

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 13 février 2014**

**DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Section "Programmation et Agrément"**

**Réf. : CNEH/D/442-2**

# **Avis PIT<sup>(\*)</sup>**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) La simulation dont il est question dans l'avis a été effectuée sur la base de données existantes au 24 février 2014. Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 13 mars 2014.

Questions posées au CNEH par la Ministre Onkelinx dans sa lettre du 2 juillet 2012:

La ministre demande:

- des suggestions concernant les articles de la loi sur les hôpitaux qui doivent être rendus applicables;
- des propositions pour l'agrément de la fonction PIT;
- si la programmation est nécessaire ou non et, dans l'affirmative, quels sont les critères à appliquer.

Information complémentaire: après avoir remis un avis intermédiaire au CNEH en décembre 2012, le groupe de travail s'est vu accorder un délai supplémentaire par la ministre en vue d'un examen approfondi de la programmation. L'assemblée plénière du CNEH a marqué son accord sur cette approche.

L'avis qui suit est donc une compilation de l'avis intermédiaire (décembre 2012) et de l'avis complémentaire sur la programmation, le tout ayant été soumis à l'assemblée plénière de février 2014.

---

Un groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises sous la direction de Frank Lippens. Ce groupe de travail a également entendu des experts:

des représentants

- des associations des infirmiers urgentistes et des ambulances 112 de Belgique;
- des centres de dispatching 112;
- de la Brandweer Vereniging Vlaanderen (BVV);
- des médecins urgentistes;
- les spécialistes GIS du département de géographie de l'Université de Gand (Pr Dr P. De Maeyer, Bart De Wit, Tijs Neutens)

---

### **Points de départ et avis:**

#### 1. Le PIT est une fonction hospitalière.

L'objectif est de donner à l'avenir une base légale par voie d'arrêté royal au PIT, actuellement à l'état expérimental dans 16 hôpitaux de notre pays<sup>1</sup>, en partant du principe que la fonction PIT (par analogie avec la "fonction soins urgents spécialisés" (FSUS), le SMUR,...) est une **fonction hospitalière**.

---

<sup>1</sup> 2 à Bruxelles, 7 en Flandre dont 1 ayant pris fin, à savoir Halle, la fonction PIT étant devenue une fonction SMUR, et 7 en Wallonie dont 1 ayant pris fin, à savoir Marche. Le PIT + de Bruges n'est pas repris dans ce nombre.

Du reste, le CNSMU (Conseil national des secours médicaux d'urgence) a également adopté ce principe à une large majorité lors de sa réunion du 20 juin 2012. Seuls les représentants des pompiers ont émis quelques réserves.

### **Pourquoi est-il judicieux que le PIT devienne une fonction hospitalière ?**

Les infirmiers porteurs du TPP /Urgences/SI sont rares. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est préférable de les engager exclusivement en hôpital. L'infirmier TPP du PIT ainsi engagé peut en effet aussi exercer dans l'hôpital en dehors des sorties (voir point 3 ci-dessous). Compte tenu des problèmes financiers de l'Aide médicale urgente (cf. infra), cette façon de faire a en outre l'avantage de créer, pour l'hôpital, des synergies aux retombées financières positives. Si une ville ou une commune engage ces infirmiers en vue d'obtenir l'agrément en tant que PIT de son ambulance 112 au sein du service d'incendie, le service incendie en question ne peut pas, en dehors des sorties, employer ces infirmiers comme tels. Certaines grandes villes auront peut-être suffisamment de travail pour occuper ces infirmiers TPP à temps plein au sein du PIT. Quel que soit l'employeur, un infirmier TPP SI et d'urgence devrait, en plus d'assumer la fonction PIT, pouvoir travailler à mi-temps au moins dans le cadre d'une FSUS.

Les infirmiers porteurs du TPP SI et d'urgence chez les pompiers peuvent, parce qu'ils sont occupés à cet endroit, conserver leur TPP SI et d'urgence. L'article 4, 2°, de l'AM du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art infirmier TPP soins intensifs et d'urgence prévoit en effet que l'on peut également conserver son titre professionnel particulier si l'on exerce sa fonction à raison de 1500 heures dans un service d'ambulances agréé au sein de l'AMU.

La seule solution consiste souvent à cumuler 2 emplois (ambulance 112 au sein du service d'incendie et emploi dans le cadre d'une FSUS en hôpital). Ceci ne nous paraît toutefois pas recommandé et posera sans aucun doute des problèmes (2 employeurs, 2 statuts, législation du travail, concurrence lors de l'établissement des horaires, etc.).

Mais ce n'est pas tout... En effet, une sortie du PIT permet justement à l'infirmier TPP SI et d'urgence d'exécuter les prestations techniques de soins infirmiers B1 réservés spécifiquement aux porteurs du TPP, à condition qu'ils soient décrits au moyen d'une procédure, et les actes médicaux confiés sur base d'**ordres permanents**. Ces actes préhospitaliers s'inscrivent dans le cadre de la FSUS et de l'AMU ; et il s'agit d'actes médicaux pouvant être posés par l'infirmier TPP SI et d'urgence en dehors de l'hôpital selon une procédure spécifique.

Nous renvoyons à ce propos à l'AR n° 78 du 10/11/1967, à l'AR du 18 juin 1990 et son annexe IV, et à la CM du 19 juillet 2007 relative à l'AR du 18 juin 1990. (On peut du reste se

---

<sup>2</sup> Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, AR du 18 juin 1990 et CM du 19 juillet 2007 relative à l'AR du 18 juin 1990: circulaire ministérielle relative à l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de

demander si l'AR n° 78 ne doit pas pouvoir permettre de poser aussi ces actes sans ordres permanents, en les autorisant expressément pour les infirmiers PIT.) **Seuls le chef de service médical des urgences, à savoir un urgentiste, et le médecin urgentiste présent peuvent porter la responsabilité de l'exécution de ces ordres permanents. Ces médecins sont également rares et il est recommandé qu'eux aussi exercent uniquement en milieu hospitalier.**

### Avis 1

**Le PIT est une fonction hospitalière couplée à une fonction soins urgents spécialisés.**

#### 2. Nous plaidons en faveur d'une autre définition de l'abréviation PIT

Pour le CNEH, la fonction hospitalière concerne la composante "**personnel infirmier**", à savoir l'infirmier TPP (titre professionnel particulier en soins intensifs et d'urgence) qui monte à bord de l'ambulance 112, ce qui fait précisément un PIT de cette ambulance 112. La terminologie PIT ou équipe paramédicale d'intervention, de l'anglais "Paramedical Intervention Team", a cet avantage que le terme peut être utilisé pour l'ensemble du pays, **mais elle ne correspond pas à la réalité!** Un infirmier n'est pas un paramédical et la terminologie EII (équipe d'intervention infirmière) serait plus adaptée. Il n'est pas évident de trouver un équivalent français. Une proposition acceptable a été faite, selon laquelle on maintiendrait l'abréviation PIT, non pas pour *Paramedical Intervention Team*, mais pour **Prehospital Intervention Team**. Il s'agit d'un compromis acceptable entre le français et le néerlandais, qui continue à faire référence à la mission de cette structure et au lien avec l'hôpital.

#### 3. Le PIT au sein de l'organisation hospitalière globale (organisation laissée à l'appréciation de chaque institution).

L'infirmier TPP/PIT doit toujours faire partie d'une équipe infirmière d'une "fonction soins urgents spécialisés" (FSUS). Si le PIT de cette équipe n'est pas de sortie, cet infirmier PIT, compte tenu de la volonté de créer une synergie financière positive, doit aussi pouvoir travailler au sein de l'hôpital la nuit et le week-end en dehors des urgences (FSUS). Ce doit être possible lorsqu'il n'y a pas assez de travail pour 3 infirmiers dans le cadre de la FSUS. Selon les normes FSUS, 2 infirmiers doivent toujours être disponibles (et au moins l'un d'eux doit être physiquement présent). Un service d'urgences avec PIT compte donc toujours 2 infirmiers avec TPP SI et d'urgence et 1 infirmier sans TPP (ou pas obligatoirement porteur d'un TPP). Il va de soi que ces 2 infirmiers doivent toujours être autorisés à quitter les urgences lorsqu'il n'y a pas de patient, et il incombe à chaque hôpital de s'organiser en interne pour travailler selon les normes.

---

qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, adressée aux organes de gestion des hôpitaux, des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des services de soins infirmiers à domicile, aux médecins praticiens et praticiens de l'art infirmier.

## PIT: avis

---

En effet, une FSUS avec PIT devra toujours compter au minimum 18 ETP (12 ETP soins d'urgence et 6 ETP PIT). Ces infirmiers forment un seul et même groupe et assument autant que possible à la fois les urgences et le PIT (et, le cas échéant, le SMUR si existant, mais il est alors question de 24 ETP) selon un système de roulement. Cette organisation leur permet d'entretenir leurs connaissances dans tous les sous-domaines.

Des infirmiers qui n'auraient pas suffisamment de travail aux urgences pourraient, par exemple, également travailler en soins intensifs, en salle d'opération ou dans une autre unité de soins, non pour que les normes minimales y soient garanties, mais pour que ces infirmiers, en fonction de la charge de travail, apportent une aide supplémentaire au personnel de base prévu selon les normes, tout étant en mesure à tout moment de donner suite à un appel PIT. Il est évident que cela ne peut avoir une incidence négative sur le temps de départ. Il faut donc surtout prendre en compte le temps de départ réel tel que l'enregistre le centre de dispatching 112. Le centre de dispatching peut toujours corriger le tir lui-même si le temps de départ diverge manifestement (temps de pénalisation).

Il faut également oser se demander si, en cas de niveau d'activité très bas du PIT pendant la nuit (par exemple, un appel en moyenne pendant la nuit), il ne convient pas d'essayer de trouver une norme adaptée plus souple pour la FSUS et le PIT conjointement. À cette fin, on pourrait se baser sur les données du CS100/112 pour étudier la probabilité qu'un appel PIT pendant la nuit concerne une urgence. Sur cette base, on pourrait appliquer une norme objective pour déterminer les cas dans lesquels le PIT peut intervenir avec des infirmiers légèrement en sous-nombre.

### 4. Définitions:

**Lieu d'agrément:** le lieu d'agrément est l'adresse de l'hôpital auquel la fonction PIT est attribuée et l'agrément délivré.

**Base:** la base est normalement le lieu de stationnement à partir duquel le PIT démarre lorsqu'il est appelé par le centre de dispatching 11. La base sert d'adresse au CS 100/112. Dans beaucoup de cas, c'est la même adresse que le lieu d'agrément.

**Lieu de départ:** le CNEH est d'avis que pour le PIT, la base et le lieu de départ doivent coïncider et normalement se situer sur le lieu de la FSUS de l'hôpital auquel l'agrément de la fonction PIT a été délivré (cf. annexe 1, A, situations 1, 2 et 3). Le PIT peut parfois démarrer d'un lieu autre que la base. Exemple: le PIT s'est mis inutilement en route et est rappelé en chemin par le dispatching 112 pour une intervention. Le PIT peut aussi être appelé lorsqu'il est en route vers la base depuis le lieu d'intervention et/ou l'hôpital dans lequel le patient a été emmené (lorsqu'il s'agit d'un hôpital autre que l'hôpital PIT) , + exception du PIT avancé.

Le lieu de départ est parfois différent de la base, par exemple lorsque des volontaires du service incendie partent de chez eux avec l'ambulance 112 pour se rendre jusqu'à la base (la caserne de pompiers) et y prendre quelqu'un, puis repartir. **Pour le PIT, cela ne nous paraît pas acceptable.**

Outre cette règle de base, le CNEH estime que le PIT doit également pouvoir être stationné **sur un site sans FSUS d'un hôpital fusionné, mais avec première prise en charge des urgences** (cf. annexe 1, A, situation 4), ou dans un hôpital autonome avec première prise en charge des urgences (cf. annexe 1, B, situation 2) si cet hôpital a conclu une association (cf. infra) avec un hôpital disposant d'une FSUS. Il va de soi que pour cette dérogation à la règle de base, il faudra définir des critères justifiant une telle implantation (cf. plus loin SLA ou accords de niveau de service et programmation).

### **PIT avancé:**

Un **PIT avancé** doit être possible dans certaines régions, en fonction du temps d'intervention (voir critères de programmation) (cf. annexe 1, C). Il s'agit d'un PIT dont le lieu de départ ou la base ne se trouve pas à l'hôpital, mais dont l'ambulance 112 a été relocalisée en dehors de l'hôpital (pas de distance maximale) et dont la composante PIT (à savoir l'infirmier TPP) appartient toujours à l'équipe infirmière d'une FSUS d'un hôpital proche doté d'une FSUS. Il doit donc être tout à fait possible qu'un infirmier travaille par pauses et successivement au sein d'une FSUS, du SMUR (si existant) et du PIT avancé. Il est alors essentiel que cet infirmier TPP passe au moins entre 70 et 80 % de sa durée totale de travail aux urgences, au SMUR ou dans le PIT. Bien entendu, une occupation à temps partiel au sein de ces services doit aussi être possible.

Ce PIT avancé devra toujours se rendre à l'hôpital le plus proche doté d'une FSUS, sauf exceptions prévues.

### **Accord sous-jacent: voir le point 6 ci-après**

#### 5. Collaboration entre hôpitaux

Si les hôpitaux souhaitent **organiser un PIT ensemble, une association** telle que prévue dans la loi sur les hôpitaux est recommandée, mais le nombre d'hôpitaux doit être quelque peu restreint (2 à 3 maximum), afin d'éviter un manque d'expertise. En effet, si le groupe d'infirmiers des urgences TPP/PIT qui participent est trop grand, la masse critique nécessaire à chacun pour acquérir l'expertise requise sera insuffisante. Le nombre de sorties de chaque infirmier PIT pourrait alors devenir insuffisant pour permettre à ces infirmiers d'acquérir l'expérience nécessaire.

### Avis 2

**En cas de collaboration entre hôpitaux dans le cadre d'un PIT, le CNEH plaide pour la création d'une association comme le prévoit la loi sur les hôpitaux. Si la création d'une association telle que prévue dans la loi sur les hôpitaux n'est pas possible, il est indispensable de mettre à tout le moins en place un groupe directeur chapeautant les hôpitaux.**

#### 6. Incidence sur les autres partenaires et collaboration avec d'autres partenaires

Il **ne** s'agit **pas**, dans un premier temps, de prévoir davantage de véhicules par le biais d'un PIT supplémentaire dans les régions qui comptent déjà suffisamment d'ambulances 112 en faisant chuter la masse critique d'autres ambulances 112 avec d'éventuelles retombées financières négatives (souvent, les recettes sont déjà insuffisantes, même dans le cadre actuel du nouveau financement de la FSUS) et avec le risque que des services jettent l'éponge (par exemple les corps des pompiers).

L'agrément de la fonction hospitalière PIT consistera donc en **l'agrément de la composante infirmière (niveau communautaire à venir), en plus de l'agrément d'une ambulance 112 bien souvent déjà existante (niveau fédéral AMU)**. Pour les ambulances 112, au moins un des deux secouristes-ambulanciers badgés 112 sera donc remplacé par un infirmier TPP SI et d'urgence.

L'ambulance 112, véhicule ayant donc ou non à son bord un secouriste-ambulancier dont disposera l'hôpital avec fonction PIT, pourra par conséquent appartenir à n'importe qui, à savoir aux pompiers, à la Croix-Rouge, à la Vlaamse Kruis, à un autre hôpital, à un service d'ambulances privé, etc.

L'essentiel, pour qu'une fonction PIT soit agréé, sera dès lors, si l'hôpital ne possède pas lui-même un agrément d'ambulance 112, l'existence d'un **accord sous-jacent** permettant d'établir qu'il existe une disponibilité de 24h sur 24 (ou de 12h sur 12h, voir plus loin) entre l'hôpital doté d'une fonction PIT et une ambulance 112, de sorte que le centre d'appel 112 (CS 100) puisse envoyer l'ambulance. Cet accord définira les droits et obligations réciproques des partenaires. Il est évident que l'hôpital avec fonction PIT pourra aussi mettre à disposition les secouristes-ambulanciers en plus de son propre infirmier TPP SI et urgence ou 2 infirmiers (1 infirmier + l'infirmier TPP SI et d'urgence). Des "formes mixtes" (emploi interne et externe) pourront également être acceptées pour ces secouristes-ambulanciers (cf. annexe 1, A, situation 2).

L'important est toujours qu'indépendamment de la composition de l'équipe et des structures hiérarchiques dont dépendent les membres d'une équipe PIT, l'infirmier PIT ait la direction de l'équipe sur place en termes de secours, sous la supervision du médecin urgentiste, du médecin-chef de service urgentiste et de l'infirmier en chef de la FSUS, et que les ordres permanents soient rigoureusement respectés.



## PIT: avis

---

Lorsque le secouriste-ambulancier n'est pas présent dans l'hôpital sur le lieu de la base permanente/le lieu de départ et à condition que la caserne de pompiers soit située au maximum à 2 minutes/2 kilomètres de ceux-ci, une collaboration est possible après approbation de la Commission provinciale de l'aide médicale urgente (COAMU). L'utilisation de pompiers, secouristes-ambulanciers, dans les hôpitaux périphériques lorsqu'il n'y a pas de sorties PIT n'est pas évidente. Le recours aux pompiers d'une caserne située à proximité (et cela arrive) est une synergie à retombées financières positives tant pour le service incendie que pour l'hôpital. Ces pompiers, secouristes-ambulanciers porteurs du badge 112, peuvent accomplir un travail utile dans la caserne et rester disponibles pour des sorties PIT. Nous renvoyons ici à l'annexe 1, A, situation 3, où nous proposons une solution raisonnable. Ces solutions pragmatiques sont à regarder dans notre recherche d'une collaboration maximale de tous les acteurs et en partant de la considération que l'aide médicale urgente est dans une situation de sous-financement complet.

L'objectif doit donc être de revaloriser les ambulances 112 existantes et dans cette optique, **toutes les formes de collaboration** sont possibles pour obtenir l'agrément du PIT. Il va de soi que dans les régions ou villes qui ne disposent pas de suffisamment de véhicules selon les SLA ou accords de niveau de service (voir plus loin), il doit être possible de créer des ambulances 112 supplémentaires par le biais de l'agrément PIT. S'il n'y a pas d'ambulances 112 à proximité de l'hôpital et qu'une revalorisation n'est donc pas possible, l'hôpital peut demander un agrément à la COAMU territorialement compétente. Celle-ci effectuera une enquête et pourra procéder à l'agrément d'une ambulance, qui pourra alors être revalorisée en PIT. On agrée donc en fait une ambulance supplémentaire selon les critères du service 100/112, après évaluation de la nécessité d'une ambulance.

### **Avis 3**

**Nous plaidons pour encourager toutes les formes de collaboration en vue d'une revalorisation, sur la base du modèle PIT, des ambulances 112 déjà existantes. Dans les cas où un PIT a une forte incidence sur le fonctionnement des autres ambulances 112 de la région, nous préconisons une concertation maximale et de bons accords entraînant une amélioration de la qualité. À chaque agrément d'un PIT, un groupe directeur devrait également pouvoir être créé, soit localement, soit au sein de la COAMU où les partenaires de la région dans laquelle le PIT a été agréé dialoguent.**

### 7. Vers des systèmes plus flexibles et plus dynamiques ?

Jusqu'à présent, nous appliquons dans le cadre de l'agrément des fonctions hospitalières, des modèles avec lesquels c'est toujours tout ou rien. Si un hôpital dispose par exemple d'un SMUR, celui-ci doit être disponible 24 h sur 24. La question se pose de savoir si nous ne devons pas nous diriger vers des systèmes **plus flexibles et plus dynamiques**, pour des raisons budgétaires notamment, mais aussi en fonction de la demande de soins croissante. Il va de soi bien entendu que la flexibilité du système ne mènera ni ne saurait mener à une baisse de qualité ou d'efficacité pour la santé publique.

Un PIT dans une région où il n'y a pas de SMUR dans le délai acceptable fonctionnera de préférence 24 h sur 24.

## PIT: avis

Et un système flexible n'est pas non plus possible pour les PIT avancés, car dans les régions reculées, ils doivent justement être disponibles 24 h sur 24, quelle que soit la charge de travail (compte tenu des besoins spécifiques dans ces régions dus à la distance, au temps de trajet ou au risque), mais il faut pouvoir l'envisager dans les plus grands centres.

Nous pensons par exemple aux grands centres dans lesquels 2 SMUR sont disponibles en journée et où l'on passe à 1 SMUR et 1 PIT la nuit en fonction du niveau décroissant d'activité de la région. On peut aussi faire la distinction entre les week-ends et les jours de semaine, entre le jour et la nuit. On prévoirait alors, outre le système de 24 h sur 24, un système de 12 h sur 12, où le premier SMUR serait actif 24 h sur 24 et où aux périodes creuses, le 2e SMUR deviendrait un PIT fonctionnant 12 h sur 12. De tels systèmes devront être considérés au niveau d'une région et impliqueront aussi la collaboration de plusieurs hôpitaux dans cette région.

Le manque de personnel (infirmiers spécialisés et médecins urgentistes) et de moyens (restrictions budgétaires), mais aussi la limitation de la charge sociale par une réduction du nombre de gardes doivent nous inciter à utiliser plus efficacement les moyens et à encourager des modèles plus dynamiques. Cela doit être en rapport avec les fluctuations de la demande de soins. Il est probablement possible de se baser sur les statistiques des centres d'appel 112 pour établir s'il existe des arguments permettant d'envisager un tel système dynamique dans certains centres ou régions en fonction des fluctuations de la charge de travail. Un système dynamique est aussi un système dans lequel **le SMUR peut être mobilisé plus efficacement et où le médecin urgentiste du SMUR est moins dépêché sur place**, car il peut effectuer un travail plus utile au sein du service des urgences, où la charge de travail est très grande. Si la régulation médicale le permet, on pourrait envoyer le PIT au lieu du SMUR lorsque ce dernier n'est vraiment pas nécessaire.

Or, nous n'arrêtons pas de constater que le nombre de sorties de tous les moyens augmente fortement et qu'il s'agit parfois pour les 5 dernières années d'une augmentation de plus de 25 à 30 %. Par ailleurs, nous constatons également que le nombre de sorties SMUR ne baisse pas de manière significative, là où un PIT est également appelable. Cette croissance de la demande ne peut que nous inciter à optimiser encore et toujours la mobilisation des moyens. Des systèmes plus flexibles et plus dynamiques devront évidemment aussi se traduire dans le financement qui sera différent selon le système choisi ou la combinaison de systèmes souhaitée (24 h sur 24, 12 h sur 12).

La croissance évoquée plus haut ressort clairement, par exemple, des statistiques récentes de la province d'Anvers, où l'on peut également observer que les sorties PIT ne font pas baisser les sorties SMUR :

		AMBULANCES					
		2007	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL PROV. D'ANVERS (N)		63952	72663	77337	76368	79967	84118
TOTAL PROV. D'ANVERS (%)		100	113,62	120,92	119,41	125,04	131,53
		PIT					
		2007	2009	2010	2011	2012	2013

## PIT: avis

TOTAL PROV. D'ANVERS (N)		518	1980	2700	2805	2844
	SMUR					
	2007	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL PROV. D'ANVERS (N)	14468	15546	15725	15764	17560	17440
TOTAL PROV. D'ANVERS (%)	100	107,45	108,69	108,96	121,37	120,54

	2007	2009	2010	2011	2012	2013
Proportion SMUR/ambulance (%)	22,62	21,39	20,33	20,64	21,96	20,73
Différence de proportion		94,57	89,88	91,24	97,06	91,64
Proportion SMUR/(amb.+PIT) (%)	22,62	21,24	19,83	19,94	21,21	20,05
Proportion (SMUR+PIT)/amb.	22,62	22,11	22,89	24,18	25,47	24,11

Soit dit en passant, un système dynamique permettrait également, en cas de catastrophe, de renforcer un PIT en tant que SMUR en mettant un médecin à sa disposition et en faisant du PIT un "PIT plus" (cf. expérience menée à Bruges, à l'AZ Sint-Jan et à l'AZ Sint-Lucas).

Ce **PIT plus** pourrait aussi être activé en dehors des PIM (plans d'intervention médicale), mais il faudra alors démontrer en journée néanmoins qu'il y a un deuxième urgentiste dans la FSUS et qu'un urgentiste (de garde) est appelable la nuit. Il appartiendra alors au centre 112 d'appeler le **PIT plus** à défaut de SMUR.

#### **Avis 4**

**Le CNEH plaide en faveur d'une étude de systèmes plus flexibles et plus dynamiques dans l'AMU, et l'on pourrait, par exemple après l'agrément des PIT sur la base des critères de programmation indiscutables, mettre en place des projets pilotes supplémentaires pour vérifier la faisabilité de ces systèmes flexibles et dynamiques.**

#### 8. Régulation médicale dans les centres de dispatching 112

Autre question essentielle : 'Quelle interférence y a-t-il entre les différents moyens ?'.

Dans la situation actuelle, il est fréquent qu'un appel donne finalement lieu au déplacement d'une ou deux ambulances 112, avec ou sans SMUR et PIT. C'est évidemment une question de régulation et il importe que nous commentions quelque peu la régulation actuelle (manuel belge de la régulation médicale - version mai 2013). Dans un premier temps, le préposé pose une série de questions, en fonction desquelles un type de véhicule est envoyé sur la base des instructions du manuel. Le manuel est assez clair : on envoie soit une ambulance 112 et un SMUR (rouge - très grave à grave – urgence vitale avérée), soit un PIT (vert - sévère à modéré – urgence vitale grave à potentielle), soit une ambulance 112 seule (bleu - léger - situation urgente).

## PIT: avis

---

Si des moyens ne sont pas disponibles dans un délai raisonnable, un SMUR par exemple, il n'est pas impossible que l'on passe à un PIT. Les dispatchings locaux ajoutent parfois aussi leurs propres interprétations de ce manuel en s'appuyant ou non sur d'autres décisions de la commission provinciale de l'AMU.

Lorsqu'un PIT doit être envoyé selon l'arbre décisionnel, on examine par exemple aussi le temps que va mettre le véhicule d'intervention en se basant sur ses temps de départ (à quelle vitesse le véhicule se met-il généralement en route), les distances, mais aussi les vitesses autorisées sur les routes. S'il ressort de ces éléments, par exemple, qu'un SMUR et une ambulance 112 ordinaire peuvent être sur les lieux cinq minutes plus tôt que le PIT, le SMUR et l'ambulance 112 sont envoyés quand même. Dans certaines régions toutefois, le PIT fait à la fois office de PIT et d'ambulance 112 ordinaire, et le SMUR ou une autre ambulance 112 arriveront toujours sur les lieux plus de cinq minutes après. L'offre globale de la région est donc un facteur déterminant.

Si 3 véhicules se rendent sur le lieu de l'incident, il est possible que seul le déplacement de 1 ou de 2 véhicules puisse être facturé, et il est fréquent que l'ambulance 112 ordinaire fasse inutilement le déplacement et ne puisse rien facturer. L'ambulance 112 appartient par ailleurs bien souvent aux pompiers qui, de par la proximité du PIT, voient fortement chuter le nombre d'appels, mais aussi leurs recettes. Si les effectifs à bord de cette ambulance 112 sont des volontaires, leur masse critique diminue, mais également leurs connaissances et leur motivation. Le risque est grand de voir cette ambulance disparaître à terme, même si elle est opérationnelle dans une région où personne d'autre n'assure l'aide médicale urgente. Les règles de la régulation médicale devront donc faire l'objet d'une évaluation critique en fonction d'une mobilisation correcte des véhicules. [Les critères de sortie doivent être évalués à intervalles réguliers afin de limiter les sorties à 3 véhicules à un strict minimum.](#)

### **Avis 5**

**En attendant, nous plaidons pour que dans le cadre d'une régulation médicale conformément au manuel et en fonction du degré de gravité, une ambulance 112 avec SMUR ou un PIT seul soient envoyés et non un PIT simultanément avec un SMUR. Le PIT sur place peut alors encore appeler le SMUR si, après évaluation sur les lieux, la gravité de l'appel le requiert. Nous plaidons en même temps pour évaluer la régulation à intervalles réguliers et pour la corriger, le cas échéant.**

### 9. Programmation

Nous arrivons ainsi à la problématique de la **programmation**. La question se pose de savoir quelle régulation est appliquée, mais donc également de quels véhicules il faudrait disposer pour pouvoir garantir à chaque citoyen de ce pays un minimum d'aide médicale urgente. Il s'agit donc des ambulances 112, du PIT, du SMUR et des hélicoptères SMUR.

Un consensus s'est dégagé, dans le secteur de l'aide médicale urgente, sur la nécessité de SLA ou d'accords de niveau de service.

On ne plaide pas en faveur de chiffres absolus, à savoir dans "100%" des cas, il faut par exemple atteindre des temps de 15 minutes entre le moment où l'appel est passé et le moment où le véhicule se trouve sur place.

La préférence va à un objectif plus réaliste: par exemple dans 90 ou 95 % des cas, la norme de 15

## PIT: avis

---

minutes après l'appel pour le SMUR et le PIT et de 10 minutes après l'appel pour l'ambulance 112 doit être respectée chaque fois que la régulation propose l'un de ces véhicules. Ceci est évidemment aussi une question de disponibilité des véhicules. La présence d'un PIT est assurément recommandée dans tous les grands centres, mais aussi sur les lieux (communes plus rurales ou petites zones urbaines) où l'intervalle médical libre est toujours trop long pour le SMUR intervenant.

Dans ces situations, comme nous l'avons déjà précisé, il est préférable d'envoyer un PIT et que le PIT attende le SMUR sur place ou appelle lui-même le SMUR, si nécessaire. L'envoi d'une ambulance avec SMUR et d'un PIT n'est pas recommandé dans ce cas, car l'une des ambulances devra revenir sans être intervenue sur le fond.

Les SLA ne doivent donc pas être considérés distinctement pour chaque type de véhicule (sauf si une région ne dispose que d'un type de véhicule), mais dans le cadre de l'action conjointe de tous les véhicules (ambulances 112 et SMUR, hélicoptères SMUR, PIT) et de leurs possibilités.

Les SLA ou accords de niveau de service seront donc plutôt réalisés sur la base d'une espèce de matrice issue de la combinaison du temps/distance (en combien de temps le véhicule est-il sur les lieux de l'incident), de la compétence (quels aidants sont nécessaires dans le cadre de la demande de soins sur la base des questions posées) et du type de véhicule (ambulance 112 avec ou sans SMUR, SMUR, hélicoptère SMUR et PIT).

L'autorité pourrait également travailler par étapes en visant au départ un SLA de 90 % et en tentant à terme d'atteindre 95 % après un bon enregistrement.

Ces objectifs peuvent sembler évidents, mais les chiffres actuels des centres d'appel montrent que ces accords de niveau de service ne sont souvent pas atteints actuellement.

Ces SLA sont inexistantes jusqu'ici, mais il faut apporter quelques nuances.

Il existe bien une programmation pour les SMUR dans ce pays (voir annexe 3) et on peut lire à l'article 6bis, alinéa 3, de l'arrêté royal du 2 avril 1965 (voir annexe 2), que l'objectif est que la plus grande partie de la population puisse être desservie par la route, à la vitesse maximum autorisée, dans un délai de 10 minutes et, subsidiairement, que la population non desservie dans les mêmes conditions dans un délai supérieur à 15 minutes soit la plus petite possible.

On peut évidemment agréer chaque PIT qui satisfait aux normes d'agrément et ainsi créer un système ouvert tel que celui qui s'applique du reste aux "fonctions soins urgents spécialisés", mais lorsque l'on voit que par le passé ces FSUS, malgré les mêmes obligations d'agrément pour tous les services, ont été financées de manière tout à fait différente dans de nombreux hôpitaux périphériques (surtout dans les petits hôpitaux périphériques), il faut se poser des questions pour le PIT. Cela ne peut se reproduire. Il faudrait donc pouvoir prévoir une programmation comme objectif final, mais il faudrait également faire augmenter progressivement le nombre de PIT du pays en fonction des possibilités budgétaires. On obtiendrait ainsi une affectation par groupes, chaque nombre à répartir par Communauté/Région étant déterminé lors de chaque augmentation. En cas de demandes plus nombreuses que les possibilités budgétaires, la préférence devrait aller aux demandes qui, en plus de satisfaire aux normes d'agrément, contribuent également à la réalisation, dans une région, des SLA prévus et impossibles à atteindre pour l'agrément du PIT. Ainsi, en cas de restrictions budgétaires par exemple, dans les régions où le trajet du SMUR est toujours trop long, les agréments de PIT devraient avoir la priorité lors de l'attribution des agréments. Il existe aujourd'hui des PIT non officiels qui

## PIT: avis

---

pourraient parfaitement répondre aux normes, mais qui ne sont pas repris dans l'expérience et ne peuvent donc pas être appelés en tant que PIT par le centre d'appel 112.

Le rapport PIT 2009-2010 aborde aussi dans ses annexes la question de la programmation (voir point 7, page 91). L'étude qui y a été faite donne la direction dans laquelle la programmation peut évoluer. Il y est également fait référence à un SLA prévoyant qu'un véhicule AMU disposant d'une capacité ALS (*Advanced Life Support*) doit être à la disposition du patient dans un délai moyen de 15 minutes. Selon la **première hypothèse de travail** avancée, toutes les "fonctions soins urgents spécialisées" agréées devraient avoir un PIT. Le temps de trajet moyen est de 15 minutes. On voit sur la carte les zones non couvertes, surtout dans la partie francophone du pays. Ce scénario est même qualifié d'irresponsable, tant au niveau de la superficie couverte qu'au niveau des moyens budgétaires requis. Dans la **deuxième hypothèse de travail**, on considère les PIT (PIT existants et nouveaux PIT à déployer – combien ?) et les SMUR conjointement en se basant sur un temps de trajet de 15 minutes (95 % des appels). On voit sur la carte où le SLA est atteint en ce qui concerne les actes ALS. La couverture est assez bonne en Flandre, des problèmes se posent uniquement dans la région de Diksmuide et d'Aarschot- Heist-op-den-Berg. La partie francophone du pays affiche toujours des zones non couvertes. C'est surtout là que des PIT avancés ou d'autres solutions sont nécessaires. Le dernier scénario associe tous les types de véhicules, y compris donc les ambulances 112, et prend en considération un temps de trajet de 15 minutes (cf. annexe 4).

Nous reprenons ici intégralement le texte du rapport PIT (p. 94) :

Sur base de cette carte de programmation, nous obtenons une solution dans laquelle quasiment chaque patient est atteignable par une ambulance endéans les 10 minutes ou par un PIT endéans les 15 minutes.

Si nous impliquons ensuite les services SMUR dans la programmation, nous constatons que le temps de trajet de ces trois moyens sur la plus grande partie du territoire belge est acceptable.

Il reste toutefois encore quelques zones problématiques en termes de programmation de moyens et de délais d'arrivée sur place. Ces zones sont situées dans les provinces de Namur et du Luxembourg, au nord d'Aarschot à la frontière avec le Brabant flamand - Anvers et autour de Diksmuide dans la province de Flandre occidentale.

Pour ces zones particulières, le problème est qu'il n'existe pas suffisamment de services d'urgences spécialisés se trouvant à une distance raisonnable. Sous certaines conditions, cette difficulté pourrait être gérée via l'installation d'un PIT délocalisé.

Le CNEH estime qu'hormis le temps de trajet et la distance, dont résulte souvent le temps de trajet (le temps de trajet peut, par exemple, aussi être imputable à la densité du trafic, aux limitations de vitesse, etc.), d'autres critères peuvent peut-être être pris en compte dans le cadre de la programmation des PIT. Nous pensons aux lieux présentant des risques extrêmes (par exemple les entreprises classées SEVESO), mais également à la densité de la population.

## PIT: avis

---

Ainsi, on obtient deux critères, le premier ayant dans notre pays manifestement la priorité:

1) le temps pour atteindre des personnes, déterminé par :

- le **temps**,
- la **distance** (par exemple en province de Luxembourg);

2) l'utilisation objective des moyens, déterminée par :

- la présence de **risques supplémentaires ou extrêmes** (par exemple les zones de canal avec entreprises chimiques), mais la question reste de savoir s'il faut plus de secours quotidiens à ces endroits. Des problèmes s'y posent surtout au niveau de la mise en place d'un PIM, mais nous n'aborderons pas le sujet des plans d'urgence dans cet avis. Il faut poursuivre l'analyse à cet égard;
- la **densité de population** : la distance et le temps ne sont pas trop mauvais, mais l'incidence prend de l'ampleur en raison de la densité de population (par exemple Aarschot, Heist-op-den-Berg).

### **Avis 6:**

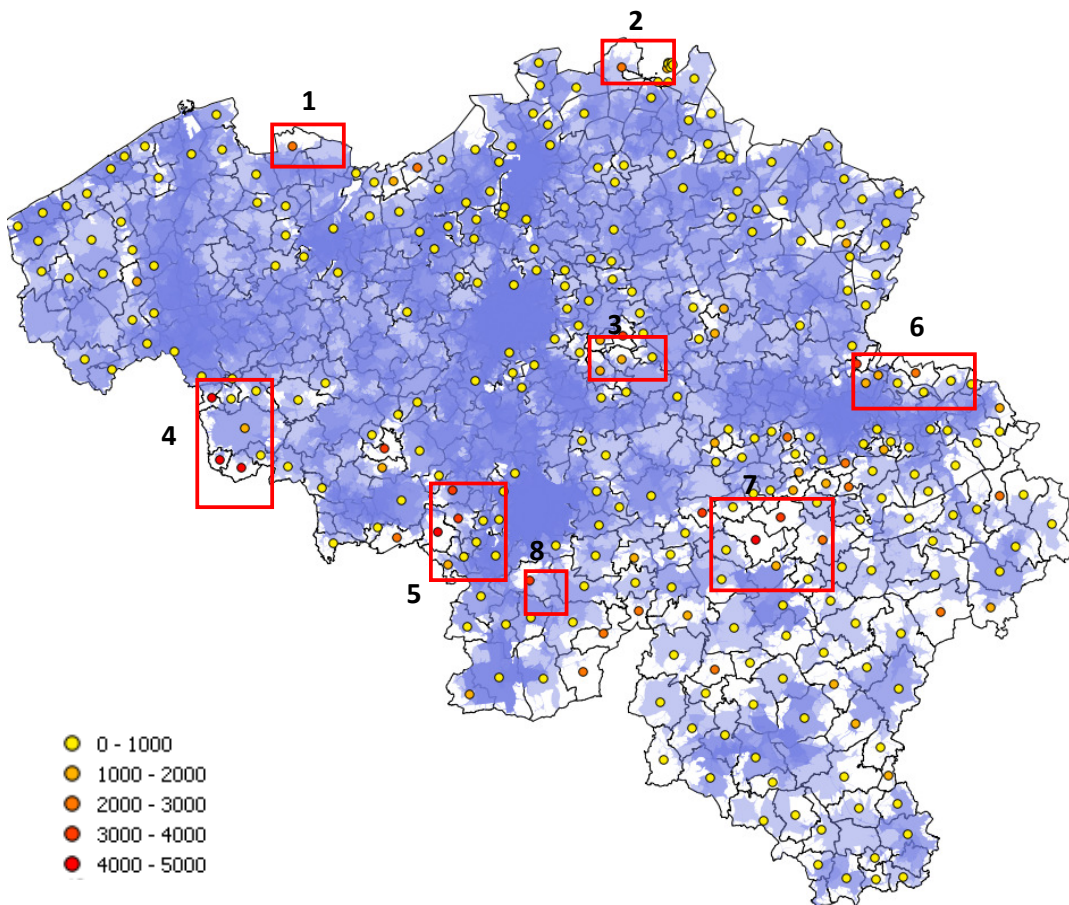
**Le CNEH estime qu'une programmation est indiquée et que la programmation est à publier en même temps que les normes d'agrément. Il s'agit de critères de programmation fondés sur des SLA ou accords de niveau de service.**



### Mise en œuvre pratique des critères de programmation

S'agissant des critères de programmation, nous formulons ci-après des propositions concrètes après une étude approfondie.

Comment avons-nous procédé ?



#### Étape 1 :

Débutons l'exercice par l'examen d'une carte de Belgique. Sur cette carte, les zones en bleu sont couvertes par les **ambulances 112**. Plus le bleu est intense, plus il y a d'ambulances à disposition. Les zones en blanc sont clairement celles où il y a pénurie d'ambulances 112. Ces zones ont été couplées aux données démographiques et sont représentées par des points. Plus les points sont rouges, plus il y a d'habitants non desservis par une ambulance 112. Par exemple, les points les plus rouges représentent une commune de 4000 à 5000 habitants non desservis en temps utile par une ambulance 112. Utilisons cette carte pour programmer éventuellement les PIT **en tant que poste avancé**. En effet, si nous pouvons implanter aussi dans ces régions un **PIT avancé**, nous résolvons d'emblée le problème de pénurie d'ambulances 112, car ces PIT peuvent alors également jouer le rôle d'ambulances 112 ordinaires dans ces régions. Si le souhait est de programmer aussi les ambulances 112, cette carte devient évidemment un instrument politique, car il faudra attribuer des ambulances 112 supplémentaires là où il y a des zones blanches liées aux points rouges.



## PIT: avis

Les régions les plus marquantes ont été encadrées et sont énumérées ci-après.

<b>1</b>	<b>2365</b>	SINT-LAUREINS	<b>5</b>	3906	LA LOUVIERE
				3184	BINCHE
				4590	ESTINNES
				2682	QUÉVY
				<b>14362</b>	<b>TOTAL</b>
<b>2</b>	<b>2632</b>	HOOGSTRATEN			
<b>3</b>	3824	BIERBEEK	<b>6</b>	3157	BASSENGE
	1556	OUD-HEVERLEE		1031	OUPEYE
	1626	BEAUVECHAIN		1148	VISÉ
	1898	GREZ-DOICEAU		2949	VOEREN
	<b>8904</b>	<b>TOTAL</b>		<b>8286</b>	<b>TOTAL</b>
<b>4</b>	4240	ESTAIMPUIS	<b>7</b>	3136	GESVES
	4234	RUMES		4816	HAVELANGE
	4443	BRUNEHAUT		3868	CLAVIER
	1063	Tournai		11820	TOTAL
	<b>13981</b>	<b>TOTAL</b>			

### Étape 2 :

Une carte interactive a été élaborée par les spécialistes GIS de l'UGent qui permet une sélection des différents items en les cochant un par un.

Cette carte est disponible sur: <http://cartogis.ugent.be/pit/>

Les possibilités de sélection suivantes y sont reprises: voir signe + en haut à droite de la carte.



La carte dispose à gauche d'un curseur ou mécanisme de navigation permettant de se déplacer vers la gauche ou vers la droite et de rétrécir (min) ou d'agrandir (plus) l'image.

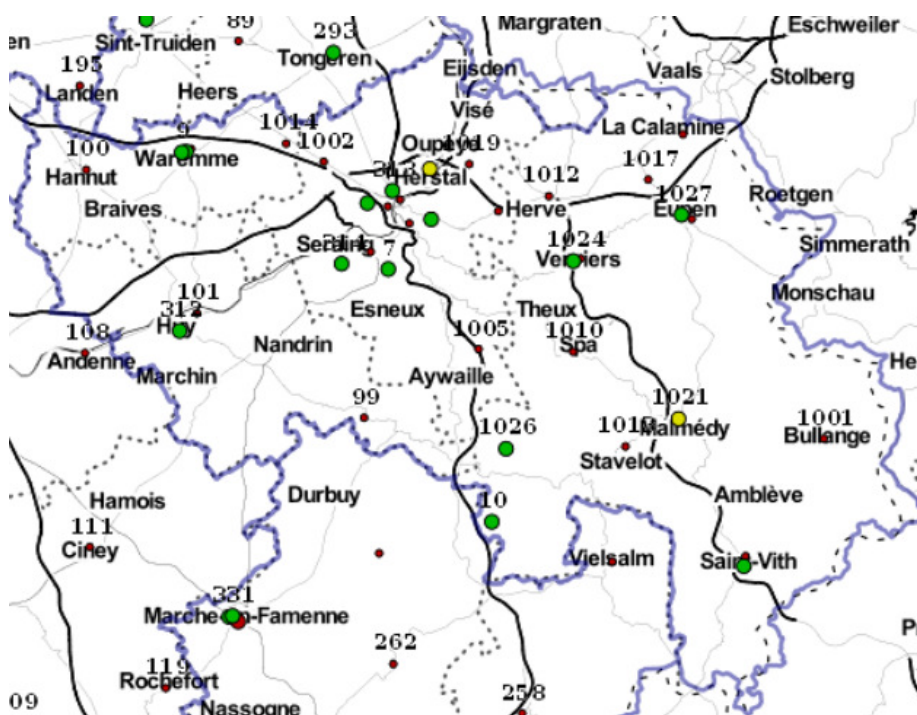
Cette carte permet également un zoom jusqu'au niveau de la rue et la carte est couplée au nombre d'habitants, aux distances et aux temps de parcours des véhicules ordinaires et prioritaires (voir plus loin).

Le mieux est de lancer la carte en ouvrant d'abord la carte de base (un voile semi-transparent apparaît qui permet de mieux orienter les zones), puis en cochant les provinces parce que l'AMU est toujours examinée au niveau provincial et que chaque province dispose d'un centre de dispatching 112.

Cochez ensuite les ambulances 100/112, PIT et SMUR existants de façon à voir où ceux-ci sont implantés actuellement (bases AMB/PIT/SMUR). Un point vert indique un SMUR. Lorsqu'un SMUR est exploité en association par deux hôpitaux avec un roulement, un point vert apparaît pour les deux hôpitaux. Ainsi, par exemple, il y a deux SMUR agréés à Gand, mais on voit trois points verts parce que deux hôpitaux, à savoir AZ Sint-Lucas et AZ Jan Palfijn, exploitent conjointement un SMUR en association avec un roulement. Un point jaune/vert clair indique un projet de PIT à l'étude et un point rouge une ambulance 100/112.

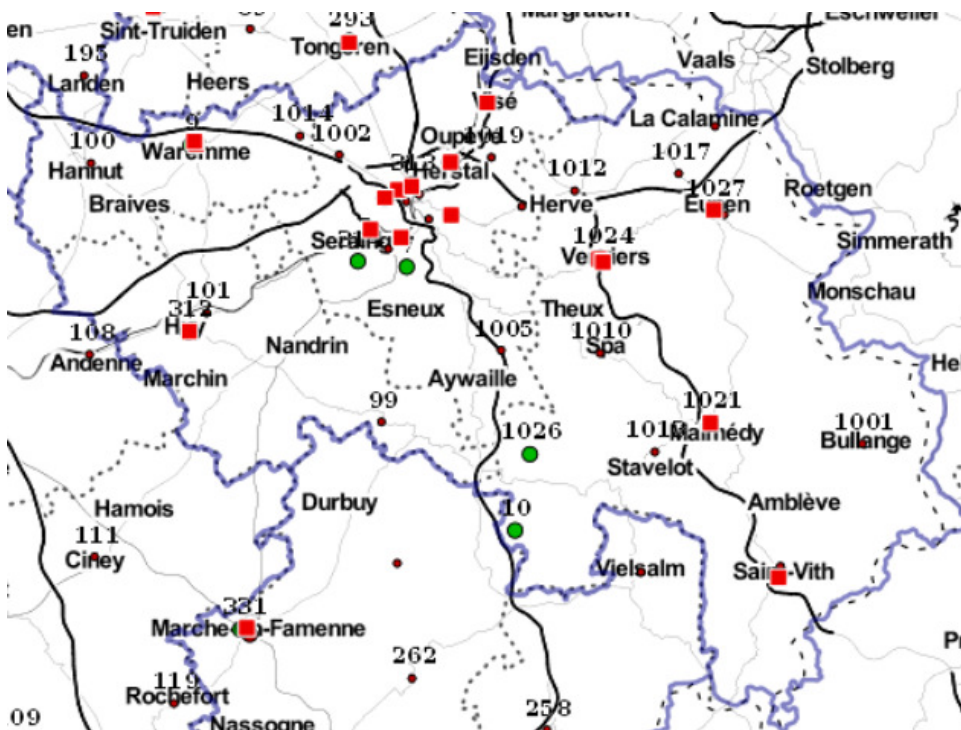
## PIT: avis

Pour la province de Liège, le résultat est le suivant:



Cochez ensuite les urgences (FSUS) (carré rouge Ziekenhuis Spoed) et vous obtenez pour chaque service d'urgences un petit carré rouge; vous pouvez visualiser les moyens en relation avec les hôpitaux.

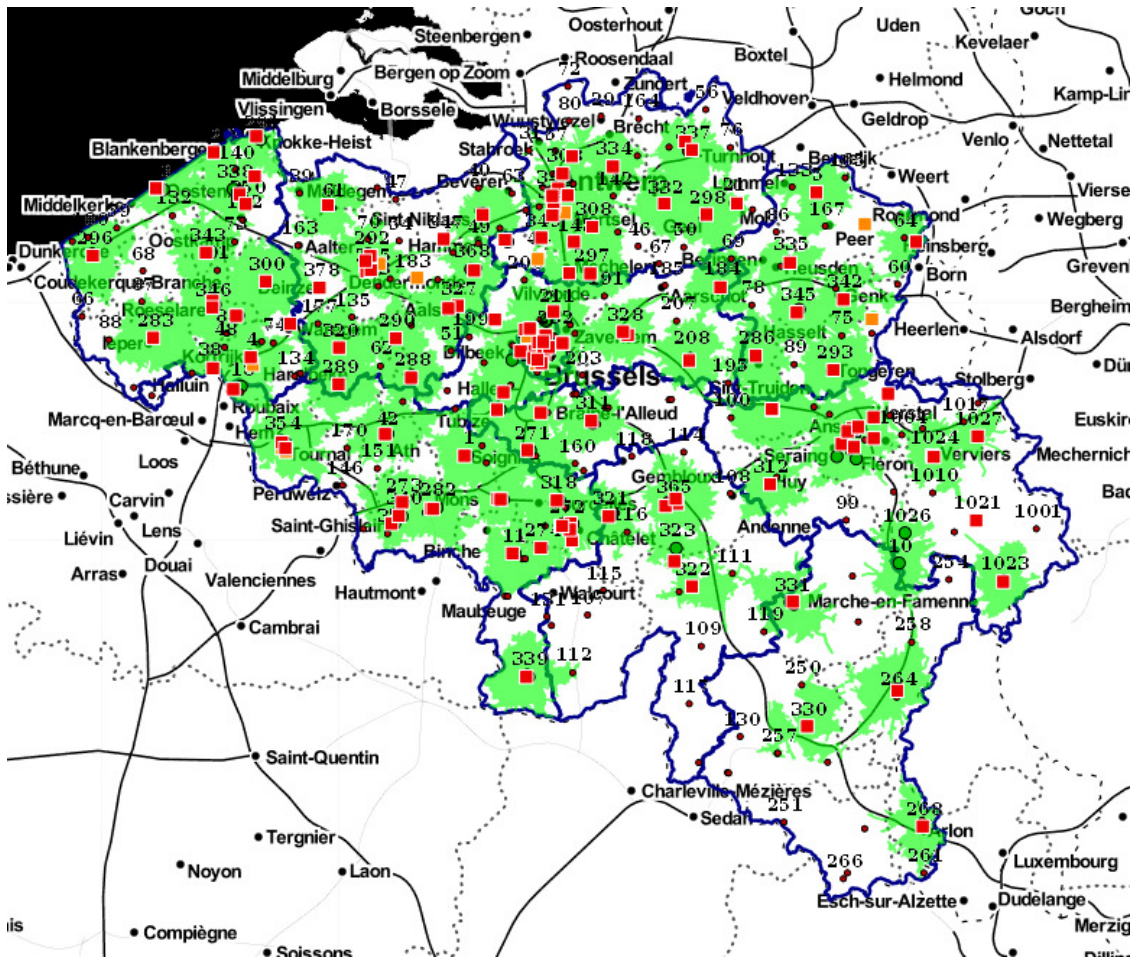
Pour la province de Liège, la carte se présente alors comme suit:



Étape 3 :

Avec les spécialistes GIS de la faculté de géographie de l'UGent, les zones d'intervention théoriques des SMUR existants ont été cartographiées. Les zones vertes sur la carte indiquent celles où le SMUR, en tant que véhicule prioritaire, peut être présent sur place dans 90% des cas endéans les 15 minutes suivant l'appel (= 2 minutes de délai d'activation + 13 minutes de temps de parcours), selon un calcul par la route.

Pour faire apparaître les zones vertes, il suffit de cocher l'option "zone verte SMUR".



Zones de desserte SMUR actuels < 15 minutes, 90% (carte consultable en mode interactif sur <http://cartogis.ugent.be/pit>)

## PIT: avis

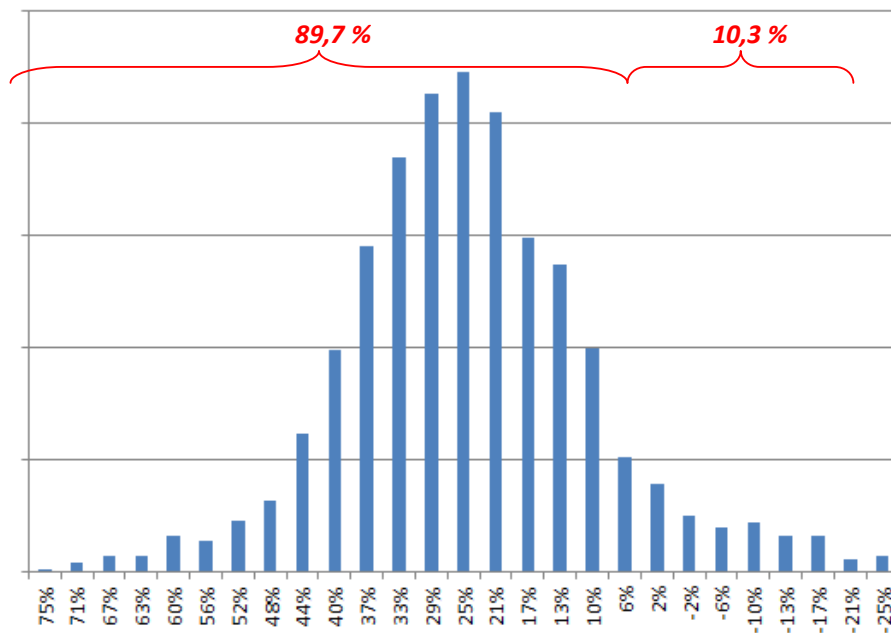
Examinons ci-après les zones SMUR.

Pour cette étude des temps de parcours, on a utilisé les vitesses moyennes réelles par tronçon de route fournies par TOMTOM. TOMTOM peut nous fournir par minute le temps de parcours moyen des usagers de la route ordinaires d'un point A à un point B à tout moment du jour ou de la nuit. Cette approche théorique a été comparée avec les temps de parcours réels enregistrés par les centres de dispatching 112 (CAD ASTRID) de Flandre orientale et du Brabant flamand.

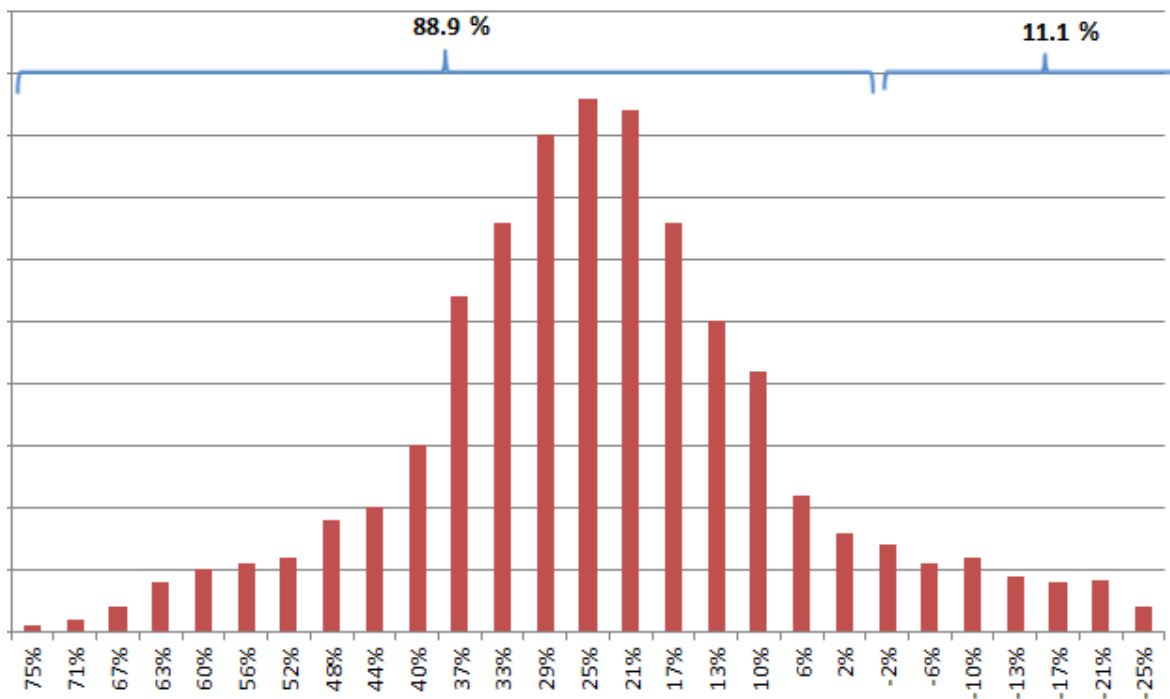
Comment faut-il interpréter les courbes de Gauss ci-après?

Prenons par exemple en Flandre orientale la ligne de 44% qui concerne le nombre de trajets où la vitesse de roulage en kilomètres par heure a été de 44% supérieure à la vitesse moyenne d'un véhicule non prioritaire sur le même parcours. On voit ainsi en haut la courbe de Gauss indiquant que dans 10,3% des trajets, la vitesse d'un véhicule prioritaire a été inférieure à celle d'un véhicule non prioritaire et que pour près de 90% du nombre de trajets (89,7%), la vitesse est supérieure.

Pour le Brabant flamand, la courbe de Gauss est à interpréter de la même manière.



*écart entre temps de parcours calculés et réels en Flandre orientale*



*écart entre temps de parcours calculés et réels en Brabant flamand*

En Brabant flamand, les écarts entre temps de parcours théoriques selon le modèle et temps de parcours réels selon les observations sont similaires à ceux de Flandre orientale.

### CONCLUSION 1

**La vitesse d'une ambulance ou d'un véhicule prioritaire est en moyenne supérieure d'environ 25%, dans les deux provinces, à celle d'un véhicule non prioritaire (données historiques fournies par TOM TOM).**

**On peut également en conclure que dans 90% des cas, le délai maximal de 15 minutes est respecté dans les zones vertes.**

Il résulte de tout ceci qu'outre l'agrément, la programmation et la régulation médicale des PIT, la cartographie (tant les tronçons de route que les vitesses par tronçon et les délais d'activation) qui constitue la base du dispatching dans les centres 112, est tout aussi importante pour les PIT. Il s'agit d'un sujet délicat qui fait continuellement l'objet de discussions, même au parlement (cf. les nombreuses questions parlementaires).

En ce qui concerne le principe du "*moyen le plus rapide et le plus adéquat*", le manuel de la régulation médicale détermine le moyen le plus adéquat, tandis que le système ou l'ordinateur du centre de dispatching définit le moyen le plus rapide. La question est alors avant tout de savoir quelle cartographie doit figurer dans le système et, dans une optique pluridisciplinaire, il faudrait utiliser la même cartographie pour la police, les pompiers et la discipline médicale. Un consensus existe à ce sujet et le souhait est d'adopter la cartographie de l'Institut géographique national (IGN). Reste à savoir quelle série de paramètres (vitesses et délais d'activation) il faut lui appliquer. Il appartient à l'autorité de décider de l'outil à installer dans l'ordinateur. On peut adopter les vitesses des véhicules non prioritaires et de l'utilisateur de la route ordinaire (modèle purement théorique), et ce point de vue se défend parce que cet élément est alors identique pour tous, mais on peut aussi appliquer les temps TOM TOM (modèle toujours plus réaliste). Enfin, on peut également adopter notre modèle qui révèle qu'un véhicule prioritaire circule en moyenne



## PIT: avis

25% plus vite qu'un usager de la route ordinaire et introduire cette réalité comme paramètre recommandé dans l'ordinateur, ce qui après vérification s'avère faisable et utilisable.

Lorsqu'un moyen est disponible, comme un SMUR par exemple, ce SMUR dans cette zone verte est automatiquement le moyen le plus rapide et le plus adéquat en fonction des vitesses réelles. Cet élément doit évidemment être évalué et adapté de manière évolutive. Cette approche pourrait être combinée à un système dynamique permettant l'envoi d'un SMUR, à nouveau disponible mais pas encore rentré à sa base, grâce à l'AVL (localisation automatique des véhicules, *automatic vehicle localization*) et en vertu des mêmes principes (à savoir que de ce lieu vers celui de l'appel, il circule en moyenne 25% plus vite qu'un véhicule non prioritaire).

Une étude plus poussée du système CityGis révèle, sur la base de chiffres (voir ci-après) de la province d'Anvers qui (comme six autres provinces) n'a pas encore effectué la migration vers la technologie CAD Intergraph, que les véhicules médicaux roulent **en général 60% plus lentement** que selon les prédictions de l'ordinateur Citygis!

AMBULANCE	T3-T2 (sec)	T3-T2 (calculé)	écart (%)
N	74 006	81 090	
moyenne	0:05:52	0:03:40	159,91
écart type	0:05:30	0:02:42	
médiane	0:04:39	0:02:58	156,74
SMUR	T3-T2 (sec)	T3-T2 (calculé)	
N	15 736	13 248	
moyenne	0:08:08	0:05:00	162,55
écart type	0:07:24	0:03:36	
médiane	0:06:23	0:04:02	158,26
PIT	T3-T2 (sec)	T3-T2 (calculé)	
N	2 668	2 775	
moyenne	0:06:39	0:04:37	144,39
écart type	0:06:51	0:02:59	
médiane	0:05:21	0:03:54	137,18
T3-T2	temps de conduite réel (délai entre l'annonce de départ et l'annonce d'arrivée sur place)		

Le temps "**T3-T2 (calculé)**" est le temps calculé par CityGis selon le tableau des vitesses installé dans le système; le temps "**T3-T2 (sec)**" est le temps de parcours réel, mesuré en fonction des annonces de statut des véhicules. Les chiffres sont basés sur les statistiques de 2013. Le nombre (N) est le nombre d'enregistrements où les deux informations ont été complétées. Le résultat est donc la conclusion surprenante que les véhicules circulant avec un statut prioritaire sont **près de 60% plus lents** que les valeurs calculées dans CityGis selon le tableau théorique des vitesses.

Quelques constatations à l'occasion de cette analyse de CityGis:

- Le tableau utilisé pour calculer le délai d'intervention n'est pas adapté à la réalité et doit en conséquence être ajusté.
- Le tableau utilisé l'est par ailleurs pour l'ensemble de la province, ce qui signifie que l'erreur dans le tableau s'applique telle quelle à tous les moyens, et de ce fait n'a qu'un impact limité, voire nul sur l'efficacité de l'AMU. Une différence existe peut-être à la frontière entre une centrale CityGis et une centrale ASTRID, mais cet impact est limité. Lorsqu'un moyen de Flandre orientale est requis par Anvers, ceci s'effectue selon le tableau de vitesses d'Anvers; inversement, lorsqu'un moyen d'Anvers est

## PIT: avis

requis par la Flandre orientale, ce moyen est requis en fonction du tableau de vitesses ASTRID. À ce niveau également, il n'y a aucun impact sur l'AMU.

- Il serait judicieux de vérifier si les problèmes constatés à Anvers se posent uniquement pour le tableau des vitesses du CS100 d'Anvers, ou pour toutes les centrales CityGis.
- Il est assurément permis de conclure que le tableau de conversion et/ou le tableau des temps de base est différent pour CityGis comparé à CAD Intergraph (NV ASTRID).

**L'importance des conséquences que peut avoir le changement de logiciel (de Citygis à CAD Intergraph) et du jeu de paramètres correspondant (tronçons de route, vitesses par tronçon et délais d'activation) pour la recommandation du moyen le plus rapide, ressort également des chiffres ci-après du PIT-plus à Bruges.**

### Association Bruges – PIT plus projet 2013 SMUR + P Détail statistiques d'intervention

	AZ Sint-Jan		AZ Sint-Lucas	
	2012	2013	2012	2013
	Nombre d'interventions Amb. + PIT	Nombre d'interventions Amb. + PIT	Nombre d'interventions Amb. + PIT	Nombre d'interventions Amb. + PIT
Janvier	111	133	108	126
Février	129	114	102	108
Mars	125	129	101	127
Avril	108	109	98	110
Mai	121	82	111	85
Juin	112	95	98	80
Juillet	111	98	103	73
Août	111	101	129	81
Septembre	107	118	124	93
Octobre	134	112	117	106
Novembre	109	111	135	88
Décembre	120	113	109	65
<b>Total</b>	<b>1398</b>	<b>1315</b>	<b>1325</b>	<b>1142</b>
<b>Moyenne par mois</b>	<b>117</b>	<b>109</b>	<b>110</b>	<b>95</b>

La migration vers CAD Intergraph a eu lieu en avril 2013. Avec l'application CityGis, l'AZ Sint-Jan totalisait en moyenne 122 sorties par mois (période de janvier à avril 2013) pour les ambulances 112 et PIT réunies et l'AZ Sint-Lucas 117 (pour la même période). En 2012, ces moyennes étaient respectivement de 117 et 110. Depuis la migration vers le logiciel CAD Intergraph, on dénombre en moyenne 104 sorties par mois (période de mai à décembre 2013) pour l'AZ Sint-Jan, soit une diminution de 4%. Pour la même période, on note en moyenne 84 sorties par mois pour l'AZ Sint-Lucas, soit une **diminution de 18%**!

L'explication est simple: peu importe qui a pris cette décision, mais on a décidé d'utiliser dans le logiciel CAD Intergraph les vitesses des véhicules non prioritaires et l'AZ Sint-Lucas est situé dans une zone limitée à 30 km/h. Comme nous venons de le démontrer, une correction sur la base des temps TOM TOM n'est toujours pas pertinente puisque les véhicules prioritaires circulent en moyenne 25% plus vite que les véhicules non prioritaires. Aujourd'hui, il y a donc des patients qui, de manière injustifiée, attendent plus longtemps un véhicule médical parce que le logiciel applique une approche purement théorique. Ainsi, bien souvent, un véhicule plus rapide existe sur la base des temps réels, mais on ne fait pas appel à lui! Des vies peuvent en dépendre.



### CONCLUSION 2:

Les deux systèmes Citygis et CAD Intergraph posent problème en raison des paramètres de recommandation appliqués actuellement au niveau des vitesses pour les différents tronçons et du délai d'activation. Il faut dès lors réexaminer en profondeur les deux systèmes en fonction des données réellement disponibles et non sur la base de modèles théoriques.

#### Avis 7:

Le CNEH estime que l'introduction d'un PIT en tant que fonction hospitalière doit s'accompagner d'un débat fondamental sur la méthodologie utilisée au niveau de la cartographie dans les centres de dispatching 112 et en particulier au niveau de la série de paramètres employée pour déterminer le moyen le plus rapide. À cet égard, notre carte peut être de quelque utilité dans le débat.

Il faut peut-être aussi tenir davantage compte des spécificités des services de secours. En effet, dans un certain nombre de cas, les services de secours disposent d'une solution non applicable en cartographie normale, telle qu'un passage réservé aux services de secours sur des chaussées à deux bandes de circulation, des feux lumineux réglables ou un tronçon de voie séparée dans une rue à sens unique.

### Étape 4 :

Les données démographiques ont été couplées à la carte obtenue, et on a pu déterminer avec une très grande précision (jusqu'au niveau de la maison) le nombre d'habitants situés dans les zones d'intervention vertes des SMUR. On a ainsi pu établir que 75,2% de la population belge réside dans les limites des zones d'intervention des SMUR.

Examinons maintenant les zones situées en dehors des zones vertes des SMUR.

Commençons par implanter les projets pilotes PIT, qui peuvent également être affichés sur la carte.

Cochez l'item suivant: "Zone huidige PIT's geel". (Zones jaunes PIT actuels)

**Certaines parties des zones blanches, celles où un projet pilote PIT est en cours, deviennent alors jaunes.**

Voici la liste des 17 projets pilotes au 1<sup>er</sup> juin 2013:

1. AZ St Lucas, St Lucaslaan, 29 à 8310 Brugge (étude PIT plus)
2. Heilige Familie, s' Herenbaan, 172 à 2840 Rumst
3. St Vincentius Ziekenhuis, Schutterijstraat, 34 à 9800 Deinze
4. St Jan Ziekenhuis, Schiepse Bos, 6 à 3600 Genk
5. St Maria Ziekenhuis, Ziekenhuislaan, 100 à 1500 Halle
6. Gasthuisberg, Herestraat, 49 à 3000 Leuven
7. Iris-Sud (Ixelles), Rue Baron Lambert, 38 à 1040 Bruxelles
8. Hôpital St-Joseph (Gilly), Rue de la Duchère, 6 à 6060 Gilly
9. RHMS (Baudour), Rue Louis Cathy, 136 à 7331 Baudour
10. Clinique André Renard, Rue André Renard, 1 à 4040 Herstal
11. CH Luxembourg (Virton), Rue des Déportés à 6700 Arlon
12. UZ Brussel, Laarbekelaan, 101 à 1090 Bruxelles
13. AZ Lokeren, Lepelstraat, 2 à 9160 Lokeren
14. Hartziekenhuis Mol, Gasthuisstraat, 1 à 2400 Mol

## PIT: avis

15. Clinique Malmédy, Rue devant les religieuses, 2 à 4960 Malmédy
16. CHR Namur, Avenue Albert 1er, 185 à 5000 Namur
17. CHR Citadelle, Boulevard du Douzième de Ligne 1 4000 Liège

REMARQUE: Vivalia Marche, Rue du Vivier 21 à 6900 Marche-En-Famenne: l'expérience PIT a été arrêtée!

Après avoir coché ces projets pilotes PIT, on peut maintenant cocher également les autres hôpitaux disposant d'une première prise en charge des urgences. On visualise ainsi les campus disposant d'une première prise en charge des urgences situés dans les zones blanches en plus des campus disposant d'une FSUS. Cochez ensuite l'item suivant: "ziekenhuis eerste opvang" (hôpital 1ère prise en charge) - carré orange, puis cochez "zone ziekenhuizen zonder PIT/MUG" (zone hôpitaux sans PIT/SMUR) (bleu). Vous obtenez maintenant des zones bleues supplémentaires où il est encore possible d'implanter des PIT, que ce soit dans des hôpitaux disposant d'une FSUS ou dans des hôpitaux ou sur des campus disposant d'une première prise en charge des urgences. Dans ce dernier cas, il faudra se rendre, après un appel, dans un autre hôpital disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés.

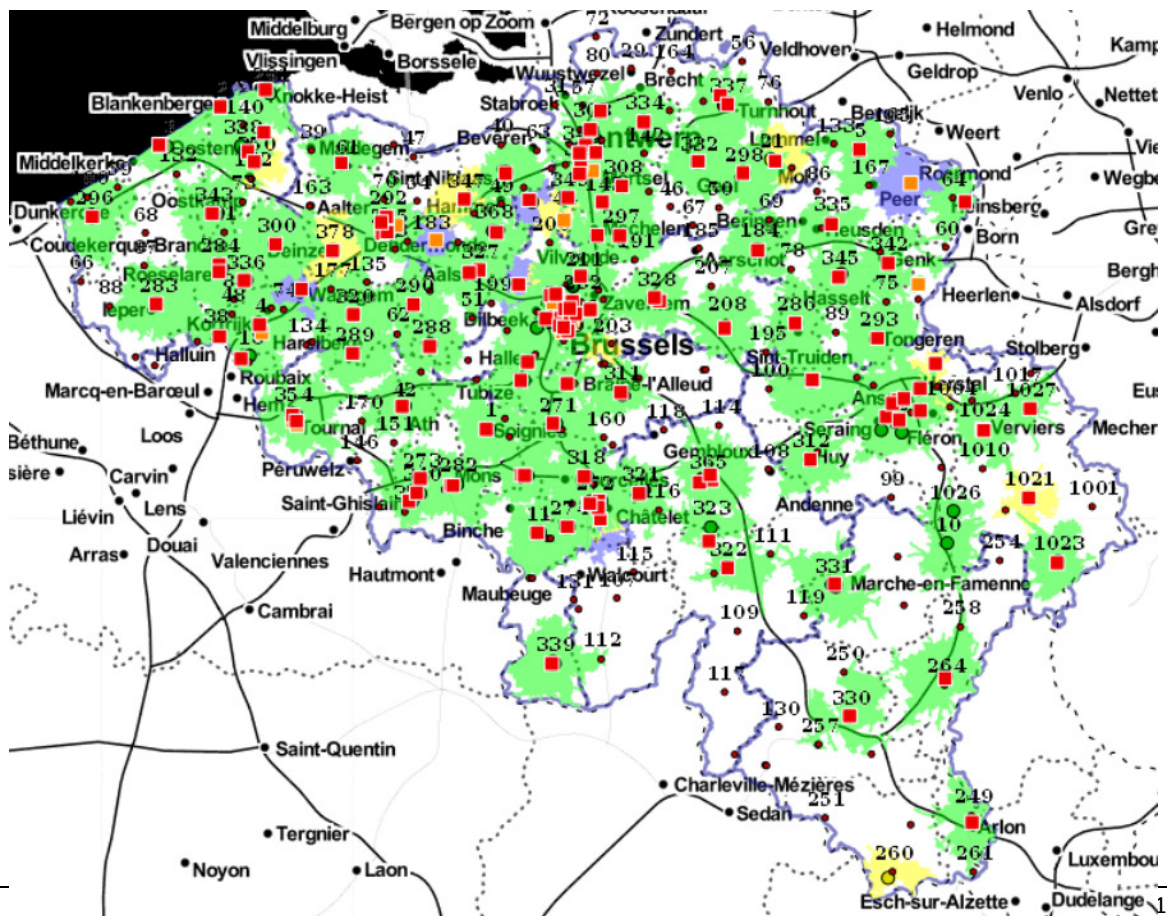
Quelles sont les zones bleues qui apparaissent?

Dans le cas de la Flandre, on pourrait encore implanter un PIT à Waregem (FSUS) et Bornem (FSUS), ainsi qu'à Wetteren (mais cette information est obsolète suite à la fermeture de la première prise en charge des urgences sur ce site), Willebroek, Asse, Bree, dotés chacun d'une première prise en charge des urgences.

Pour la Wallonie, le résultat est le suivant:

Un PIT supplémentaire pourrait être implanté dans la région de Charleroi au départ du Grand Hôpital de Charleroi Sainte-Thérèse.

On obtient finalement la carte suivante:



Lorsque tout est coché, on voit alors très bien les zones blanches restantes où il serait possible d'implanter un poste **PIT avancé**. Cet élément est à mettre en relation avec le nombre d'habitants dans ces zones. En **Flandre**, il s'agit des régions de Diksmuide/Aalter/ Assenede-Zelzate/ Beveren/ Heist op den Berg – Aarschot/Leopoldsburg/ Lanaken.

Pour la **Wallonie**, la situation est plus complexe et il existe un très grand nombre de zones blanches où la densité de population est également réduite. On pourrait également faire intervenir le SMUR par hélicoptère (il en existe un en Flandre et un en Wallonie) dans les zones isolées et peu peuplées. Par ailleurs, il serait judicieux que dans le cadre des agréments existants d'ambulances 112, on songe plutôt à un **dédouement des véhicules et des effectifs**, parce que vu les grandes distances, ils sont souvent trop longtemps en route et que la zone d'où ils partent reste trop longtemps dépourvue d'ambulance 112. Beaucoup de PIT avancés en Wallonie seront trop coûteux parce que le nombre d'indications sera trop réduit vu la faible densité de population.

Pour la Flandre, on a réalisé une étude plus approfondie dans les zones blanches. On a répertorié ci-après, par province, les projets pilotes, puis les PIT éventuels qui pourraient être implantés dans les hôpitaux disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés ou d'une première prise en charge des urgences. On a ensuite répertorié les communes restantes en fonction de leur nombre d'habitants mais aussi en fonction de la pathologie à risque maximum, à savoir l'arrêt cardiaque, et du nombre d'appels SMUR.

Vous trouverez, par province, un tableau indiquant, en regard du nombre d'habitants par commune, le nombre d'interventions SMUR dans ces communes ainsi que le nombre d'interventions SMUR en rapport avec un arrêt cardiaque.

Ici, il est provisoirement fait abstraction des PIT éventuels dans les zones vertes où un SMUR existe déjà.

### Flandre occidentale

1. On dénombre 1 seul projet pilote PIT, à savoir celui rattaché à l'AZ Sint-Lucas de Bruges (Assebroek), qui est l'unique projet pilote PIT plus. Ce projet implique qu'en cas de besoin, un médecin urgentiste des urgences peut accompagner le PIT. Notre hypothèse est que ce PIT devrait certainement être maintenu car il permet de desservir une grande partie d'une zone blanche et d'y disposer d'un PIT dans les 15 minutes, alors que le SMUR ne peut être présent dans ce laps de temps.
  1. Un seul hôpital situé en zone blanche dispose d'une fonction soins urgents spécialisés (FSUS): le Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis de Waregem (**36.751** habitants). Il serait donc judicieux d'y implanter un PIT: **62.649** habitants ne pouvant disposer d'un SMUR dans les 15 minutes bénéficieraient ainsi d'une couverture supplémentaire.
  2. Si l'on examine où il serait possible d'implanter un PIT sur un site hospitalier avec première prise en charge des urgences PPCU, on constate qu'un seul peut accueillir un PIT, à savoir celui de Blankenberge (**19.337** habitants) après relocalisation des 2 hôpitaux sur 1 site à Knokke une fois le nouveau bâtiment achevé.

## PIT: avis

- Concernant les éventuels PIT avancés, les régions suivantes ne sont pas couvertes:
  - Dixmude: **16.432** habitants, mais **25.506** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Pour la région Aalter-Beernem située en Flandre occidentale (voir Flandre orientale).
  - Middelkerke: **19.952** habitants (surtout en fonction de la saison touristique estivale).

Provincie West-Vlaanderen			
Gemeente	Aantal MUG-interventies in 2012	Met een hartstilstand	Aantal inwoners (volgens uw document)
Waregem	216	35	36751
Blankenberge	335	48	19337
Diksmuide	127	14	16432
Aalter-Beernem	151 + 55= 206	11 + 7= 18	35235
Middelkerke	262	37	19952

### Flandre orientale

- On dénombre 2 projets pilotes PIT: l'un rattaché au Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze et l'autre à l'Algemeen Ziekenhuis de Lokeren. Ces deux hôpitaux se trouvent en zone totalement blanche, et notre conviction est dès lors qu'il serait judicieux de les maintenir. L'hôpital de Deinze couvre à proprement parler **29.724** habitants, mais le PIT offrirait une couverture supplémentaire à **52.083** habitants. Quant à l'hôpital de Lokeren, il couvre **39.882** habitants, mais le PIT permettrait à **52.691** habitants de bénéficier d'une couverture supplémentaire.
- Aucun hôpital en zone blanche ne dispose d'une fonction soins urgents spécialisés (FSUS).
- Si l'on examine où il serait possible d'implanter un PIT sur un site hospitalier avec première prise en charge des urgences PPCU, seul le site de Wetteren (**24.130** habitants) entre en ligne de compte, mais le PIT permettrait une couverture supplémentaire pour **44 899** habitants. Ce site est rattaché à l'hôpital d'Alost, qui est doté d'une FSUS.
- Concernant les éventuels PITS avancés, les régions suivantes ne sont pas couvertes:
  - Assenede-Zelzate: (13.942+12.491) **26.433** habitants, mais **49.309** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Gavere-Oosterzele: (12.529+13.420) **25.949** habitants, mais **27.245** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Beveren: **46.752** habitants, mais **30.212** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Aalter+Beernem: (19.860+15.357) **35.235** habitants, mais **37.484** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.

Provincie Oost-Vlaanderen			
Gemeente	Aantal MUG-interventies in 2012	Met een hartstilstand	Aantal inwoners (volgens uw document)
Deinze	119	31	29724
Lokeren	127	15	39882
Wetteren	194	19	24130
Assenede-Zelzate	143 + 171=314	15 + 20= 35	26433
Gavere-Oosterzele	86 + 93= 179	9 + 4=13	25949
Beveren	316	27	46752
Aalter-Beernem	206	18	35235

## PIT: avis

### Anvers

1. On dénombre 2 projets pilotes PIT: l'un rattaché au Heilig Hartziekenhuis de Mol et l'autre au Heilig Familieziekenhuis de Reet. Ces deux hôpitaux se trouvent en zone totalement blanche, et notre conviction est qu'il serait donc judicieux de maintenir les PIT. L'hôpital de Mol couvre **34.827** habitants, mais le PIT offrirait une couverture supplémentaire à **38.830** habitants. Quant à l'hôpital de Reet, il couvre **14.876** habitants, mais le PIT permettrait à **54.604** habitants de bénéficier d'une couverture supplémentaire.
2. La Sint-Jozefkliniek à Bornem (**20.866** habitants) est le seul site en zone blanche à disposer d'une fonction soins urgents spécialisés (FSUS). Un PIT permettrait à **50.170** habitants de bénéficier d'une couverture supplémentaire.
3. Quant aux sites hospitaliers avec première prise en charge des urgences PPCU susceptibles d'accueillir un PIT, il n'y en a aucun.
4. Concernant les éventuels PIT avancés, les régions suivantes ne sont pas couvertes:
  - Heist-op-den-berg-Herselt: (20.386+19.547) **54.911** habitants, mais **62.549** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Essen+Kalmthout: (18.075+18.126) **36.201** habitants, mais **30.751** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire. ?
  - Hoogstraten+Wuustwezel: (20.386+19.547) **39.933** habitants, mais **35.980** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire. ?
  - Ravels: **14.515** habitants.

Provincie Antwerpen			
Gemeente	Aantal MUG-interventies in 2012	Met een hartstilstand	Aantal inwoners (volgens uw document)
Mol	201	34	34827
Reet	34	5	14876
Bornem	84	16	20866
Heist-op-den-berg-Herselt	275 + 83=358	30 + 13= 43	54911
Essen-Kalmthout	164+139=303	16+14=30	36201
Hoogstraten-Wuustwezel	156+136=292	12+14=26	39933
Ravels	67	5	14515

### Brabant flamand

1. On ne compte aucun projet pilote PIT en zone blanche.
2. Aucun hôpital en zone blanche ne dispose d'une fonction soins urgents spécialisés (FSUS).
3. Si l'on examine où il serait possible d'implanter un PIT sur un site hospitalier avec première prise en charge des urgences PPCU, Asse (**30 875** habitants) entre en ligne de compte, où le PIT permettrait une couverture supplémentaire pour **30.965** habitants. Il y a aussi le site de l'Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis d'Alost.
4. Concernant les éventuels PIT avancés, les régions suivantes ne sont pas couvertes:
  - Aarschot: **28.755** habitants, mais **86.353** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire. ?
  - Landen: **15.546** habitants, mais **23.703** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Tielt-Winge: **10.539** habitants, mais **33.148** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.

## PIT: avis

Provincie Vlaams-Brabant			
Gemeente	Aantal MUG-interventies in 2012	Met een hartstilstand	Aantal inwoners (volgens uw document)
Asse	181	26	30875
Aarschot	259	24	28755
Landen	54	6	15546
Tielt-Winge	41	4	10539

### Limbourg

1. On ne compte aucun projet pilote PIT en zone blanche.
2. Aucun hôpital en zone blanche ne dispose d'une fonction soins urgents spécialisés (FSUS).
3. Si l'on examine où il serait possible d'implanter un PIT sur un site hospitalier avec première prise en charge des urgences PPCU, Bree (**15.379** habitants) entre en ligne de compte, où le PIT permettrait une couverture supplémentaire pour **42 844** habitants. Il y a également le site du Maas en Kempenziekenhuis de Lanaken (**25.599** habitants), où le PIT offrirait une couverture supplémentaire à **33.015** habitants, ainsi que le site du ZOL ziekenhuis Genk.
4. Concernant les éventuels PIT avancés, les régions suivantes ne sont pas couvertes:
  - Leopoldsburg: **15.172** habitants, mais **46.372** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Borgloon: **10.495** habitants, mais **11.917** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.
  - Herk-de-Stad: **12.316** habitants, mais **16.336** habitants bénéficieraient d'une couverture supplémentaire.

Provincie Limburg			
Gemeente	Aantal MUG-interventies in 2012	Met een hartstilstand	Aantal inwoners (volgens uw document)
Bree	211	25	15379
Lanaken	217	19	25599
Leopoldsburg	126	14	15172
Borgloon	70	8	10495
Herk-de-Stad	90	11	12316

On peut réaliser l'exercice par province, mais on pourrait aussi, compte tenu des restrictions budgétaires, limiter le nombre de PIT avancés et garder pour toute la Flandre les 5 communes les mieux classées en termes de couverture du nombre d'habitants.

Le résultat serait alors celui-ci:

- Aarschot (Brabant flamand): 86 353 habitants
- Heist-op-den-berg-Herselt (Anvers): 62 549 habitants
- Assenede-Zelzate (Flandre orientale): 49 309 habitants
- Leopoldsburg (Limbourg): 46 372 habitants
- Aalter-Beernem (Flandre orientale): 37 484 habitants

---

### Total des 5 régions: **282.067** habitants bénéficiant d'une couverture supplémentaire dans les 15 minutes

- Hoogstraten-Wuustwezel (Anvers): 35 980 habitants
- Tielt-Winge (Brabant flamand): 33 148 habitants
- Essen-Kalmthout (Anvers): 30 751 habitants
- Beveren (Flandre orientale): 30 212 habitants
- Gaveren-Oosterzele (Flandre orientale): 27 245 habitants
- Diksmuide (Flandre occidentale): 25 506 habitants



## PIT: avis

---

- Landen (Brabant flamand): 23 703 habitants
- Middelkerke (Flandre occidentale): 19 952 habitants
- Herk-de-Stad (Limbourg): 16 336 habitants
- Ravels (Anvers): 14 515 habitants
- Borgloon (Limbourg): 11 917 habitants

---

Total 6-16 régions: 269 265 habitants

Nous arrivons ainsi à des conclusions pour la programmation.

### **Avis 8:**

L'avis ci-après tient compte de l'éventualité et/ou de la réalité de restrictions budgétaires et opte donc pour des *priorités* en fonction de ces restrictions.

Le CNEH estime que dans la programmation des PIT, une *préférence* absolue doit être accordée à l'implantation de PIT *dans les zones blanches de la carte développée ci-dessus*. Dans ces zones blanches, *le SMUR est encore en route plus de 15 minutes* après l'appel.

Le CNEH estime que dans le contexte de restrictions budgétaires, les projets pilotes PIT actuellement en cours dans des zones SMUR doivent au besoin être relocalisés depuis les zones vertes vers les zones blanches.

Le CNEH communique dès lors les critères à appliquer, par ordre d'importance:

#### *Critères de programmation:*

2.1. Tous les *projets pilotes*, et donc ceux déjà situés dans les zones blanches, peuvent être maintenus.

2.2. Des PIT supplémentaires *peuvent être prévus dans les hôpitaux situés en zone blanche et disposant d'une fonction de soins d'urgence spécialisés (FSUS)* et non encore impliqués dans les projets pilotes PIT.

2.3. On peut en outre prévoir des *PIT sur les campus d'hôpitaux disposant d'une première prise en charge des urgences*, mais il faut opérer très sélectivement car certains de ces services disparaissent lors de la fusion consécutive à la réalisation d'un projet de nouvelle construction. Le PIT qui y est stationné devra, après un appel, poursuivre sa route avec le patient jusqu'à un hôpital disposant d'une FSUS.

2.4. Enfin, on pourrait envisager quelques *PIT avancés* non stationnés sur le campus d'un hôpital et où serait affecté à tour de rôle un infirmier porteur du titre professionnel SISU issu d'un hôpital disposant d'une FSUS. L'implantation de ces PIT peut être mise en relation avec le nombre d'habitants et les zones vulnérables sont visibles sur la carte (voir ci-dessus en page 15). La page 16 présente la carte des communes en relation avec le nombre d'habitants (nombre X).

NOTE: En cas d'acceptation des principes exposés ci-dessus, on peut compléter pour chaque rubrique le nombre de PIT de façon à obtenir le nombre maximum de PIT. En cas de traitement

groupé où le nombre de demandes dépasse le quota programmé, ce nombre devra être réduit à ce quota, mais on peut évidemment décider aussi d'inclure dans l'aide médicale urgente, via les centres de dispatching, tous les PIT ne satisfaisant pas à ces critères mais répondant néanmoins aux normes d'agrément.

**2.5. Bien que le CNEH soit conscient qu'en raison du manque de moyens financiers, il est impossible de prévoir des PIT dans les zones vertes déjà couvertes par un SMUR (règle des 15 minutes), on peut se demander quand un PIT se justifie. Dans cette hypothèse, il faudra assurément faire intervenir le taux d'occupation, c.-à-d. le temps pendant lequel le(s) SMUR est/sont indisponible(s). C'est pourquoi le CNEH propose de les implanter dans les grandes agglomérations où la charge de travail moyenne de tous les SMUR mobilisés dépasse les 2000 sorties par an. La COAMU examinera les modalités d'implantation.**

### 10. Financement

Dans notre approche, les ambulances 112 en question suivraient le même financement que les autres ambulances 112 actuelles et le financement du PIT aurait uniquement trait à la composante infirmier TPP/Urgences/SI. On pourrait aussi étendre progressivement le nombre de PIT en fonction des possibilités budgétaires, dans le but ultime de réaliser à terme le SLA développé ci-dessus. Les projets expérimentaux reçoivent actuellement un montant forfaitaire supplémentaire de 120 000 euros par année en plus du financement habituel des ambulances 112.

Le sous-financement de l'aide médicale urgente dans notre pays est un problème connu et à tous les niveaux, on constate d'importants déficits financiers déjà supportés aujourd'hui par les hôpitaux. C'est le cas pour beaucoup de services d'urgences (FSUS), SMUR, ambulances 112, mais aussi pour les PIT en phase expérimentale. Il ne peut être question que l'agrément officiel des PIT ne fasse qu'augmenter les déficits financiers des hôpitaux. Les expériences PIT existantes devraient avant tout être suffisamment financées en cas d'agrément.

Le CNEH estime que, dans certains cas où une proposition qualitative est faite sur la base des critères, la reconversion d'un SMUR doit être possible sans compromettre le financement des autres SMUR. Ainsi, il devrait être possible, si l'on dispose de 2 SMUR, de passer par exemple à un SMUR et à différents PIT qui seraient alors financés par les moyens financiers initialement destinés au deuxième SMUR.

Par ailleurs, il devrait également être possible d'avancer des propositions plus dynamiques prévoyant deux SMUR et deux PIT en semaine et seulement un SMUR et un PIT la nuit, avec une adaptation du financement à cette fin.



### **Avis 9**

Le CNEH estime que la définition de normes d'agrément pour le PIT sans financement supplémentaire n'est pas à recommander.

Actuellement, une partie du financement émane du BMF (60 000 euros) et la seconde partie des budgets de l'Aide médicale urgente. Soit une tranche de 50 000 euros et, à condition de répondre aux dispositions de l'AR (qui s'appliquent aux expériences PIT), les 10 000 euros restants.

Il va de soi qu'un financement spécifique supplémentaire pour la composante infirmière (soit le surcoût pour 6 ETP infirmier TPP SI et d'urgence, à savoir la différence avec des secouristes-ambulanciers badgés 112), serait payé via le BMF.

Pour le reste, le PIT pourrait suivre le financement des ambulances 112 ordinaires (actuellement un remboursement basé sur un montant au kilomètre). Ce financement est en cours de révision, car la plupart des services accusent des pertes considérables. Un groupe de travail a été mis en place à cette fin au sein du CNSMU et des moyens supplémentaires ont déjà été mis à disposition et distribués en attendant une prise en charge plus fondamentale.

### 11. Normes d'agrément:

#### **Avis 10**

Les normes d'agrément ont été définies sur la base des concepts développés ci-dessus. Pour ces normes d'agrément, nous nous sommes inspirés autant que possible des normes d'agrément du SMUR (chef de service médical, infirmier en chef, permanence infirmière, etc.).

### 12. Loi sur les hôpitaux

#### **Avis 11**

Les articles suivants de la loi sur les hôpitaux doivent être rendus applicables à la fonction PIT :

Art. 66 relatif à l'agrément, normes générales.

Art. 67 relatif à l'agrément, normes particulières.

Art. 72 relatif à l'obtention de l'agrément.

Art. 74 relatif au retrait de l'agrément.

Art. 75 relatif à la fermeture d'un service.

Art. 76 relatif à la fermeture d'un service pour motif grave.

Art. 78 relatif au recours suspensif (ne s'applique plus à la Flandre).

### Résumé des avis

#### Avis 1

Le PIT est une fonction hospitalière couplée à une fonction soins urgents spécialisés.

#### Avis 2

En cas de collaboration entre hôpitaux dans le cadre d'un PIT, le CNEH plaide pour la création d'une association comme le prévoit la loi sur les hôpitaux. Si la création d'une association telle que prévue dans la loi sur les hôpitaux n'est pas possible, il est indispensable de mettre à tout le moins en place un groupe directeur chapeautant les hôpitaux.

#### Avis 3

Nous plaidons pour l'encouragement de toutes les formes de collaboration en vue d'une revalorisation, sur la base du modèle PIT, des ambulances 112 déjà existantes. Dans les cas où un PIT a une forte incidence sur le fonctionnement des autres ambulances 112 de la région, nous préconisons une concertation maximale et de bons accords entraînant une amélioration de la qualité.

#### Avis 4

Le CNEH plaide en faveur d'une étude de systèmes plus flexibles et plus dynamiques dans l'AMU, et l'on pourrait, par exemple après l'agrément des PIT sur la base des critères de programmation indiscutables, mettre en place des projets pilotes supplémentaires pour vérifier la faisabilité de ces systèmes flexibles et dynamiques.

#### Avis 5

En attendant, nous plaidons pour que dans le cadre d'une régulation médicale conformément au manuel et en fonction du degré de gravité, une ambulance 112 avec SMUR ou un PIT seul soient envoyés et non un PIT simultanément avec un SMUR. Le PIT sur place peut alors encore appeler le SMUR si, après évaluation sur les lieux, la gravité de l'appel le requiert.

#### Avis 6:

Le CNEH estime qu'une programmation est indiquée et que la programmation est à publier en même temps que les normes d'agrément. Il s'agit de critères de programmation fondés sur des SLA ou accords de niveau de service. Nous formulons ci-après des propositions concrètes après une étude approfondie.

**Avis 7:**

Le CNEH estime que l'introduction d'un PIT en tant que fonction hospitalière doit s'accompagner d'un débat fondamental sur la cartographie dans les centres de dispatching 112 et surtout concernant la série de paramètres employée pour déterminer le moyen le plus rapide. À cet égard, notre carte peut être de quelque utilité dans le débat.

Il faut peut-être aussi tenir davantage compte des spécificités des services de secours. En effet, dans un certain nombre de cas, les services de secours disposent d'une solution non applicable en cartographie normale, telle qu'un passage réservé aux services de secours sur des chaussées à deux bandes de circulation, des feux lumineux réglables ou un tronçon de voie séparée dans une rue à sens unique.

**Avis 8:**

L'avis ci-après tient compte de l'éventualité et/ou de la réalité de restrictions budgétaires et opte donc pour des *priorités* en fonction de ces restrictions.

Le CNEH estime que dans la programmation des PIT, une *préférence* absolue doit être accordée à l'implantation de PIT *dans les zones blanches de la carte développée ci-dessus*. Dans ces zones blanches, le *SMUR est encore en route plus de 15 minutes* après l'appel.

Le CNEH estime que dans le contexte de restrictions budgétaires, les projets pilotes PIT actuellement en cours dans des zones SMUR doivent au besoin être relocalisés depuis les zones vertes vers les zones blanches.

Le CNEH communique dès lors les critères à appliquer, par ordre d'importance:

*Critères de programmation:*

2.1. Tous les *projets pilotes*, et donc ceux déjà situés dans les zones blanches, peuvent être maintenus.

2.2. Des PIT supplémentaires *peuvent être prévus dans les hôpitaux situés en zone blanche et disposant d'une fonction de soins d'urgence spécialisés (FSUS)* et non encore impliqués dans les projets pilotes PIT.

2.3. On peut en outre *prévoir des PIT sur les campus d'hôpitaux disposant d'une première prise en charge des urgences*, mais il faut opérer très sélectivement car certains de ces services disparaissent lors de la fusion consécutive à la réalisation d'un projet de nouvelle construction. Le PIT qui y est stationné devra, après un appel, poursuivre sa route avec le patient jusqu'à un hôpital disposant d'une FSUS.

2.4. Enfin, on pourrait envisager quelques *PIT avancés* non stationnés sur le campus d'un hôpital et où serait affecté à tour de rôle un infirmier porteur du titre professionnel SISU issu d'un hôpital disposant d'une FSUS. L'implantation de ces PIT peut être mise en relation avec le

nombre d'habitants et les zones vulnérables sont visibles sur la carte (voir ci-dessus en page 15). La page 16 présente la carte des communes en relation avec le nombre d'habitants (nombre X).

**NOTE:** En cas d'acceptation des principes exposés ci-dessus, on peut compléter pour chaque rubrique le nombre de PIT de façon à obtenir le nombre maximum de PIT. En cas de traitement groupé où le nombre de demandes dépasse le quota programmé, ce nombre devra être réduit à ce quota, mais on peut évidemment décider aussi d'inclure dans l'aide médicale urgente, via les centres de dispatching, tous les PIT ne satisfaisant pas à ces critères mais répondant néanmoins aux normes d'agrément.

2.5. Bien que le CNEH soit conscient qu'en raison du manque de moyens financiers, il est impossible de prévoir des PIT dans les zones vertes déjà couvertes par un SMUR (règle des 15 minutes), on peut se demander quand un PIT se justifie. Dans cette hypothèse, il faudra assurément faire intervenir le taux d'occupation, c.-à-d. le temps pendant lequel le(s) SMUR est/sont indisponible(s). C'est pourquoi le CNEH propose de les implanter dans les grandes agglomérations où la charge de travail moyenne de tous les SMUR mobilisés dépasse les 2000 sorties par an. La COAMU examinera les modalités d'implantation.

### Avis 9

Le CNEH estime que la définition de normes d'agrément pour le PIT sans financement supplémentaire n'est pas à recommander.

Actuellement, une partie du financement émane du BMF (60 000 euros) et la seconde partie des budgets de l'Aide médicale urgente. Soit une tranche de 50 000 euros et, à condition de répondre aux dispositions de l'AR (qui s'appliquent aux expériences PIT), les 10 000 euros restants.

Il va de soi qu'un financement spécifique supplémentaire pour la composante infirmière (soit le surcoût pour 6 ETP infirmier TPP SI et d'urgence, à savoir la différence avec des secouristes-ambulanciers badgés 112), serait payé via le BMF.

Pour le reste, le PIT pourrait suivre le financement des ambulances 112 ordinaires (actuellement un remboursement basé sur un montant au kilomètre). Ce financement est en cours de révision, car la plupart des services accusent des pertes considérables. Un groupe de travail a été mis en place à cette fin au sein du CNSMU et des moyens supplémentaires ont déjà été mis à disposition et distribués en attendant une prise en charge plus fondamentale.

### Avis 10

Les normes d'agrément ont été définies sur la base des concepts développés ci-dessus. Pour ces normes d'agrément, nous nous sommes inspirés autant que possible des normes d'agrément du SMUR (chef de service médical, infirmier en chef, permanence infirmière, etc.).

**Avis 11**

**Les articles suivants de la loi sur les hôpitaux doivent être rendus applicables à la fonction PIT :**

**Art. 66** relatif à l'agrément, normes générales.

**Art. 67** relatif à l'agrément, normes particulières.

**Art. 72** relatif à l'obtention de l'agrément.

**Art. 74** relatif au retrait de l'agrément.

**Art. 75** relatif à la fermeture d'un service.









**Art. 76** relatif à la fermeture d'un service pour motif grave.

**Art. 78** relatif au recours suspensif (ne s'applique plus à la Flandre).

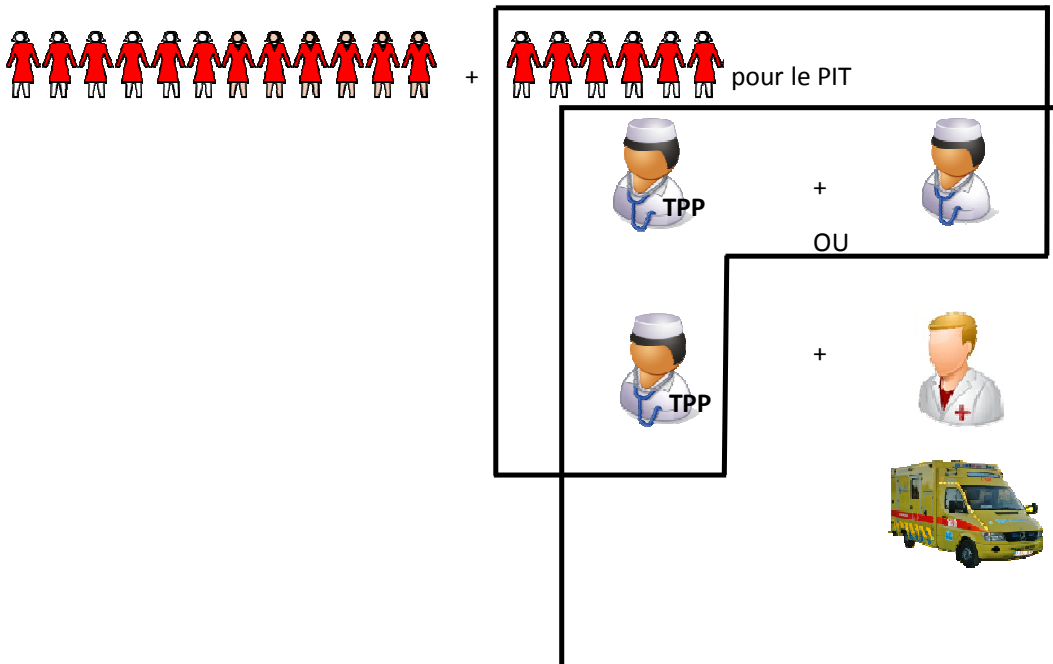
**Frank Lippens, 13 février 2014** – Président du groupe travail PIT

**A. Un seul hôpital / une seule base / un seul lieu de départ / un seul agrément fonction hospitalière avec PIT**

**Légende**

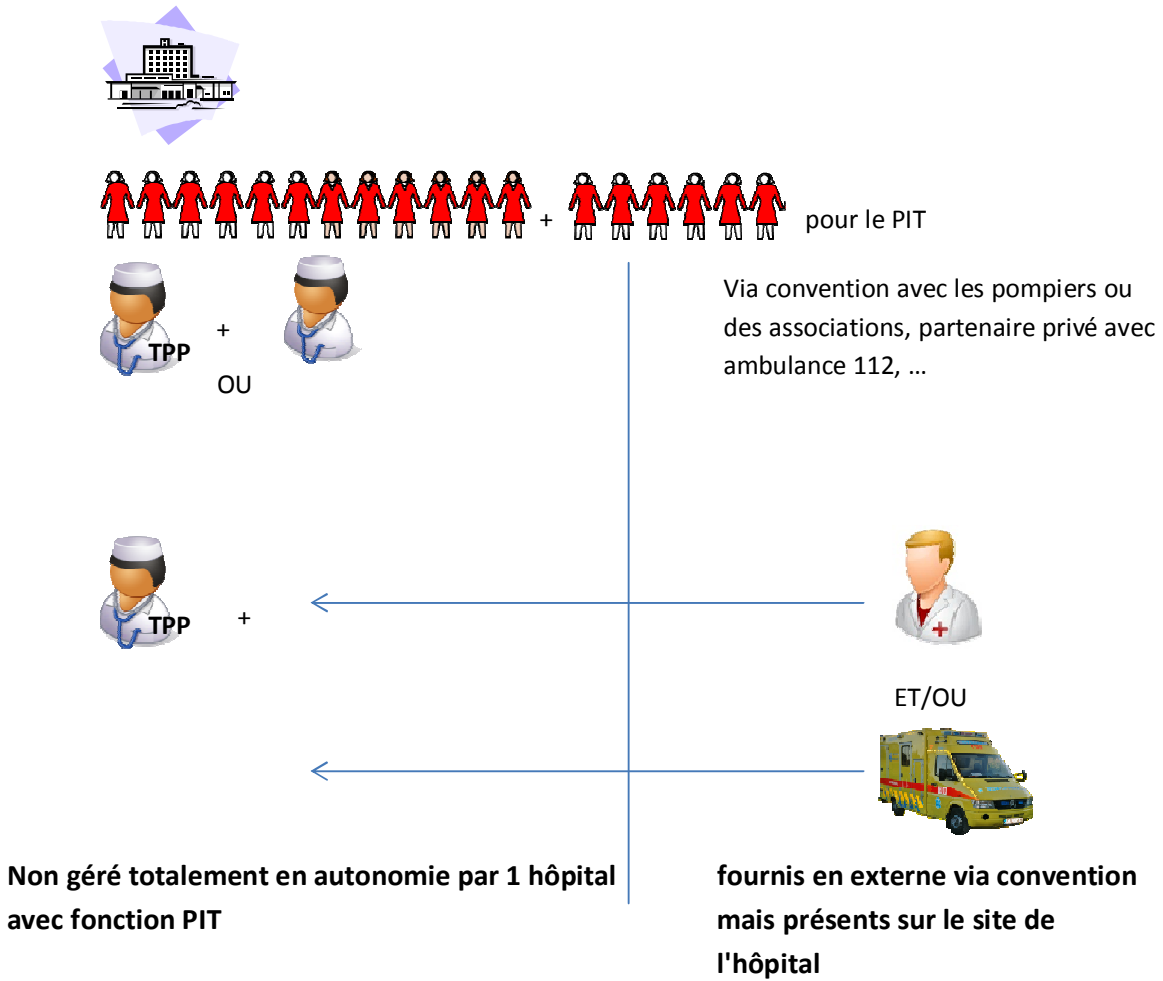
Hôpital	
Site d'un hôpital fusionné	
Fonction soins urgents spécialisés (FSUS)	
Première prise en charge des urgences (PPCU)	
Ambulance 112	
Infirmier (INF)	
Infirmier Titre professionnel particulier (INF TPP)	
Secouriste-ambulancier	

Situation 1: la règle de base pour un hôpital avec fonction PIT



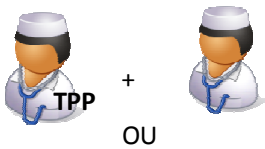
Donc, géré totalement en autonomie par 1 hôpital avec fonction PIT

Situation 2: hôpital avec fonction PIT et convention complémentaire





**Situation 3: hôpital avec fonction PIT et convention complémentaire et caserne de pompiers à maximum 2 kilomètres**



Via convention avec les pompiers ou des associations, partenaire privé avec ambulance 112, ...

Maximum 2 kilomètres



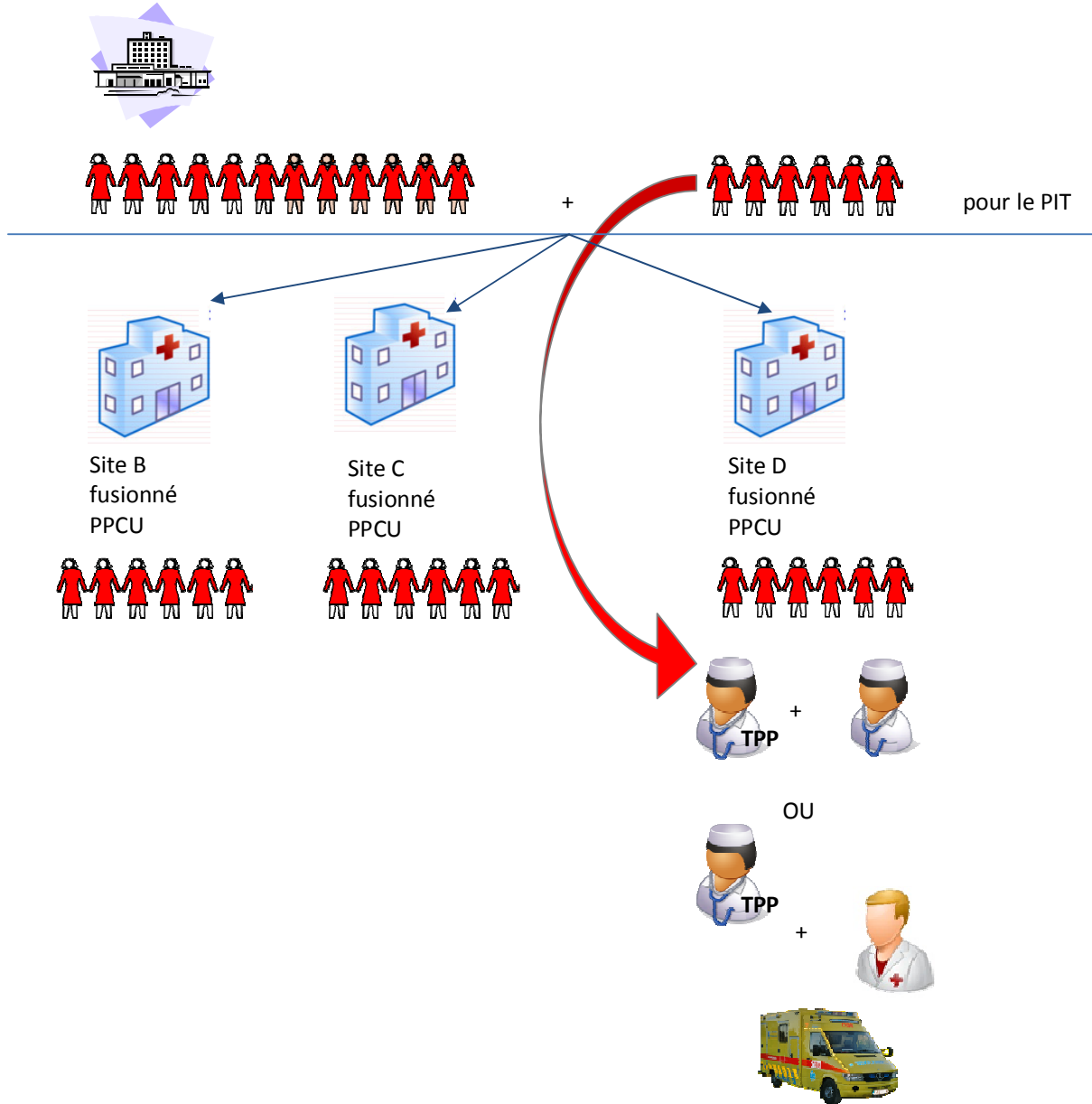
À maximum 2 kilomètres se trouve un lieu fixe (p. ex. caserne de pompiers) où un secouriste-ambulancier est callable pour le PIT et, après l'appel, se rend avec un véhicule prioritaire à l'hôpital en vue du départ du PIT.

Non géré totalement en autonomie par 1 hôpital avec fonction PIT



fournis en externe via convention mais présents sur le site de l'hôpital








Situation 4: un hôpital avec fonction PIT et plusieurs sites



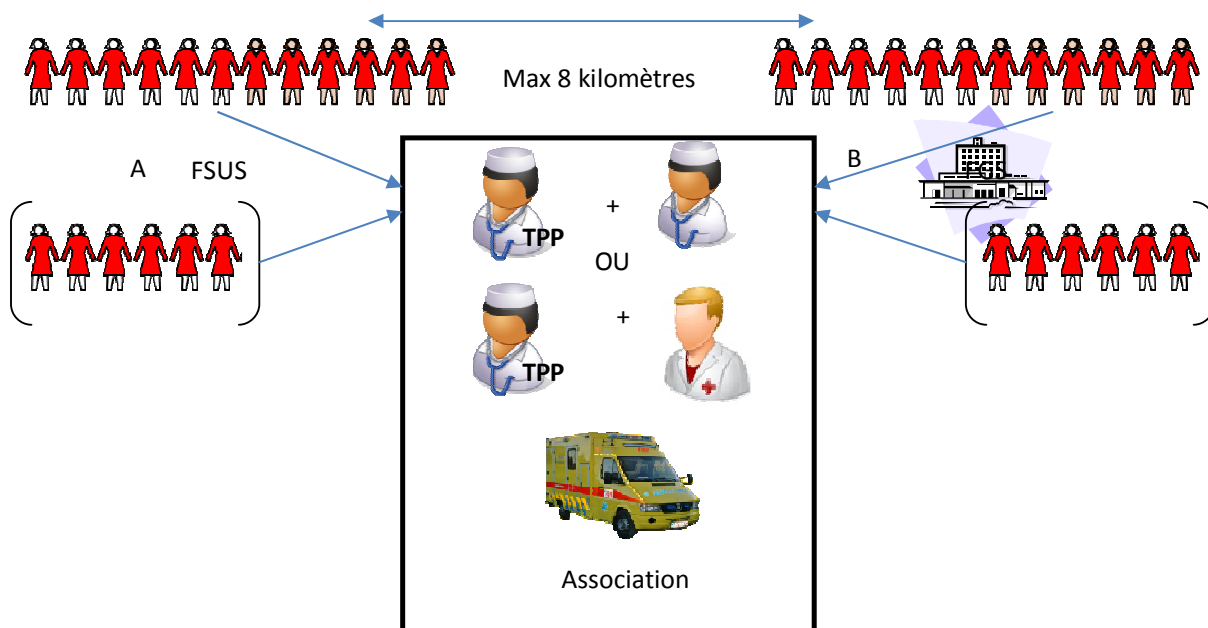
Donc, soit totalement géré en autonomie par 1 hôpital avec fonction PIT,  
soit non totalement géré en autonomie par 1 hôpital avec fonction PIT (cf. situations 2 et 3).

**B. Collaboration entre plusieurs hôpitaux pour un seul agrément fonction hospitalière PIT**

**Légende**

Hôpital	
Fonction soins urgents spécialisés (FSUS)	
Première prise en charge des urgences (PPCU)	
Ambulance 112	
Infirmier (INF)	
Infirmier Titre professionnel particulier (INF TPP)	
Secouriste-ambulancier	

**Situation 1: fonction PIT basée sur une association entre plusieurs hôpitaux avec FSUS**

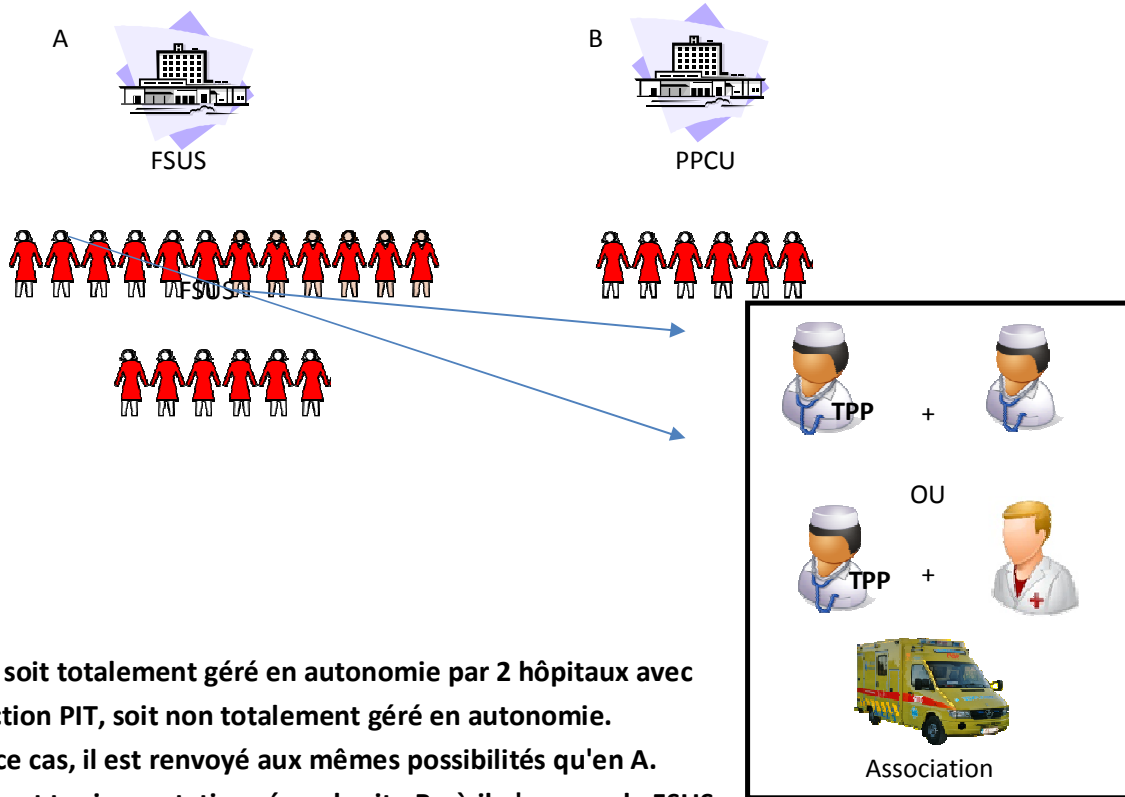


**Donc, soit totalement géré en autonomie par 2 hôpitaux avec 1 fonction PIT, soit non géré totalement en autonomie. Dans ce cas, il est renvoyé aux mêmes possibilités qu'en A.**

**Possibilités:**

- 1. Le PIT est toujours stationné sur le site A.**
- 2. Le PIT est toujours stationné sur le site B.**
- 3. Le PIT est stationné alternativement 1 semaine sur le site A et 1 semaine sur le site B.**

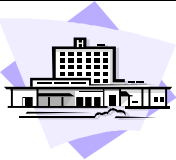






**Situation 2: fonction PIT basée sur une association entre plusieurs hôpitaux qui n'ont pas tous une FSUS**



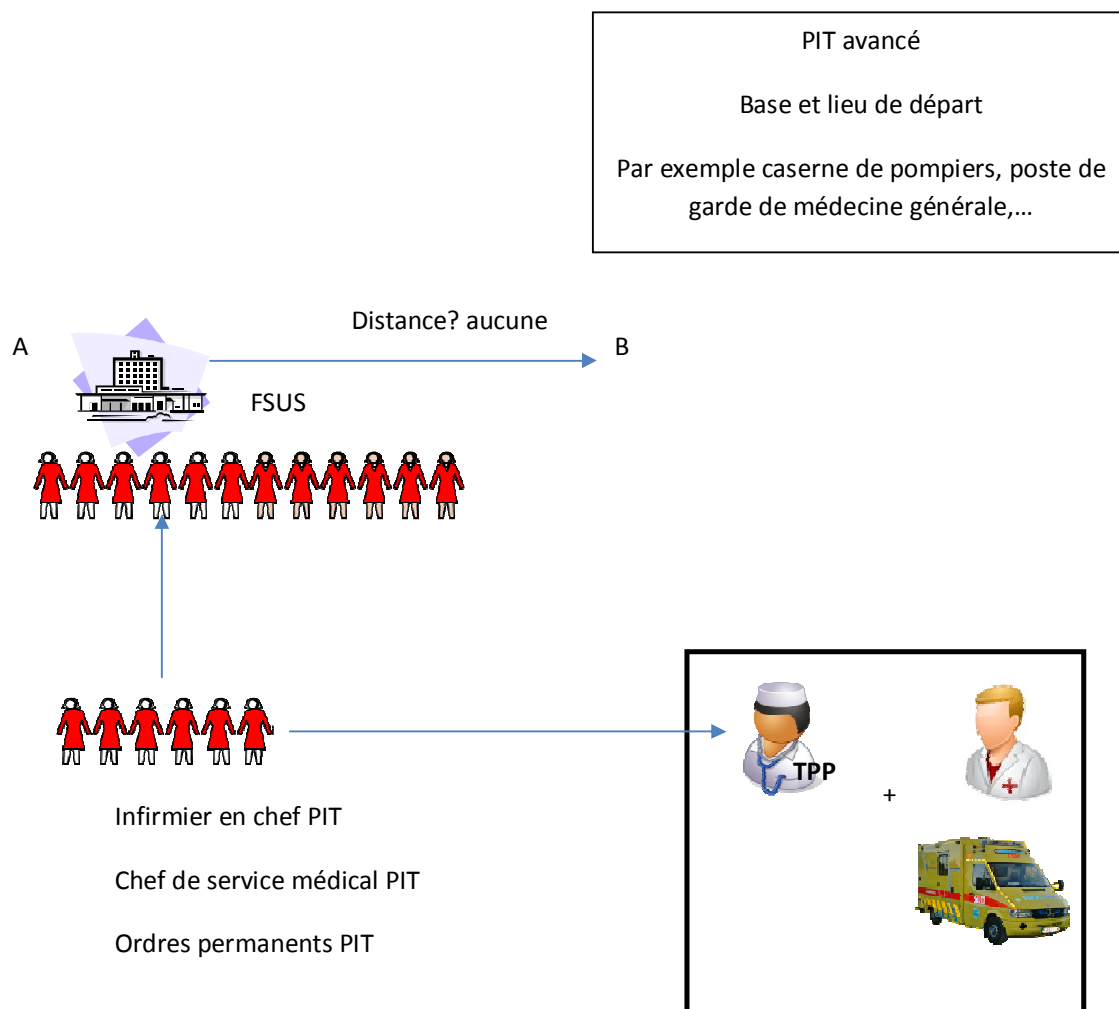
**Donc, soit totalement géré en autonomie par 2 hôpitaux avec 1 fonction PIT, soit non totalement géré en autonomie. Dans ce cas, il est renvoyé aux mêmes possibilités qu'en A. Le PIT est toujours stationné sur le site B où il n'y a pas de FSUS.**

**C. PIT avancé**

**Légende**

Hôpital	
Fonction soins urgents spécialisés (FSUS)	
Première prise en charge des urgences (PPCU)	
Ambulance 112	
Infirmier (INF)	
Infirmier Titre professionnel particulier (INF TPP)	
Secouriste-ambulancier	

**Remarque: il faudra donc toujours disposer d'au moins six (ETP) infirmiers TPP en plus des normes urgences pour réaliser une fonction PIT.**



L'hôpital A fournit l'infirmier TPP depuis l'équipe de la fonction soins urgents spécialisés, dont les 12 ETP sont augmentés de 6 ETP pour le PIT. L'infirmier TPP participera donc à distance au PIT à tour de rôle. Ce PIT sera par exemple stationné dans une caserne de pompiers. Cet infirmier TPP continuant de faire partie de la fonction soins urgents spécialisés de l'hôpital A, il conserve son titre professionnel en soins intensifs et d'urgence, et a un infirmier en chef et un chef de service médical. Ainsi, cet infirmier TPP devra également respecter les ordres permanents préhospitaliers émanant de la FSUS de l'hôpital A. De même, il pourra être affecté par roulement à la FSUS, éventuellement au SMUR s'il y en a un dans l'hôpital A et au PIT sur la base B.

Dans cette situation, il est probable que tout ne sera pas géré en autonomie par l'hôpital A. Dans ce cas, il est renvoyé aux mêmes possibilités qu'en A avec accord sous-jacent. Reste à savoir quelle peut être la distance autorisée entre l'hôpital A et le PIT avancé B, car le PIT devra toujours se rendre dans un hôpital avec FSUS.

### Annexe 2

**2 AVRIL 1965. - Arrêté royal déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié.**

**(NOTE: Consultation des versions antérieures à partir du 01-01-1990 et mise à jour au 13-08-2002)**

**Art. 6bis.** <AR 1998-08-10/47, art. 4, 005; En vigueur : 01-01-1999> § 1er. (Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, intègre les fonctions " service mobile d'urgence " dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente pour autant que celles-ci répondent aux conditions suivantes:

1° Simultanément, les fonctions visées sont agréées par l'autorité compétente, en application de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) pour être agréée;

2° Les objectifs de la loi du 8 juillet 1964 et ses arrêtés d'exécution, notamment la dispensation garantie et immédiate de soins à la victime ou aux malades, la desserte, par les zones d'intervention, de l'ensemble du territoire du Royaume, doivent être respectés;

**3° Sans préjudice des critères de programmation qui sont d'application pour la fonction " service mobile d'urgence ", il convient de garantir une répartition optimale afin que la plus grande partie de la population puisse être desservie par la route, à la vitesse maximum autorisée, dans un délai de 10 minutes et, subsidiairement, afin que la population non desservie dans les mêmes conditions dans un délai supérieur à 15 minutes, soit la plus petite possible.**



Annexe 3

**20 SEPTEMBRE 2002. - Arrêté royal précisant les règles relatives au nombre maximum et fixant les critères de programmation applicables à la fonction "service mobile d'urgence"**

ALBERT II, Roi des Belges,

À tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment, l'article 23, modifié par la loi du 30 décembre 1988 et l'article 76quater, inséré par la loi du 21 décembre 1994;

Vu l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les critères de programmation applicables à la fonction « service mobile d'urgence »;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, émis le 6 juin 2002;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 31 mai 2002;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 6 juin 2002;

Vu la délibération du Conseil des Ministres du 7 juin 2002 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'État dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'État n° 33.671/1/V, donné le 5 septembre 2002, en application de l'article 84, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'État;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de Notre Ministre des Affaires sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Article 1<sup>er</sup>. Le nombre de fonctions « service mobile d'urgence » pouvant être agréées dans chaque Région, est de une par tranche entamée de 140 000 habitants, laquelle doit être atteinte pour moitié au moins.

En ce qui concerne le nombre de fonctions visé à l'article 1er, une fonction supplémentaire peut être agréée, dans chaque Région, par province où la densité de population est inférieure à la densité moyenne de la population du Royaume.

En ce qui concerne le nombre de fonctions visé à l'article 1er et sans préjudice de l'application de l'alinéa 2, deux fonctions supplémentaires peuvent être agréées, dans chaque Région, par province où la densité de population est inférieure à 200 habitants au kilomètre carré.

En ce qui concerne le nombre de fonctions visé à l'alinéa 1er, chaque Région se voit enlever une fonction par province où la densité de population est supérieure à 2 000 habitants au kilomètre carré.

§ 2. Pour l'application du § 1er, la Région de Bruxelles-Capitale est assimilée à une province.

Art. 2. § 1<sup>er</sup>. Sans préjudice de l'application de l'article 1er, chaque arrondissement administratif disposera d'au moins une fonction agréée.

Lorsque, dans un arrondissement, plusieurs hôpitaux ou associations d'hôpitaux se sont portés candidats pour l'agrément d'une fonction, l'agrément est octroyé pour la commune comptant le plus grand nombre d'habitants.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 1<sup>er</sup>, le nombre maximum de fonctions agréées est, par commune, de une par tranche entamée de 140 000 habitants.

§ 3. Sans préjudice de l'application de l'article 1er et des §§ 1 et 2 du présent article, il y a lieu d'appliquer, lors de l'agrément des fonctions en question, le critère de répartition, visé à l'article 6bis, § 1er, alinéa 1er, 2°, de l'arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié.

Art. 3. L'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les critères de programmation applicables à la fonction « service mobile d'urgence » est abrogé.

Art. 4. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 septembre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

J. TAVERNIER

Le Ministre des Affaires sociales,

F. VANDENBROUCKE



Annexe 4: Carte de programmation délais d'arrivée

