôpital. En multipliant la durée moyenne du séjour à l'échelon national pour chaque groupe de pathologies par le case-mix de l'hôpital, on obtient un nombre de journées justifiées pour cet établissement. Ces journées justifiées sont ensuite divisées, pour chaque type de lit (p.ex. C pour les lits chirurgicaux, M pour la maternité, etc.), par le taux d'occupation (p.ex. 80%, soit 292/365 journées par an) pour obtenir un nombre de lits justifiés pour l'année considérée.



Figure 6 – Nombre de contacts avec les urgences et nombre de lits justifiés par hôpital en fonction du type d'hôpital (2012)



Source : SPF

La nouvelle méthode de calcul reflète mieux les différences d'activité aux urgences mais risque davantage d'induire des usages inappropriés

En juillet 2013 ont été introduites de nouvelles règles pour le calcul du budget B2 des services d'urgence, l'ancien système étant voué à disparaître progressivement d'ici juillet 2017. L'objectif de cette nouvelle méthode de calcul est de baser le nombre de points B2 plutôt sur le nombre de contacts enregistrés aux urgences que sur la taille (financée) de l'établissement. Dans ce système, les hôpitaux se voient attribuer une « unité d'urgence » pour chaque contact avec les urgences, peu importe que le patient soit ensuite hospitalisé ou renvoyé chez lui. Ils reçoivent en outre des unités supplémentaires pour certains groupes de patients, définis sur la base de critères principalement démographiques (enfants de 0 à 3 ans et de 4 à 15 ans, patients de moins de 75 ans résidant en maison de repos ou de soins, patients de 75 ans ou plus) ou médicaux (p.ex. maladie cérébro-vasculaire, diagnostic psychiatrique avec hospitalisation en unité psychiatrique), auxquels s'ajoutent des facteurs divers tels que l'heure de l'inscription (entre 21h et 6h) et l'éventuel transfert vers les soins intensifs. Les unités supplémentaires ne peuvent toutefois être attribuées que pour un seul critère par contact avec les urgences. Le nombre total de points B2 à attribuer est ensuite réparti entre les hôpitaux à proportion du nombre d'unités d'urgence récoltées par chacun.

Tout hôpital disposant d'un service d'urgence a droit à un minimum garanti de 15 points (ou 6 ETP, voir Encadré 1). Ceux qui disposent d'un service de soins urgents spécialisés et totalisent un maximum de 200 lits agréés en reçoivent 30 (12 ETP), à condition qu'il n'y ait pas d'autre service de soins urgents spécialisés dans un rayon de 25 km. Un hôpital qui possède plusieurs sites ne peut toucher qu'une seule fois ce budget garanti de 15 ou 30 points.

L'un des nombreux reproches formulés à l'encontre du budget hospitalier (B2) actuel des services d'urgence est qu'il reste insuffisant pour garantir l'occupation permanente minimale en personnel d'au moins deux infirmiers. La valeur financière d'un point B2 est également jugée trop faible pour couvrir les coûts salariaux moyens.



Encadré 1 – La valeur d'un point B2

En 2014, la valeur financière d'un point B2 s'élevait à € 25 410,07. Sachant qu'un équivalent temps plein (ETP) infirmier correspond à 2,5 points B2, chaque hôpital touchait donc en 2014 € 63 525,18 par ETP infirmier.

Les gagnants et perdants du nouveau système

Le nouveau mode de calcul ne modifie pas le budget B2 total dévolu aux services d'urgence : seule sa ventilation entre les différents hôpitaux change, générant des « gagnants » et des « perdants ».

La nouvelle méthode de calcul implique en effet que les « perdants » attendus soient les hôpitaux qui possèdent un grand nombre de lits justifiés mais dont les urgences affichent un taux d'activité relativement faible, et que les « gagnants » soient les petits hôpitaux dont les urgences sont très sollicitées. Mais dans la mesure où le nouveau système reflète mieux l'activité réelle des services d'urgence, il représente aussi pour les hôpitaux un incitant à accroître cette activité, par exemple en faisant transiter par les urgences certaines admissions programmées.

Les premiers chiffres pour 2014 confirment que les « perdants » sont principalement de grands hôpitaux, tandis que la taille de l'établissement ne semble pas déterminante pour les « gagnants ». Une augmentation globale de l'activité ambulatoire aux urgences a également été enregistrée en 2014. Les stakeholders ont souligné à cet égard qu'il était important de surveiller de près l'activité aux urgences dans chaque hôpital, en particulier chez les enfants.

La collaboration avec la première ligne n'est pas encouragée

Les hôpitaux qui font des efforts pour collaborer avec les postes de garde sont sanctionnés par les nouvelles règles de calcul. Si les services d'urgence renvoient immédiatement à un poste de garde les patients qui peuvent être traités par un généraliste, ils ne touchent en effet aucun financement alors qu'ils assument le coût du triage et perdent en outre les revenus qu'auraient générés les honoraires médicaux. Les hôpitaux qui ont pris des mesures pour « décharger » leur service d'urgence (p.ex. au travers de la création d'une polyclinique qui reçoit les enfants ou d'autres patients

sans rendez-vous) touchent également une fraction plus faible du budget B2.

4.1.2. Rémunération des médecins

Une nomenclature distincte pour les urgentistes

En 2007 ont été introduits des honoraires spécifiques pour les urgentistes, les « honoraires A », qui couvrent « l'anamnèse, l'examen clinique, les premiers soins et l'accueil et l'orientation d'un patient au sein d'un service de soins urgents spécialisés ». Leur montant dépend du niveau de formation et du statut d'accréditation du médecin, et un honoraire supplémentaire peut être porté en compte pour les prestations effectuées en-dehors des heures de bureau. Ce sont les médecins spécialistes en médecine d'urgence qui touchent les honoraires les plus élevés (€ 40,51 en 2015 pour un prestataire accrédité), suivis par les spécialistes en médecine aiguë (€ 31,15) et les détenteurs d'un brevet en médecine aiguë (€ 23,86). Le supplément pour les prestations effectuées en-dehors des heures de bureau s'élève à € 5,56.

Un seul honoraire A peut être porté en compte pour chaque patient, indépendamment du nombre d'urgentistes impliqués dans sa prise en charge, des soins dispensés, du profil du bénéficiaire et de l'hospitalisation éventuelle.

La fréquence à laquelle l'urgentiste sollicite un autre spécialiste diffère fortement d'un hôpital à l'autre

Les urgentistes peuvent solliciter un médecin spécialiste extérieur au service des urgences pour la réalisation d'un examen. Ce médecin touche alors des « honoraires C », dont le montant dépend de la discipline qu'il exerce et de son statut d'accréditation (de € 23,77 à € 43,93 pour un prestataire accrédité). En principe, le nombre d'honoraires C par patient qui se présente aux urgences n'est pas limité. Selon l'hôpital, le rapport entre le nombre d'interventions de spécialistes et le nombre de contacts avec les urgences peut aller de 0 à 100% (et parfois plus), ce qui indique que certains services d'urgence mobilisent systématiquement des spécialistes extérieurs tandis que d'autres ne le font jamais, ce qui pourrait être passablement inquiétant d'un point de vue médical. Il est néanmoins possible que, dans le second cas, l'hôpital applique simplement la nomenclature (plus avantageuse) pour la consultation du spécialiste en-dehors du service d'urgence.



La rémunération des urgentistes de garde est prélevée dans un budget qui dépend du nombre d'admissions hospitalières

La rémunération de l'urgentiste pour ses prestations de garde est déterminée par les accords financiers qu'il a passés avec l'hôpital ; il s'agit généralement d'un montant horaire. Or, le budget disponible pour financer les services de garde est déterminé par le nombre d'admissions à l'hôpital : un établissement agréé pour la fonction de soins urgents spécialisés touche un forfait de € 25,73 par hospitalisation classique et de € 5,36 par hospitalisation de jour (chiffres 2015). Par conséquent, plus le nombre d'admissions (planifiées ou non) est élevé, plus le budget permettant de rémunérer les urgentistes de garde est donc important.

Le paiement à la prestation n'est pas intéressant pour les services d'urgence avec un faible niveau d'activité

Dans les régions peu peuplées, les urgentistes risquent de ne pas voir suffisamment de patients pour parvenir à une rémunération attrayante. Une solution possible est de leur octroyer une rétribution horaire adéquate indépendante du nombre de patients pris en charge. Il en va de même pour les généralistes assurant la permanence dans les postes de garde des zones peu peuplées (voir plus loin).

4.1.3. Coût du personnel des services d'urgence

En 2013, le coût total des honoraires A s'élevait à € 60,4 millions (en ce compris les honoraires des prestations hors heures ouvrables), celui des honoraires C à € 20,2 millions. Le budget disponible pour la rétribution des urgentistes de garde était de € 50,4 millions. Les dépenses totales de l'INAMI pour les honoraires et forfaits alloués aux médecins travaillant aux urgences (urgentistes et spécialistes appelés par eux) représentaient donc € 131,0 millions, alors qu'elles étaient de € 103,8 millions en 2008.

En 2014, le budget B2 dévolu au personnel des services d'urgence (à l'exclusion des médecins) s'élevait à € 106,2 millions.

4.2. Comment sont financés les soins de première ligne en-dehors des heures ouvrables ?

4.2.1. Le paiement à la prestation reste également la principale source de revenus

Un paiement à la prestation à tarif majoré pour les activités hors heures ouvrables

- La plupart des généralistes sont payés à la prestation (€24,48 pour une consultation chez un généraliste accrédité en 2015).
- Le généraliste peut en outre porter en compte un supplément de permanence de € 4,06 pour les consultations entre 18 et 21h lorsqu'il reste disponible pour ses propres patients. Lorsqu'il est de garde pour l'ensemble de la population couverte par son cercle, il bénéficie également d'un supplément de garde de € 4,06 pour les consultations assurées entre 19 et 21h. Ces suppléments ne sont pas cumulables.
- Des honoraires plus élevés peuvent également être appliqués pour les visites à domicile et des consultations effectuées la nuit (de 21h à 8h), le weekend ou les jours fériés (de 8 à 21h). Leur montant peut dépasser € 80.

Honoraires de disponibilité pour les services de garde organisés

Les généralistes appelables dans le cadre d'un système de garde organisé par leur cercle (garde tournante ou poste de garde) ont droit à un honoraire de disponibilité d'un montant fixe de € 6,15 par heure de garde effectivement prestée (tarif 2015). Cet honoraire concerne uniquement les services de garde organisés au bénéfice de la population d'une région spécifique (et non les activités « ordinaires » en-dehors des heures ouvrables) à l'un des moments suivants :

- Weekend (maximum 48h) ;
- Jour férié (maximum 24h) ;
- Soirée/nuit de semaine (de 19h à 8h).



4.2.2. *Travailler dans un poste de garde : rentable en journée mais pas la nuit*

Assurer les consultations au sein d'un poste de garde est financièrement attrayant... lorsque les patients sont suffisamment nombreux à s'y présenter, comme le weekend ou les jours fériés en journée. Les nuits, par contre, ne sont souvent pas rentables faute d'une charge de travail suffisante – une situation que les honoraires de disponibilité s'efforcent de compenser.

Si la rémunération des visites à domicile semble raisonnable, elle est cependant moins attrayante dans les zones rurales où le médecin est parfois amené à parcourir des distances importantes.

En 2012, les consultations et visites à domicile hors heures de bureau ont représenté un coût de €46 millions, soit environ 4,6% du total de €1 milliard consacré aux consultations et visites à domicile des généralistes. C'est dans cette perspective qu'il convient de replacer le débat du financement des postes de garde.

4.2.3. *Le budget INAMI pour les postes de garde*

Le budget annuel de l'INAMI pour les postes de garde est passé d'un peu moins de € 350 000 pour trois postes en 2003 à environ € 17 millions pour 70 structures en 2015. Si l'on y ajoute les montants prévus pour leur coordination et pour la création de nouveaux postes, on parvient à un total d'environ € 23 millions.

Un gel du développement des postes de garde a été décidé au cours du dernier trimestre 2015 et une fraction de près de € 5 millions du budget global de € 23 millions a été mise en réserve dans l'attente d'une révision des principes de financement existants (exposés ci-dessous).

Comment est défini le budget de chaque poste de garde ?

Le budget d'un poste de garde recouvre :

- **Des frais d'investissements** pour les dépenses ponctuelles telles qu'une construction/rénovation, la coordination et le matériel nécessaires au développement et au lancement d'un nouveau projet, ou des investissements plus modestes pour améliorer des projets existants.

- **Des frais de fonctionnement** pour couvrir le coût du personnel (d'accueil, de coordination et administratif, chauffeurs), des véhicules pour les visites à domicile et une série d'autres postes (informatique, loyer, nettoyage, comptabilité, etc.). Ce volet ne couvre pas les honoraires des généralistes, gérés séparément par le biais de la nomenclature.

Le budget diffère sensiblement d'un poste de garde à l'autre, même dans des zones comparables.

- Entre 2009 et 2015, le coût total des investissements allait de € 128 à € 848 400 par projet, avec une moyenne de € 133 427. Au vu des heures d'ouverture et du niveau d'activité limités (surtout la nuit), certains gros investissements sont difficilement justifiables.

Dans l'espoir de limiter la variabilité des frais de fonctionnement d'une structure à l'autre, des plafonds maximaux ont été fixés en 2012. En 2015, leur montant variait toutefois encore de € 22 236 à € 686 061 par poste de garde, avec une moyenne de € 255 712.



3^e proposition de réforme : un financement mixte, avec une importante part fixe pour la fonction de disponibilité des services d'urgence hospitaliers et de la permanence de médecine générale, et une fraction variable en fonction du nombre de contacts

Le financement actuel des services d'urgence et des médecins qui y travaillent, presque exclusivement lié au degré d'activité des urgences, ne s'accorde pas nécessairement bien avec leur fonction spécifique (obligation de rester en stand-by pour les patients nécessitant une aide urgente).³³ Il serait donc souhaitable d'évoluer vers une combinaison de financements plus différenciée et mieux adaptée à cette spécificité. L'idée de base serait que chaque service d'urgence touche un budget fixe pour garantir une disponibilité permanente minimale. À l'étranger aussi, on observe que ces services bénéficient d'un budget fixe simplement pour rester ouverts, auquel vient s'ajouter une partie variable (limitée) en fonction de la charge de travail effective. Les mêmes principes peuvent s'appliquer *mutatis mutandis* à la permanence en médecine générale.

Un budget fixe conséquent pour la fonction de disponibilité, adapté à la taille du service d'urgence

Ce budget fixe constituerait une large part de leurs rentrées totales et serait suffisant pour garantir une disponibilité permanente minimale, indépendamment du nombre de patients qui se présentent.

Un service d'urgence installé dans une zone isolée où les patients sont peu nombreux ne peut évidemment pas être comparé à un service très fréquenté dans un hôpital de grande ville. Il conviendra par conséquent d'adapter l'occupation minimale permanente en personnel aux réalités locales. Dans cette optique, la première tranche du financement serait indépendante du nombre de contacts ; lorsque certains seuils d'activité (à déterminer sur la base du nombre de contacts au cours de l'année t-1 ou t-2) sont dépassés, le service toucherait toutefois une tranche supplémentaire correspondant à l'élargissement de l'occupation permanente en personnel, de par exemple d'une unité. Les modalités exactes restent à définir en fonction des différents glissements qui seront probablement provoqués par la réforme : augmentation du nombre global de patients par service d'urgence suite à la réduction du nombre de services, forte baisse du nombre de cas « légers »

grâce à un triage efficace, mais augmentation absolue et proportionnelle du nombre de patients confrontés à un problème médical urgent.

Quels éléments du budget et des honoraires sont repris dans ce montant fixe ?

Le budget fixe se composerait d'une fraction de l'actuel budget B2 dévolu aux urgences, mais aussi d'une partie du budget des honoraires A et du budget utilisé pour rémunérer les urgentistes de garde. Les honoraires C et ceux des prestations techniques n'y sont pas repris ; ces prestations resteraient rémunérées de la même manière que dans le système actuel.

Collaboration entre services d'urgence et permanences de médecine générale sur le même site

Les généralistes qui assurent la permanence de médecine générale ont également une fonction de disponibilité : il faut en effet un minimum de personnel pour assurer la prise en charge des patients qu'il n'est pas nécessaire d'envoyer aux urgences (en présence, ici encore, d'un triage efficace). Le budget fixe comprendrait une indemnité de disponibilité, une partie des honoraires et l'actuel budget de fonctionnement des postes de garde. Comme pour les services d'urgence, le budget pourrait augmenter de façon progressive en fonction de la charge de travail de la permanence. Avec la permanence 24h/24 et 7 jours sur 7 et le système de triage, son activité sera sensiblement plus importante que celle des postes de garde actuels.

Le service de triage serait financé au départ du budget fixe de la permanence en médecine générale et la gestion du triage et du cabinet de permanence serait confiée au(x) cercle(s) de médecine générale du bassin d'attraction du service d'urgence – un point important pour éviter un triage trop peu sélectif, qui ne changerait rien aux anciennes habitudes, ce qui reviendrait *de facto* à « assécher » la permanence en médecine générale.

Un montant supplémentaire (limité) par patient

En sus de ce budget fixe, le service d'urgence toucherait une fraction variable pour chaque patient.

Pour des raisons historiques et au vu des indéniables avantages de ce système, il semble indiqué de maintenir dans le futur une part de paiement à la prestation pour les urgentistes. Ceux-ci continueraient donc à recevoir un honoraire A pour chaque contact avec les urgences. Cette somme serait toutefois plus faible qu'à l'heure actuelle, puisqu'ils toucheraient également



un honoraire de permanence suffisamment substantiel (prélevé dans le budget fixe des urgences) pour chaque plage horaire ou heure de garde effectivement prestée.

Le paiement à la prestation actuel resterait d'application pour les honoraires C et les honoraires des prestations techniques. Les honoraires C devront faire l'objet d'un suivi régulier par l'INAMI. Une éventuelle réforme de ces deux postes devra s'inscrire dans une refonte globale de la rémunération des spécialistes.

Les généralistes qui travaillent à la permanence toucheraient également un forfait de permanence par plage horaire de la journée ; l'honoraire (supplémentaire) par patient serait donc là aussi plus faible qu'à l'heure actuelle.

Dans les zones isolées et faiblement peuplées, la fraction variable peut être (en partie) remplacée par un budget fixe plus élevé

Étant donné que les services d'urgence et les permanences de médecine générale des zones faiblement peuplées doivent aussi rester attractifs pour les professionnels, on pourrait ici opter pour un budget fixe plus élevé permettant d'offrir des revenus concurrentiels aux urgentistes et généralistes qui y travaillent.

Dans les zones sans site hospitalier à proximité, les postes de garde devront disposer de moyens humains et matériels supplémentaires pour répondre aux besoins médicaux non planifiés mais non urgents ; là aussi, on optera pour un budget fixe plus important.

Une rémunération plus élevée pour les patients hospitalisés ?

Un triage efficace permettra d'écarter des urgences les patients qui pourraient tout aussi bien être pris en charge par un généraliste. Les besoins en soins des patients pris en charge aux urgences seront donc sensiblement moins variables qu'à l'heure actuelle.

Il existe à l'échelon international un vaste éventail de systèmes où le financement des services d'urgence prend en compte le type de patients traités. Ils se basent par exemple sur le degré d'urgence, comme dans les *Urgency Related Groups* (URG) utilisés en Australie, ou sur une classification en fonction des groupes de diagnostic (*Diagnosis Related Group* ou DRG) comme aux Pays-Bas (voir [rapport scientifique](#) pour plus de détails). Ce type de financement en fonction du case-mix est étroitement lié au mode de financement du reste de l'activité hospitalière. Le plan

stratégique de la Ministre De Block envisage de passer à un montant fixe par séjour pour une partie des admissions hospitalières. Dans un tel système, on pourrait envisager de faire varier le montant par hospitalisation selon que le patient arrive ou non par le biais des urgences ; il n'est cependant pas certain qu'une telle différenciation soit nécessaire ou souhaitable, puisqu'elle pourrait évidemment encourager les établissements à faire transiter un maximum de personnes par cette voie d'accès. En outre, un triage efficace devrait être une garantie que la charge moyenne des cas accueillis aux urgences soit beaucoup plus homogène entre hôpitaux de telle manière que la différenciation de la fraction variable soit moins importante.

Introduction progressive du financement fixe et variable

En réduisant le nombre de services d'urgence (voir 1^e proposition de réforme) et en instaurant un triage efficace pour orienter les cas plus légers vers le niveau de soins approprié (voir 2^e proposition de réforme), les réformes proposées devraient pouvoir être réalisées sans affecter le budget global.

Les changements devraient néanmoins être introduits de façon progressive, en partant par exemple de l'activité des deux dernières années-calendrier pour moduler la fraction fixe. Le nombre d'admissions (non planifiées) via les urgences peut faire office de clé de répartition pour établir ce budget.

Le budget fixe de la permanence de médecine générale peut être établi en fonction d'une part de l'activité du poste de garde déplacé sur le site du service d'urgence, d'autre part de l'activité ambulatoire de ce dernier.



4.3. Manque d'harmonisation des tickets modérateurs des soins de première ligne et des services d'urgence

La plupart des soins ne sont pas gratuits dans notre pays, puisque les patients doivent s'acquitter d'un ticket modérateur dont l'objectif est de les inciter à faire un usage efficient de l'offre de santé disponible. Le ticket modérateur plus élevé pour les personnes qui se présentent aux urgences sans y avoir été référées par un médecin est un exemple de mesure visant à orienter le public vers le cadre de soins le plus approprié.

Les urgences peuvent facturer un ticket modérateur plus élevé aux patients qui se présentent spontanément

Tout passage aux urgences donne lieu à la facturation d'un ticket modérateur, qui s'élève à € 4,5 pour les patients envoyés par un médecin (un peu moins de € 2 pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, chiffres 2015). Ce montant peut être porté à € 20 chez les patients qui se présentent aux urgences de leur propre initiative (€ 11 chez les bénéficiaires de l'intervention majorée), mais les hôpitaux sont libres de réclamer ou non ce ticket modérateur plus élevé.

Les différents stakeholders ont des avis extrêmement divergents quant au rôle de ce ticket modérateur plus élevé : si certains y voient un instrument nécessaire pour limiter le nombre de contacts avec les urgences, en particulier parmi les patients qui pourraient être pris en charge par un généraliste, la majorité estime qu'il n'influence en réalité guère leur comportement. En tout état de cause, ce système n'a clairement pas permis d'infléchir le recours croissant aux services d'urgence. Un autre contre-argument est qu'il n'est pas de la responsabilité des patients d'évaluer si un problème donné nécessite un passage aux urgences. Les stakeholders sont donc plutôt partisans d'un système de triage (éventuellement en combinaison avec le ticket modérateur).

Pas de ticket modérateur supplémentaire pour les consultations en médecine générale en-dehors des heures ouvrables... mais les visites à domicile peuvent coûter très cher

Afin de limiter les passages inutiles aux urgences, les patients ne doivent plus payer de ticket modérateur sur le supplément d'honoraire des consultations hors heures ouvrables depuis le 1^{er} décembre 2011 : seul le ticket modérateur correspondant aux heures de travail normales leur est porté en compte. Pour les visites à domicile, le ticket modérateur est toutefois plus élevé en-dehors des heures de bureau et peut atteindre € 30.



4^e proposition de réforme : harmoniser davantage les tickets modérateurs des soins de première ligne « hors heures ouvrables » et des services d'urgence hospitaliers

En comparaison avec d'autres pays, la structure des tickets modérateurs en Belgique est extrêmement différenciée. Si l'objectif d'un ticket modérateur plus élevé est d'éviter le recours inutile aux services d'urgence et de réorienter les patients vers les soins de première ligne, il est nécessaire d'harmoniser davantage ces quotes-parts personnelles. En effet, dans l'état actuel des choses, les tickets modérateurs de certaines catégories de patients sont beaucoup plus élevés pour une visite à domicile en-dehors des heures de bureau que pour un recours spontané aux urgences.

Nous proposons que le ticket modérateur ne soit dû qu'une fois (lors du triage sur place, lors d'un contact avec le service d'urgence, la permanence en médecine générale ou le généraliste après triage téléphonique, etc.) à condition que le patient s'oriente vers le cadre de soins qui lui est proposé lors du triage. Idéalement, il devrait être légèrement supérieur au ticket modérateur appliqué chez le médecin traitant afin d'éviter que les patients ne s'adressent à un 'centre de soins aigus non planifiés' pour être reçus plus rapidement (p.ex. en-dehors des heures de bureau).

Les différents modes de paiement (tiers-payant aux urgences vs. paiement immédiat en médecine générale) jouent également un rôle important dans le choix du patient (voir 3.2).¹⁵ En sus du montant du ticket modérateur, il conviendrait donc également d'harmoniser l'application du tiers-payant entre les urgences et la permanence/le poste de garde en médecine générale.



■ RECOMMANDATIONS^e

A la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique

- Rationaliser le nombre et la répartition géographique des services d'urgence et postes de garde, tout en préservant l'accessibilité et la qualité de l'offre pour les citoyens confrontés à un besoin de soins aigus non planifiés, et pour ce faire :
 - Programmer l'offre en services d'urgence de base pour l'ensemble du pays, en basant leur nombre et leur localisation sur des paramètres scientifiques, tels que la durée du transfert (p.ex. max. 30-45 minutes entre l'activation du système et l'arrivée au service d'urgence), les distances, la coordination avec d'autres services tels que les SMUR ou les PIT, le nombre minimal de contacts (p.ex. au moins 20 000 contacts par an par zone de triage), etc. Le calcul doit prendre en compte un classement des paramètres où l'accessibilité (durée du transfert et distances) prime sur le volume d'activité minimal.
 - Introduire cette rationalisation en plusieurs étapes :
 - Une première étape serait de fermer des services d'urgence dans les hôpitaux qui en possèdent plusieurs, pour autant que ceci ne compromette pas l'accessibilité aux soins d'urgences.
 - Dans un second temps, d'autres services d'urgence pourraient être supprimés dans le cadre d'une réforme globale du paysage des soins et du système de financement (réorientation du rôle des hôpitaux, développement de réseaux hospitaliers). Ceci permettrait de financer/d'agréer les services d'urgence au niveau des réseaux.
 - Déterminer si un nombre de services d'urgence devraient être reconnus comme services d'urgence spécialisés de référence pour la prise en charge de certaines pathologies nécessitant une intervention urgente (traumatismes sévères, infarctus aigu du myocarde, AVC), avec l'infrastructure et les moyens humains nécessaires.
 - Regrouper postes de garde et services d'urgence au sein de 'centres de soins aigus non planifiés' disposant d'une permanence de médecine générale 24h/24, 7j/7 et d'un service d'urgence, avec :
 - Une porte d'accès unique ;

^e Le KCE reste seul responsable des recommandations.



- Une zone de triage avec une équipe de triage ayant bénéficié d'une formation clinique, supervisée par un médecin expérimenté et placée sous la coordination de la permanence de médecine générale ;
- Une permanence de médecine générale financièrement et juridiquement autonome, sous la forme d'une entité créée en étroite collaboration avec le(s) cercle(s) local(ux) de médecine générale, ou placée sous leur responsabilité ;
- L'interdiction pour la permanence de médecine générale d'effectuer certaines prestations (DMG, trajets de soins, mais aussi consultations de suivi) dévolues au médecin traitant du patient. Le patient sera encouragé à consulter son propre médecin généraliste ou à en choisir un dans le cas où il n'en a pas.

Bien que sur la base des résultats de cette étude ce modèle apparaisse comme le plus indiqué, il est souhaitable qu'un test de validation (*proof of concept*) soit mis en place et évalué dans un certain nombre de localisations. Les résultats de ce test devront être comparés avec les résultats du paysage actuel connus ou encore à collecter du paysage actuel.

Par ailleurs, une simulation préliminaire devrait permettre de vérifier quels ajustements supplémentaires seront nécessaires pour adapter le modèle aux contextes locaux (p.ex. pas de permanence de médecine générale pendant la nuit dans les régions à trop basse fréquentation).

- Prévoir des exceptions à ce modèle de soins aigus non planifiés pour les zones sans site hospitalier à proximité. Dans ces cas, les postes de garde seront dotés des moyens humains et de l'équipement nécessaires pour répondre aux besoins médicaux urgents ne nécessitant pas de soins spécialisés.
- Conditionner l'élargissement futur du projet-pilote 1733 à l'évaluation des initiatives actuelles (y compris en ce qui concerne la charge que cela représente pour les urgences et les généralistes, et les problèmes de sécurité) et des contraintes identifiées dans la littérature (p.ex. niveau de formation des opérateurs du triage).
- Mettre en place une campagne d'information pour faire connaître aux citoyens les rôles respectifs et la disponibilité des médecins généralistes et le bon usage des services d'urgence hospitaliers.
- Introduire pour les services d'urgence hospitaliers et les permanences de médecine générale un financement mixte correspondant mieux à leur rôle dans le paysage des soins :
 - Un budget fixe pour la fonction de disponibilité du service d'urgence et la permanence de médecine générale, respectivement. Ce volet devrait représenter leur



principale source de revenus et être suffisant pour garantir une occupation permanente minimale en personnel (urgentistes, généralistes, infirmiers et autres).

- Ce budget devrait être déterminé de manière indépendante pour les urgences et la permanence de médecine générale.
- Pour le service d'urgence, il devrait se composer d'une partie de l'actuel budget B2 dévolu aux services d'urgence, d'une partie du budget des honoraires A et d'une partie du budget servant à rémunérer les urgentistes de garde. Les honoraires C et ceux des prestations techniques n'en feront pas partie. Ce budget fixe devrait être modulé par palier en fonction du niveau d'activité, le nombre d'admissions (non planifiées) faisant office de clé de répartition.
- Pour la permanence de médecine générale, le budget fixe devrait se composer de l'indemnité de garde, d'une partie des honoraires et de l'actuel budget de fonctionnement des postes de garde qui auront été déplacés vers un site hospitalier. Ce budget fixe pourrait être défini en fonction d'une part de l'activité historique du poste de garde déplacé sur le site des urgences et d'autre part de l'activité ambulatoire historique du service d'urgence.
- Le budget du service de triage serait compris dans le budget fixe de la permanence de médecine générale.
- Une part de financement variable en fonction du nombre de patients du service d'urgence et de la permanence de médecine générale, respectivement. Pour chaque contact avec les urgences, l'urgentiste toucherait un honoraire A dont le montant est plus faible qu'à l'heure actuelle. Les généralistes assurant la permanence toucheraient également un honoraire par patient plus faible qu'à l'heure actuelle.
- Dans les zones isolées et faiblement peuplées, la fraction variable pourrait être (partiellement) remplacée par un budget fixe plus élevé.
- Une harmonisation du ticket modérateur (et de son mode de paiement) entre les permanences de médecine générale et les services d'urgence. Le ticket modérateur ne serait dû qu'une fois à condition que le patient s'oriente vers le cadre de soins recommandé par le triage. Il devrait être plus élevé que chez le médecin traitant pendant les heures de bureau.

À l'INAMI

- Monitoring des honoraires C.

Au SPF Santé Publique



- **Suivi des admissions planifiées transitant par les urgences.**
- **Suivi de l'impact du triage téléphonique dans les régions pilotes (p.ex. nombre de contacts aux urgences et avec les généralistes).**
- **Evaluation du triage au sein des centres de soins aigus non planifiés.**



■ REFERENCES

1. Koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden, B.S. 19 juni 1998.
2. Berchet C. Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. Paris: OECD; 2015. Health Working Papers DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6 Available from: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)6&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)6&docLanguage=En)
3. De Block M, Beleidscel van de Minister van sociale zaken en volksgezondheid. Plan van Aanpak Hervorming ziekenhuisfinanciering. Brussel: 2015.
4. Kommer GJ, Gijsen R, Lemmens LC, Kooistra M, Deuning C. Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2015. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/06/03/beschikbaarheid-specialisatie-en-bereikbaarheid-van-spoedeisende-hulp-in-nederland>
5. Kim YJ. Relationship of trauma centre characteristics and patient outcomes: a systematic review. J Clin Nurs. 2014;23(3-4):301-14.
6. Arrêté Royal de 10 novembre 1967 n°78 relatif à l'exercice des professions de santé, B.S. 14 novembre 1967.
7. Koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen, B.S. 22 augustus 2013
8. Jonckheer P, Dubois C, Borgermans L, Verhoeven E, Rinchard E, Baudewyns A-M, et al. Afters-Hours Primary



- Care: which solutions? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 171C (D/2011/10.273/88) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/171C_after-hours_primary_care.pdf
9. Brijs T. Studie naar de opmaak van een model voor de inplanting van huisartsenwachtposten in België. Diepenbeek: Universiteit Hasselt; 2012.
 10. Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2016-2017. Brussel: 22 december 2015. Available from: http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Akkoord_artsen_ziekenfondsen_2016_2017.pdf
 11. Union Nationale des Mutualités Socialistes, Direction Etudes. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières. La Mutualité Socialiste; 2011.
 12. Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7-28.
 13. Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Eur J Pediatr*. 2012;171(12):1829-37.
 14. Lippens A, Willems S, Buylaert W, Verlinde E. Zorggebruik tijdens wachtdiensten: waarom kiezen voor de spoedgevallendienst of de huisartsenwachtpost? Gent: Universiteit Gent; 2011.
 15. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e3.
 16. Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Use of out-of-hours services: the patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. *Acta Clin Belg*. 2013;68(1):1-8.
 17. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblich M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:222.
 18. Strefte MJ, van Bergen J, Philips H, Remmen R. Rapport Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Universiteit Antwerpen, Centrum voor Huisartsgeneeskunde; 2013.
 19. Test-aankoop. Medische overconsumptie in spoedgevallendiensten [Web page]. 2008 [cited 18 oktober 2015]. Available from: <http://www.test-aankoop.be/action/pers%20informatie/persberichten/2008/medische-overconsumptie-in-spoedgevallendiensten>
 20. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2011;29(4):198-209.
 21. Wheeler SQ, Greenberg ME, Mahlmeister L, Wolfe N. Safety of clinical and non-clinical decision makers in telephone triage: a narrative review. *J Telemed Telecare*. 2015;21(6):305-22.
 22. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Belgische handleiding voor medische regulatie - 3de editie. 2013. Available from: <http://www.health.belgium.be/medischeregulatie/files/assets/basic-html/index.html#page4>
 23. Lidal BI, Holte HH, Vist GE. Triage systems for pre-hospital emergency medical services ? a systematic review (Provisional abstract). In: *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 2013. p. 28.



24. Turner J, O'Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ Open*. 2013;3(11):e003451.
25. Cowling TE, Ramzan F, Ladbrooke T, Millington H, Majeed A, Gnani S. Referral outcomes of attendances at general practitioner led urgent care centres in London, England: retrospective analysis of hospital administrative data. *Emerg Med J*. 2015.
26. Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emerg Med Int*. 2013;2013:364659.
27. van Gils-van Rooij ES, Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, de Bakker DH. Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency Departments in the Netherlands. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(6):807-15.
28. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):612-7.
29. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J*. 2003;20(2):184-7.
30. Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Goransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011;19:43.
31. Durant G. Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1er septembre 2013. Wolters Kluwer Belgium; 2013.
32. Sermeus W. De Belgische ziekenhuisfinanciering ontcijferd. Leuven: Acco; 2006.
33. Duckett SJ, Jackson T. Paying for hospital emergency care under a single-payer system. *Ann Emerg Med*. 2001;37(3):309-17.



COLOPHON

Titre :	Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme – Synthèse
Auteurs :	Koen Van den Heede (KCE), Cécile Dubois (KCE), Stephan Devriese (KCE), Natalie Baier (Technische Universität Berlin, Germany), Olivier Camaly (Möbius), Eveline Depuijdt (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Alexander Geissler (Technische Universität Berlin, Germany), Annelies Ghesquiere (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Sarah Misplon (Möbius), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin, Germany), Christophe Van Loon (RIZIV – INAMI), Carine Van de Voorde (KCE)
Coordinateur de project :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redaction synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Sophie Gerkens (KCE), Raf Mertens (KCE), Patriek Mistiaen (KCE)
Experts externes :	Paul Gemmel (UGent), Alexandre Ghuysen (CHU Liège), Jean-Bernard Gillet (Vivalia), Hilde Philips (UAntwerpen), Marc Sabbe (UZ Leuven), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Walter Sermeus (KU Leuven), Didier Thillaye du Boullay (UC Louvain)
Stakeholders :	Nele Beeckman (GasthuisZusters Antwerpen), (Jo De Cock (RIZIV – INAMI), Jan De Lepeleire (KU Leuven), Hilde De Nutte (Zorgnet-Icuro), Jacques de Toeuf (Association Belge des Syndicats Médicaux, ABSYM), Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Guy Delrée (Forum des Associations de Généralistes), Micky Fierens (La Ligue des Usagers des Services de Santé, LUSS), Anne Gillet (Kartel ASGB-GBO), Elfi Goesaert (Domus Medica), Diego Gouwy (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Adeline Higuët (Collège Qualité des Urgences), Aline Hotterbeex (Fédération des Institutions Hospitalières asbl, FIH), Said Hachimi Idrissi (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine, BeSEDIM), Johan Kips (Zorgnet-Icuro), Jean-Marc Laasman (Union Nationale des Mutualités Socialistes, UNMS), Michel Mahaux (Santhea), David Lefebvre (Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales, FNAMS), Frank Lippens (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen), Luc Maroy (RIZIV – INAMI), Guillaume Mathot (Société Scientifique de Médecine Générale, SSMG), Dirk Ramaekers (voormalig Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, LCM), Roger Renders (Wachtposten Vlaanderen), Bart Rens (Beroepsorganisatie voor verpleegkundigen, NVKVV – werkgroep spoedgevallenzorg en intensieve zorg), Koen Steel (Domus Medica), Jan Stroobants (Belgian College of Emergency Physicians), Fabienne Van Sloten (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, LCM), Marc Vranckx (Belgian Society of Emergency and Disaster Medicine, BeSEDIM), Etienne Wauters (GasthuisZusters Antwerpen), Ilse Weeghmans (Vlaams Patiëntenplatform, VPP)
Validateurs externes :	Jeroen Trybou (UGent), Michael van den Berg (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, the Netherlands), Youri Yordanov (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France)



Remerciements : Nous voulons remercier explicitement les nombreux collaborateurs de l'INAMI et du SPF Santé publique pour leur contribution constructive à ce rapport.

Autres intérêts déclarés : Tous les experts et parties prenantes consultés dans le cadre de ce rapport ont été sélectionnés parce qu'ils étaient impliqués dans l'organisation et le financement des services d'urgence. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Infographie : Julien Ligot (Fedopress)

Layout : Joyce Grijseels (KCE), Sophie Vaes (KCE)

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 29 mars 2016

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Emergency Medical Services; Emergency Service, Hospital; Health Care Reform; After-Hours Care

Classification NLM : WX 215

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2016/10.273/22

ISSN : 2466-6440

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme – Synthèse. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 263Bs. D/2016/10.273/22.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

