



REFERENTIEL SFMU

Mars 2001

CRITERES D'EVALUATION DES SERVICES D'URGENCES

**Commission d'évaluation
GROUPE DE TRAVAIL :
Coordinateur : Docteur Gérard BLEICHNER**

Médecins :

Pr Denis BARON, Dr Bernard BEDOCK, Dr Abdel BELLOU, Dr Françoise CARPENTIER, Dr Jeanne Caudron, Dr Catherine CERFONTAINE, Dr Dominique COPPIN-CALMES, Dr Jean Jacques CORNU, Dr Jean Claude DUCREUX, Dr Alexandra FOURCADE, Dr François FRAISSE, Dr Valérie JUMEL, Pr Jacques KOPFERSCHMITT, Dr Véronique LEDORAY, Dr Philippe LESTAVEL, Dr Anne Marie MENN, Dr Nicolas SIMON.

Cadres infirmiers :

Mme Nicole Bertini, Mme Michèle DESQUINS, Mme Sophie FEUERSTEIN

Directeur d'hôpitaux :

Mme Chantal PRIME

*Commission d'Evaluation
Société Francophone d'Urgences Médicales
Docteur Françoise CARPENTIER*

Ce référentiel des critères d'évaluation des services d'urgences a pour objectif de recenser les critères de qualité du fonctionnement des services d'urgences.

Par "Services d'Urgences", on entend l'accueil des urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée.

Ces critères s'appliquent à tous les services d'urgences. Une adaptation doit être faite en fonction des textes réglementaires selon que l'on s'adresse à un Service d'Accueil et d'Urgences (SAU) ou à une Unité de Proximité d'Accueil et d'Orientation des Urgences. Le référentiel n'a pas été validé pour les POSU.

Ce référentiel a été établi à la demande de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) par des médecins, infirmières et directeurs rassemblés par sa Commission d'Evaluation. Le référentiel a été réalisé à partir des travaux d'évaluation déjà réalisés par la SFMU. Il a été enrichi par des avis d'experts, les textes professionnels français et étrangers dans ce domaine et éventuellement par les textes réglementaires.

Ce référentiel a été approuvé par le Conseil d'Administration de la SFMU le 10 septembre 1997. La dernière révision a été faite par la commission d'évaluation le 20 mars 2001.

Ce référentiel a été validé par son utilisation au cours d'audit externes dans des services d'urgences organisés par la commission d'évaluation de la SFMU. Le référentiel a été conçu pour être utilisé soit dans un but d'auto-évaluation, soit comme base d'un audit externe.

Le mot "procédure" très fréquemment utilisé concerne un document décrivant la manière spécifiée d'accomplir une tâche. Ce document est écrit, connu de l'ensemble du personnel, daté et signé, régulièrement réactualisé. Pour la simplicité, l'ensemble de ces caractéristiques ne sera pas rapporté à chaque fois que le mot "procédure" est utilisé.

Le caractère "E", "S" ou "O" signifie "Essentiel", "Souhaitable" ou "Optionnel". Le critère essentiel devrait être observé dans tous les services d'urgences, le critère souhaitable est un critère optimal de qualité, le critère optionnel ne s'adresse qu'à certaines structures. Même les critères "Essentiels" doivent être considérés comme des critères de qualité optimum. Ils seront à ce jour rarement retrouvés au complet, même dans les services les plus performants.

Vingt huit critères sont écrits en caractère gras et sont considérés comme des critères principaux. Ils sont regroupés à la fin de l'ouvrage.

PLAN

INTRODUCTION

INDICATEURS CHIFFRES

1. Indicateurs d'activité
 - 1.1.1 L'environnement
 - 1.1.2 Accueil des urgences
 - 1.1.3 Activité de l'UHCD
2. Indicateurs de moyens
 - 2.1 Nombre de malades pris en charge par agent et par an
 - 2.2 Temps moyen par un médecin pour un malade
 - 2.3 Qualité de l'espace d'accueil
 - 2.4 Qualité de communication
3. Indicateurs de coûts

1- BUTS ET MISSIONS

- 11 Projet médical d'établissement
- 12 Projet de service - Conseil de Service - Règlement intérieur
- 13 Conseil de l'Urgence
- 14 Mesures générales d'évaluation

2- DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES

2.1. Bilan d'activité du service des urgences

- 2.1.1 Tableau de bord, enquêtes, rapport annuel d'activité
- 2.1.2 Codage des actes et des diagnostics
- 2.1.3 Budget de service et coût

2.2. Informatisation

2.3. Urgences internes à l'hôpital

3- GESTION DE L'ACCUEIL

3.1. Modalités de l'accueil

- 3.1.1 Enregistrement des passages
- 3.1.2 Modalité du tri et de l'orientation à l'arrivée
- 3.1.3 Information des patients et des familles à l'arrivée

3.2. Relations avec l'amont

- 3.2.1 SAMU, SMUR, Pompiers, Police
- 3.2.2 Médecins libéraux
- 3.2.3 Autres

3.3. Afflux massif de blessés

3.4. Evaluation de l'accueil

4- LA MEDICALISATION

4.1. Composition de l'équipe

- 4.1.1 Organisation de l'équipe médicale
- 4.1.2 Le chef de service
- 4.1.3 Les médecins seniors de l'équipe
- 4.1.4 Les médecins en formation
- 4.1.5 Les attachés ou vacataires

4.2 Documentation médicale

4.3. Organisation de l'enseignement des étudiants dans le service (réunions, etc)

4.4. La formation continue des permanents du service

4.5. Recherche

5- PERSONNEL PARAMEDICAL

5.1. Gestion des documents officiels

5.2. Présence 24h/24 de l'ensemble du personnel

5.3. Définition des fonctions

- 5.3.1 Cadre infirmier et cadre infirmier supérieur
- 5.3.2 Infirmières et AS
- 5.3.3 Infirmière d'orientation et d'accueil
- 5.3.4 ASH-ASI
- 5.3.5 Secrétaire médicale
- 5.3.6 Infirmier psychiatrique
- 5.3.7 Brancardier
- 5.3.8 Etudiants infirmiers et AS en formation pratique

5.4 Formation continue

5.5 Evaluation

6- MOYENS TECHNIQUES PROPRES

6.1 Locaux d'accueil

- 6.1.1 Signalisation
- 6.1.2 Locaux extérieurs
- 6.1.3 Locaux intérieurs
- 6.1.4 Locaux d'examens et de soins
- 6.1.5 Locaux spécifiques
- 6.1.6 Accès aux autres services

6.2 Matériel

- 6.2.1 Equipement matériel
- 6.2.2 Salle de déchoquage
- 6.2.3 Vérification par le service
- 6.2.4 Maintenance par l'hôpital ou l'extérieur
- 6.2.5 Gestion du petit matériel
- 6.2.6 Gestion de la pharmacie
- 6.2.7 Gestion des fluides

6.3 Moyens de communication (téléphone, Fax, etc)

6.4 La sécurité des biens et des personnes

- 6.4.1 Sécurité intrusion et violence
- 6.4.2 Sécurité incendie et électricité

- 6.4.3 Sécurité informatique
- 6.4.4 Sécurité transfusion
- 6.4.5 Sécurité du personnel
- 6.4.6 Gestion des risques (QPR4, QPR5)
- 6.4.7 Sécurité infectieuse

7- L'ENVIRONNEMENT - LES CONSULTANTS ET LE PLATEAU TECHNIQUE

7.1 Les médecins consultants (SAU uniquement)

- 7.1.1 Appel des consultants
- 7.1.2 Réanimateur
- 7.1.3 Chirurgien
- 7.1.4 Anesthésiste
- 7.1.5 Radiologue
- 7.1.6 Gynéco-obstétricien
- 7.1.7 Pédiatre
- 7.1.8 Psychiatre
- 7.1.9 Cardiologue
- 7.1.10 ORL Ophthlmo-stomato

7.2 Le plateau technique de l'hôpital

- 7.2.1 Imagerie
- 7.2.2 Laboratoires
- 7.2.3 Transfusion sanguine
- 7.2.4 Pharmacie
- 7.2.5 Bloc opératoire
- 7.2.6 Endoscopies
- 7.2.7 Electro-encéphalogrammes

8- UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE (UHCD)

8.1 Organisation de l'UHCD

8.2 Locaux de l'UHCD

9- GESTION DE L'AVAL

9.1 Correspondants extérieurs et transferts externes

9.2 Mutations internes

9.3 Sortie et information des malades à la sortie

9.4 Communication avec les médecins

10 - QUALITE DES SOINS AU MALADE

10.1 Guide des procédures et/ou des protocoles

10.2 Evaluation

10.3 Indicateurs de dysfonctionnement

10.4 Prise en charge sociale

10.5 Ethique et respect du droit des malades

11- DOSSIER MEDICAL ET INFORMATIONS MEDICALES

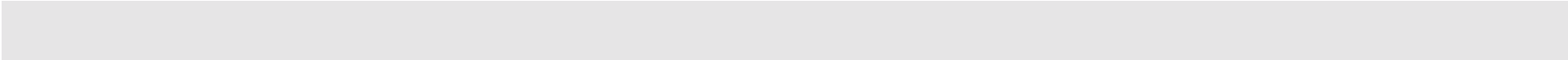
11.1 Dossier médical

11.2 Dossier infirmier

11.3 Archives

LES 28 CRITERES LES PLUS IMPORTANTS

INDICATEURS CHIFFRES



*Les chiffres doivent être analysés avec précaution au regard du mode de fonctionnement du service et de ses spécificités.
Les indicateurs chiffrés n'ont pas fait à ce jour l'objet de validation, il n'existe pas de normes et on ne connaît pas les valeurs moyennes observées. Ils peuvent servir de repères par rapport à d'autres établissements ; ils peuvent permettre aussi de mesurer une évolution par rapport aux années antérieures.*

1. INDICATEURS D'ACTIVITE

1.1. ENVIRONNEMENT

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	Nombre d'entrées directes (hospitalisations complètes) annuelles (MCO) dans l'établissement		E	3, 9, 10
2	Nombre de consultations externes annuelles de l'établissement (excepté les passages aux urgences)		E	3, 9
3	Nombre de lits et places MCO		E	
4	DMS globale court séjour (MCO) de l'établissement <i>C'est un élément important, susceptible de faire entrevoir l'activité des services avec lesquels le service des urgences travaille et de percevoir la disponibilité en lits.</i>		E	
5	Pourcentage des hospitalisations de l'établissement (court séjour, MCO) en provenance des urgences <i>C'est un élément fondamental permettant au service d'urgence de se positionner par rapport à l'activité totale de l'établissement et de faire valoir son importance.(Fournir éventuellement en annexe ce pourcentage par UF)</i>		E	2, 3, 9

1.2. ACCUEIL DES URGENCES

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	Nombre de passages annuels. En particulier : * le nombre de patients âgés de moins de 15 ans <i>(en % par rapport au nombre total de passages annuels au service des urgences)</i> * le nombre de patients âgés de plus de 75 ans <i>(en % par rapport au nombre total de passages annuels au service des urgences)</i> * le sexe ratio (Homme/Femme) <i>Le nombre de passage doit pouvoir être détaillé éventuellement par jour / mois.</i>		E E E E	
2	Nombre de passages de patients de traumatologie / nombre total de passages.		E	
3	Temps de passage moyen (moyenne, \pm écart type, médiane, percentile 95 %)		E	1, 10
4	Pourcentage de passages annuels après avis médical extérieur au service dont médecin traitant dont SAMU / centre 15 dont urgences internes dont transferts d'un autre établissement		E S S S S	

5	<p>Classification GEMSA par catégorie (nombre de passages, % du total des passages)</p> <ul style="list-style-type: none"> - catégorie 1 - catégorie 2 - catégorie 3 - catégorie 4 - catégorie 5 - catégorie 6 <p>(Préciser s'il s'agit d'un sondage et à quelles dates ou s'il s'agit d'une statistique permanente)</p>		E	
6	<p>Classification CCMU par catégorie (nombre de passages, % du total des passages)</p> <ul style="list-style-type: none"> classe I classe II classe III classe IV classe V <p>(Préciser s'il s'agit d'un sondage et à quelles dates ou s'il s'agit d'une statistique permanente)</p>		S	
7	<p>Taux d'occupation ponctuelle (TOP) à certaines heures</p> <p><i>(nombre de malades simultanément présents dans les locaux des urgences hors UHCD à 1 temps donné)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 8h, 13h, 18h, 22h, etc. 		S	1, 2
8	<p>Pourcentage de patients hors secteur sanitaire (nombre de passages, % du total des passages)</p> <p><i>Prendre en compte le secteur sanitaire administratif où siège l'établissement.</i></p>		E	
9	<p>Pourcentage de malades ayant déjà un dossier médical à l'hôpital (% du total des passages)</p>		E	
10	<p>Pourcentage de passages bénéficiant des moyens mis en œuvre par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecins consultants extérieurs au service - biologie - radiologie conventionnelle - assistant social - traitement médicamenteux 		E E E S S	
11	<p>Nombre de plaintes annuelles portant sur (somme des 3 années précédentes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soins • délais d'attente • accueil • locaux • information • facturation 		E S S S S S	

12	<p>Orientation des patients à la fin du séjour aux urgences (nombre de passages, % du total des passages) :</p> <ul style="list-style-type: none"> * malades non hospitalisés <ul style="list-style-type: none"> - retour dans le lieu de vie antérieur ou sortie normale - décès - sortie contre avis médical - fugue - remis à la police * malades hospitalisés dans le même hôpital : <ul style="list-style-type: none"> ° UHCD ° Hospitalisation court séjour : <ul style="list-style-type: none"> - médecine - chirurgie viscérale - chirurgie osseuse ou traumatologique ou neurochirurgie - pédiatrie - psychiatrie - réanimation et soins intensifs * malades hospitalisés en dehors de l'hôpital (transfert) : <ul style="list-style-type: none"> - pour insuffisance du plateau technique ou de service spécialisé - pour absence de lit disponible - pour convenance personnelle - pour transfert dans le secteur psychiatrique dont dépend le patient 		<p>S</p> <p>E E E E O O O O E E E S S S S</p>	
13	<p>Passages aux urgences dans les 8 jours précédents (nombre de passages, % du total des passages) (dont pourcentage de passage pour la même pathologie)</p>		<p>E S</p>	
14	<p>Hospitalisation dans le même établissement dans le mois précédent (nombre de passages, % du total des passages) (dont pourcentage d'hospitalisation pour la même pathologie)</p>		<p>S S</p>	
15	<p>Malades adressés à une consultation pour suite de soins (nombre de passages, % du total des passages)</p>		<p>S</p>	
16	<p>Flux des urgences par tranche horaire en % (nombre de malades arrivés aux urgences)</p> <ul style="list-style-type: none"> • de 1h à 8h • de 8h à 13h • de 13h à 17h • de 17h à 21h • de 21h à 1h 		<p>S</p>	
17	<p>Indicateurs de soins primaires Arrivé par ses propres moyens et non hospitalisé (%) GEMSA 2 hors traumatologie (%)</p>			

18	Nombre d'interventions chirurgicales urgentes de 20h à 7h00 provenant des urgences Ratio : n / 10 000 passages			
----	---	--	--	--

1.3. ACTIVITE DE L'UHCD

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	Nombre d'admissions annuelles à l'UHCD.		E	
2	Nombre de lits de l'UHCD.		E	
3	Durée moyenne de séjour à l'UHCD (en heures). <i>Moyenne, médiane, écart-type, percentile 95 %</i>		E	
4	Pourcentage de patients ayant passé plus de deux nuits consécutives <i>Date de sortie – date d'entrée > 2</i>		E	
5	Taux d'occupation		S	
6	Orientation des patients à la fin du séjour à l'UHCD (n - % du nombre de malades hospitalisés à l'UHCD) : - hospitalisation en court séjour - sortie normale - hospitalisation moyen séjour - transfert autre établissement		E	

2. INDICATEURS DE MOYENS

Calcul pour l'unité d'accueil des urgences, l'UHCD est exclue.

2.1. Nombre de malades pris en charge par agent et par an

Tous les personnels paramédicaux sont exprimés en "équivalent temps plein" (ETP) de l'effectif total jour et nuit.

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	<u>Total passages annuels</u> Nombre d'agents rémunérés sur l'année <i>Agent rémunéré = IDE et tous agents du service + agents des services centraux directement affectés</i>		E	
2	<u>Total passages annuels</u> Nombre d'infirmières rémunérées sur l'année		E	
3	<u>Total passages annuels</u> Nombre d'aides soignantes rémunérées sur l'année		E	
4	<u>Total passages annuels</u> Nombre d'ASH- brancardiers rémunérés sur l'année		E	

2.2. Temps moyen passé par un médecin pour un malade

Temps de travail des médecins seniors et des internes spécifiquement affectés au service des urgences. Le temps de travail des internes n'est pas inclus dans le temps de travail des médecins seniors, mais comptabilisé à part.

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	<u>Total du temps des médecins (docteur en médecine)</u> Total passages annuels		E	
2	<u>Total du temps des internes</u> Total de passages annuels		E	
3	<u>Total du temps des médecin</u> Total du temps des internes		E	

<p><i>Le temps en terme de présence est calculé de la façon suivante :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Statut Temps plein : 1620 heures <i>Base : 52 semaines/an, 5 semaines de vacances, 2 semaines FMC soit 45 semaines de travail effectif. Le temps moyen par semaine est estimée à 45 heures dont 80 % est consacrée exclusivement à la prise en charge des malades soit 36 heures.</i> - Statut temps partiel : 810 heures <i>Même calcul, le temps moyen par semaine est de 18 heures.</i> - Gardes : 5475 heures de 18h00 à 9h00 : 15 heures par jour x 365 - PU PH, CCA : 810 heures <i>Calculé sur la base d'un 1/2 temps hospitalier</i> - Vacataires : 3h30 la vacation. <p><i>Le total des heures médecins correspond à la somme des heures travaillées par tous les médecins du service selon leur statut. Il ne comprend pas le temps des internes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Internes : 1620 heures <i>Le temps est calculé sur la base des PH temps plein.</i> <p><i>En cas d'affectation multiple, le temps est calculé en fonction du % de temps affecté aux urgences.</i></p>			
--	--	--	--

2.3. Qualité de l'espace d'accueil

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	<u>Superficie totale du service des urgences hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels		E	
2	<u>Superficie des salles d'attente du service des urgences hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels		E	
3	<u>Superficie des salles de soins du service des urgences hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels		E	
	<p><i>Dans les salles de soins, compter toutes les salles d'examen et de soin y compris les salles de préparation de soin, les salles de déchocage, de suture et de plâtre. Exclure les secrétariats, les bureaux et chambres de garde, les salles de radiologie et éventuellement de bloc opératoire, les sanitaires, les utilités et les locaux de rangement.</i></p>			

2.4. Qualité de communication

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	<u>Total de passages annuels</u> Nombre de postes téléphoniques du service <i>Exclure les chambres de garde, les salles de radiologie, les bureaux médicaux, les téléphones publics, l'UHCD et éventuellement le bloc opératoire.</i>		E	

3. INDICATEURS DE COUT DE L'URGENCE

Le coût global par passage aux urgences comporte des charges directement affectées et des charges indirectement induites. Les charges indirectes doivent être affectées au service des urgences (accueil) par une clef de répartition. D'une façon générale, les établissements répartissent encore de façon irrégulière les charges indirectes. La valeur du coût global doit donc être analysée avec prudence. L'objectif est de disposer d'un coût de revient incorporant toutes les charges directes et indirectes de façon exhaustive. En pratique, le mode de calcul doit être fourni en annexe.

Les dépenses de consommations directement affectées sont à l'heure actuelle recueillies par la comptabilité analytique de tous les établissements et peuvent être considérées comme plus fiables.

Les dépenses et le coûts doivent être exprimés en francs (en Euro après le 01/01/02).

	CRITERES CHIFFRES	Valeur	ESO	Références
1	Coût de passage global = <u>Dépenses totales (directes et indirectes) imputées à l'accueil des urgences (hors UHCD)</u> Total de passages annuels		S	
2	Dépenses directement affectées au service des urgences, hors UHCD (Dépenses exprimées par passage en divisant la dépense totale de la catégorie par le nombre total de passages annuels) <ul style="list-style-type: none"> • personnel médical • personnel non médical • amortissement du matériel propre au service • dépenses médicales <ul style="list-style-type: none"> * produits sanguins * médicaments dérivés du sang * petit matériel médical * médicaments * matériel à usage unique * examens faits à l'extérieur 		S	
3	Dépenses induites par recours au plateau technique : (Dépenses exprimées par passage en divisant la dépense totale de la catégorie par le nombre total de passages annuels) <ul style="list-style-type: none"> • frais de laboratoire imputés au service des urgences hors UHCD • frais de radiologie imputés au service des urgences hors UHCD 		S	

LISTE DES COMPTES AFFECTES AUX URGENCES

Cette liste n'est pas exhaustive. Elle doit être adaptée à chaque établissement hospitalier.

PERSONNEL NON MÉDICAL	DEPENSES MÉDICALES	CHARGES DIVERSES
<p>631.1 Taxes sur les salaires PNM 633.1 Versement transport PNM 633.2 Versement F.N.A.L. PNM 633.6 Fonds pour l'emploi hospitalier 641.1 Personnel titulaire et stagiaire 641.3 Personnel non titulaire sur emploi permanent 641.5 Personnel non médical de remplacement 641.6 C.E.S. 645.1 Charges sur salaires PNM 647.81 Carte de transport PNM 647.84 Cotisations CGOS 648 Frais divers de personnel 625 Déplacements D.O.M. - T.O.M.</p>	<p>Produits sanguins 942.11 Produits sanguins stables 942.15 Produits sanguins labiles</p> <p>Médicaments 942.11 Médicaments 942.16 Fluides et gaz médicaux 942.17 Produits de base Ex. produits chimiques et galéniques 942.18 Autres produits pharmaceutiques</p> <p>Petit matériel médical 942.21 Ligatures 942.22 Petit matériel médico-chirurgical non stérile 942.23 Matériel médico-chirurgical à usage unique stérile 942.25 Fournitures d'imagerie médicale 942.26 Appareillages orthopédiques 942.27 pansements 942.28 Autres fournitures médicales</p>	<p>606.3 Fournitures, petits matériels et outillages 606.4 Fournitures de bureau, informatique, imprimé 606.8 Autres achats non stockés de mat. et fournitures 615.2 Entretien des bâtiments 615.5 Entretien et réparations sur biens mobiliers 622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires 624 Transports de biens et usagers 658 Charges diverses de gestion courante 672.8 Charges sur exercices antérieurs 942.3 Alimentation 942.5 Fournitures hôtelières 942.7 Fournitures pour ateliers 942.8 Autres fournitures suivi en stock 681 Amortissement des matériels</p>
PERSONNEL MEDICAL	EXAMENS À L'EXTERIEUR	DEPENSES INDUITES PAR RECOURS AU PLATEAU TECHNIQUE PAR PASSAGE
<p>631.1 Taxe sur les salaires PM 633.1 Versement transport PM 633.2 Versement F.N.A.L. PM 633.3 Formation personnel médical 642.1 Praticiens temps plein 642.4 Internes et étudiants en médecine 642.5 Gardes et astreintes 645.2 Charges sur salaires PM 647.81 Carte de transport PM</p>	<p>611.12 Prestations d'imagerie médicale 611.13 Prestations de laboratoires 611.18 Autres prestations</p>	<p>Frais de laboratoire Frais de radiologie</p> <p>Mode de calcul : Il faut prendre le coût de l'unité d'œuvre du B et du Z (déterminé dans le compte administratif retraité PMSI). Ensuite, le multiplier par le nombre d'unité d'œuvre consommé par les urgences</p>

1. BUTS ET MISSIONS

On entend par "urgence" toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.

Les modalités de fonctionnement du service sont prévues, écrites, et conformes au projet d'établissement.

L'hôpital s'engage à assurer globalement la fonction d'accueil, d'orientation et de soin des urgences.

La prise en charge des urgences ne repose pas uniquement sur le service des urgences, mais sur l'ensemble des services de l'hôpital.

1.1. LE PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT

	CRITERES	ESO	Références
1	Le projet médical hospitalier affirme et précise la mission d'accueil et de prise en charge des urgences dans l'établissement. <i>A savoir l'accueil 24 h/24 tous les jours de l'année de toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique et sa prise en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.</i>	E	3, 5, 23, 31 OPC1
2	Le projet médical inscrit, dans son principe, l'obligation d'accueil, par les services d'aval de l'hôpital, des malades arrivés au service des urgences.	E	
3	Les relations avec les services d'aval font l'objet d'une contractualisation	S	
4	Les modalités d'hospitalisation des malades de médecine générale, c'est à dire ne relevant pas d'hospitalisation en service de spécialité sont prévues. <i>L'existence d'un service de médecine générale accueillant ces malades ne désengage pas le reste de l'hôpital de ses responsabilités vis à vis de l'urgence.</i>	E	
5	Le projet médical fixe un plan d'actions assorties de délais pour répondre aux missions des urgences que le CH s'est fixées.	E	
6	Les objectifs décrits dans le plan d'actions sont réalistes et mesurables ; s'il existe un plan d'action, les objectifs sont évalués afin de constater dans quelle mesure ils ont été atteints.	E	
7	L'application aux urgences du projet médical utilise au mieux les structures existantes dans le cadre de filières et de réseaux.	S	
8	Le projet médical prévoit l'existence d'un réseau gériatrique. <i>La prise en charge des urgences gériatriques est prévue dans le cadre d'un réseau de soins ville/hôpital (gériatrie, soins palliatifs...)</i>	S	34
9	Le projet médical prévoit pour le service des urgences des coopérations avec d'autres structures de soins <ul style="list-style-type: none"> • des conventions établies pour la prise en charge des malades transférés d'autres établissements ou vers d'autres établissements existent • lorsque l'établissement ne pratique pas la psychiatrie, il existe des conventions avec le ou les secteurs psychiatriques correspondants, afin d'assurer les consultations internes à l'établissement ainsi que le transfert sans délai des patients dont l'état l'exige. • d'autres conventions existent pour les disciplines où elles sont nécessaires. 	S E S	14, 18, 19, 24, 25, 31
10	La nature de la mission d'accueil des urgences est inscrite dans le contrat pluriannuel entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé.	E	34
11	L'autorisation de fonctionnement du service d'urgences est accordée par les tutelles.	E	29, 30
12	Le projet médical engage l'hôpital à adopter une ou plusieurs mesures susceptibles d'améliorer la qualité de l'accueil aux urgences. <i>Ces engagements peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un protocole d'accord cosigné par la tutelle.</i>	S	35

1.2. LE PROJET DE SERVICE - LE CONSEIL DE SERVICE - LE REGLEMENT INTERIEUR

Le service est entendu comme étant soit une unité fonctionnelle soit un service soit un département soit un centre de responsabilité.

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un projet de service spécifique aux urgences.	E	8, 9
2	Le projet de service est cohérent avec le projet médical d'établissement.	E	26
3	Le projet de service définit les missions du service, y compris les missions particulières (UMJ, PASS, médecine pénitentiaire...) <i>Les missions de service ont pour objectif de fournir une prestation qui répond aux besoins individuels des patients dont ils ont la charge.</i>	E	7
4	Le projet de service précise : les procédures mises en place pour répondre aux missions, le niveau auquel sont prises les différentes décisions, l'effectif du service.	E E E	10
5	Le projet de service propose un organigramme du service et fixe les tâches de chaque catégorie de personnel : médecins, internes, étudiants, infirmiers, aide-soignants, ASH, assistante sociale, agents administratifs...	E	
6	Le projet de service contient des mesures visant à améliorer la qualité des prestations proposées au malade par le respect des bonnes pratiques professionnelles.	E	11
7	Le projet de service prévoit la politique de formation du personnel médical et paramédical: formation initiale pour le personnel infirmier nouvellement nommé et formation continue.	E	
8	Le projet de service prévoit la mise en œuvre de procédures d'évaluation.	E	22, 32
9	Ces procédures d'évaluation, selon un rythme prévu, mesurent que les objectifs sont atteints.	S	
10	Il existe un conseil de service ou un conseil d'unité qui se réunit au moins deux fois par an.	E	10, 37
11	Le conseil de service a examiné le projet de service en cours.	E	
12	Le conseil de service ou le conseil d'unité veille à l'établissement de protocoles de soins, et de procédures utilisés dans le service. Il analyse les dysfonctionnements.	E	
13	Le conseil de service arrête chaque année dans la mesure du possible des objectifs quantifiés d'amélioration spécifiques du domaine des soins.	S	
14	Le conseil de service identifie des situations de non qualité de la prise en charge du patient, et recherche systématiquement les causes de dysfonctionnement.	S	43
15	Les compte-rendus du conseil de service sont accessibles à tout le personnel. <i>Ils émargent une liste après lecture.</i>		
16	La charte du malade est à la disposition du personnel et des patients.	E	7

	<i>Elle fait l'objet d'échanges réguliers lors des temps de formations.</i>		
17	Il existe un règlement intérieur du service des urgences.	E	
18	L'organisation et le fonctionnement du service, la composition de l'équipe, son organigramme, les horaires de travail ont été précisés dans le règlement intérieur.	E	5
19	Le règlement intérieur est connu par l'ensemble des membres de l'équipe, il est à la disposition de tous les nouveaux arrivants, y compris les étudiants.	E	5
20	Le règlement intérieur est remis à jour périodiquement.	S	

1.3. LE CONSEIL DE L'URGENCE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un conseil de l'urgence (ou une structure similaire) qui se réunit 3 à 4 fois l'an.	E	3
2	Le conseil de l'urgence comprend des praticiens de services ou de départements et des cadres de soin impliqués directement dans les problèmes de l'urgence	E	12
3	Le conseil de l'urgence facilite la coordination du service des urgences avec les autres services de l'établissement.	S	8
4	Le conseil de l'urgence fixe les procédures permettant l'accueil des malades des urgences dans les services d'aval. <i>En particulier, il fixe la nature, la localisation et le nombre de lits destinés aux malades à recrutement exclusif par les urgences.</i>	S	12
5	Le conseil de l'urgence examine les situations de non qualité dues à un manque de coordination entre les services qui sont impliqués dans le fonctionnement de l'urgence	S	
6	Le travail réalisé par le conseil de l'urgence est soumis à l'avis de la CME qui délibère sur : <ul style="list-style-type: none"> • le fonctionnement général des urgences • l'organisation du service de garde • les mesures à prendre pour s'assurer du respect des obligations des services vis à vis de l'urgence, • la présence en toutes circonstances de compétences médicales appropriées et de médecins ayant un niveau de responsabilité suffisant ou des procédures permettant de palier à leur absence. 	S	36
7	Toute décision concernant la politique de l'urgence de l'établissement et/ou pouvant avoir un retentissement sur le fonctionnement du service d'urgences est examinée par le conseil de l'urgence.	E	

1.4. MESURES GENERALES D'EVALUATION

Les mesures développées dans ce chapitre sont d'ordre général et reprises dans chaque chapitre spécifique.

	CRITERES	ESO	Références
1	Dans le cadre de la procédure d'accréditation (ANAES), le service des urgences élabore un projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.	E	40
2	Le service des urgences développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'évaluation des pratiques médicales respecte les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. <i>La politique d'évaluation utilise les outils disponibles, en particulier, l'auto-évaluation interne.</i>	E	22
3	Il existe des outils d'évaluation qualitative et quantitative. Ces outils sont d'ordre médical, organisationnel, réglementaire et économique. Ils sont conformes au "Guide des outils d'évaluation aux urgences".	E	1
4	Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé disposent de moyens adéquats et procèdent à l'évaluation de leur activité. <i>Cette obligation est applicable aux services d'urgences.</i> <i>Le contrôle et le maintien de la qualité des soins et de la sécurité de la prise en charge, la recherche des améliorations possibles du fonctionnement, rendent indispensable l'évaluation régulière de l'activité du service.</i>	S	14, 16, 21, 34
5	La commission du service des soins infirmiers est consultée sur l'évaluation des soins infirmiers.	S	27
6	Il existe une évaluation particulière de la capacité de l'établissement à accueillir ou orienter les malades se présentant aux urgences (respect de "l'impôt-lit" ou toute autre procédure).	S	
7	Des travaux d'évaluation de l'activité du service sont menés par l'ensemble du personnel et font l'objet de synthèses et de présentations à l'ensemble de l'équipe. <i>Ils constituent des éléments de réflexion pour optimiser le fonctionnement du service.</i>	E	5, 7, 21, 22
8	Il existe une cellule qualité (ou une structure similaire) à l'hôpital.	S	5, 10

2. DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Le service des urgences connaît le nombre et le type de patients (répartition âge, sexe, motifs d'admission, diagnostics). Il connaît ses ressources en personnel. Il connaît également ses consommations et ce qu'elles coûtent. Cette connaissance nécessite une informatisation administrative et aussi épidémiologique. L'informatisation permet de faire des enquêtes nécessaires à l'adaptation des moyens et du fonctionnement aux besoins et au recrutement.

Le service des urgences doit pouvoir fournir un bilan d'activité chiffré. Cette évaluation quantitative est un élément indispensable à l'élaboration du projet médical du service d'urgence. Ce bilan d'activité ne permet en aucun cas d'évaluer la qualité de l'accueil et des soins. Le bilan d'activité permet d'adapter les moyens aux besoins et de fournir certains signaux d'alerte lors de dysfonctionnement. Le codage des diagnostics (thésaurus-CIM 10) et des actes diagnostiques et thérapeutiques, doit permettre d'obtenir des données statistiques. Il permet aussi de fournir un des éléments de base à une évaluation de la qualité des soins et de l'utilisation des moyens.

2.1. BILAN D'ACTIVITE DU SERVICE DES URGENCES

Le service des urgences connaît l'activité de l'ensemble de l'établissement afin de savoir quel est le recrutement de l'hôpital (activité de proximité, activité de recours) et quelle est sa place dans le recrutement total de l'hôpital.

Il exprime sa propre activité par un tableau de bord, régulièrement tenu à jour.

2.1.1. TABLEAU DE BORD, ENQUETES, RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE

	CRITERES	ESO	Références
1	Le tableau de bord minimum préconisé par la SFMU est tenu. <i>Un exemplaire correspondant à chacune des deux années précédentes est fourni.</i>	E	1, 3, 10
2	Il existe un rapport d'activité annuel. <i>Il comporte les tableaux de bord et leur commentaire, les actions d'évaluation commentées, les actions de formation continue, les activités de recherche et d'enseignement.</i>	E	3
3	Il existe un référent capable de donner tous les renseignements nécessaires, que ce soit à l'ensemble du personnel médical et paramédical, à l'administration hospitalière, aux différentes institutions (CNAM, DRASS, ARH,...)	E	
4	La classification GEMSA est utilisée. <i>Elle permet en particulier de dénombrer les passages non programmés et d'approcher la charge en soins.</i>	E	

2.1.2. CODAGE DES ACTES ET DES DIAGNOSTICS

	CRITERES	ESO	Références
1	Les motifs de recours au service des urgences, sont codés par le médecin selon le thésaurus SFMU	E	1, 4
2	Les diagnostics principaux établis au service des urgences sont codés selon le thésaurus SFMU	E	1, 4
3	La présentation des codages permet un suivi épidémiologique <i>Le SAU a un rôle majeur d'observatoire de santé publique.</i>	S	
4	Le codage des actes diagnostiques et des actes thérapeutiques est réalisé selon le thésaurus SFMU.	E	1, 3
5	Le nombre de bilans biologiques est connu. <i>En permanence ou lors de certaines études, directement ou par le biais des laboratoires de l'hôpital.</i>	S	
6	Le nombre de radiographies (actes radiographiques standards) est connu.	S	

2.1.3. BUDGET DE SERVICE & COUTS

	CRITERES	ESO	Références
1	Le budget du service des urgences est connu du (ou des) responsable(s) médical(aux) et paramédical(aux).	E	6, 7
2	Le budget est exprimé par poste (personnel médical et paramédical, produits pharmaceutiques, produits sanguins, matériel à usage unique, investissement...).	E	1, 6, 7 MEA8
3	Le budget des consommations est rapporté à l'activité.	S	
4	Le budget de service est présenté au cours du conseil de service. Il est analysé en fonction des moyens disponibles	E	6, 7
5	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage et pour chaque malade non hospitalisé selon les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques réalisées pour le service des urgences.	E	
6	Les dépenses du service sont régulièrement suivies (actes, produits pharmaceutiques, matériel à usage unique...)	E	2, 7

2.2. INFORMATISATION

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une saisie informatisée des items du tableau de bord de base préconisé par la SFMU.	E	1
2	L'informatisation permet de connaître le fonctionnement du service, d'éditer automatiquement les tableaux de bord conformes aux recommandations de la SFMU et de fournir des rapports annuels.	E	1, 2, 7
3	L'informatisation permet la connaissance des flux de patients (flux horaire, flux hebdomadaire, variations saisonnières...)	E	1, 2, 7
4	Même en cas d'informatisation développée, il existe un minimum de données papiers (main courante). <i>La suppression des documents papiers n'est possible que si les données informatiques sont continues, performantes et exhaustives.</i>	E	2, 7
5	Le système informatique permet de faire des requêtes, simples et croisées, par le service lui-même.	E	2
6	Le système informatique du service est connecté, ou inclus, dans le système central de l'hôpital avec possibilité de repérage des comptes rendus de consultation et d'hospitalisation antérieure.	S	2
7	Le système informatique permet l'édition d'éléments nécessaires aux soins et aux demandes d'examens <i>(courriers automatiques, certificats, étiquettes, fiches navettes...).</i>	E	2
8	Le logiciel d'exploitation des données du service est déclaré à la CNIL.	E	
9	L'accès aux données médicales informatisées sont sécurisées. Leur consultation n'est possible qu'au personnel de santé.	E	

2.3. URGENCES INTERNES A L'HOPITAL

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une procédure écrite pour la prise en charge des urgences internes vitales de l'hôpital.	E	
2	Il existe une procédure écrite pour la prise en charge des urgences internes non vitales de l'hôpital.	E	
3	Ces procédures sont connues de tous les partenaires de l'établissement.	E	
4	Ces procédures précisent la prise en charge des malades présents à l'accueil des urgences pendant le déplacement du médecin senior pour les urgences internes.	S	3
5	Il existe une procédure d'appel aux médecins en charge des urgences internes .	E	
6	La procédure d'intervention est validée par les instances de l'établissement.	S	
7	Cette procédure est régulièrement évaluée et modifiée si nécessaire.	S	

3. GESTION DE L'ACCUEIL

3.1. MODALITES DE L'ACCUEIL (OPC3)

3.1.1. ENREGISTREMENT DES PASSAGES

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un registre chronologique des passages (main courante).	E	1
2	A l'arrivée, chaque patient est correctement identifié et un dossier est créé avec un numéro spécifique.	E	3
3	L'organisation de l'accueil permet l'enregistrement administratif 24h/24 à l'arrivée	S	

3.1.2. MODALITE DU TRI ET DE L'ORIENTATION À L'ARRIVEE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe des procédures de prise en charge des patients tenant compte, par pathologie, d'une hiérarchie des besoins.	E	
2	Les procédures de prise en charge sont évaluées régulièrement. <i>Exemple : Reconvocation de la petite traumatologie à la consultation du chirurgien.</i> <i>Tout malade instable doit être montré au réanimateur.</i> <i>Tout malade enregistré au SAU doit être examiné.</i> <i>Si un malade est adressé par un médecin il doit être obligatoirement vu par un assistant.</i> <i>Tout bilan radio sera revu le lendemain par le radiologue.</i> <i>Tout évènement sentinelle est noté : décès, passage en réa, sortie contre avis médical, sortie avant soins.</i>	E	
3	L'infirmière d'accueil détermine l'orientation dans les filières de soins en fonction des signes de gravité et de la pathologie. <i>Les éléments déterminant l'orientation des malades sont écrits dans une procédure (Echelle de tri).</i>	E	
4	L'IAO est clairement et immédiatement identifiable (badge).	E	9, 10
5	Il existe en permanence 24h/24 un soignant d'accueil et d'orientation. <i>Soit un médecin, soit une IAO, soit à défaut une infirmière responsable désignée pour assumer cette fonction.</i>	E	1, 7, 9
6	Il est possible de renseigner les malades et leur famille sur le plan administratif et social.	S	
7	Tous les patients qui se présentent aux urgences sont enregistrés par le personnel d'accueil.	E	
8	Un référent du malade, accompagnant ou non, est recherché et identifié. Ses coordonnées sont enregistrées.	E	
9	L'enregistrement des informations permettant l'orientation des malades respecte la confidentialité de ces données.	E	1
10	Dès l'enregistrement du malade, il est possible de le situer, pendant son séjour aux urgences à partir de tout point du service.	S	
11	La décision de non examen d'un patient s'étant présenté aux urgences est prise par un médecin.	E	

12	Les délais d'attente avant examen médical, examen complémentaire et/ou mutation sont connus et analysés..	S	OPC3
----	---	---	------

3.1.3. INFORMATION DES PATIENTS ET DES FAMILLES A L'ARRIVEE

	CRITERES	ESO	Références
1	L'information générale, relative au déroulement du passage aux urgences, est écrite (livret d'accueil, affiche), visuelle, voire vidéo. Elle est disponible dès l'accueil. <i>Cette information générale est destinée aux patients et aux familles.</i> <i>Elle constitue un outil de communication destiné aux patients et à leur entourage.</i>	E	
2	L'information aux malades est régulièrement remise à jour.	S	
3	L'information porte sur la présentation de l'hôpital, les circuits, les formalités administratives, les conditions et la durée approximative du passage, le nom du médecin responsable, les motifs d'une attente éventuelle et les coûts.	E	1, 9, 11
4	Des traductions dans différentes langues sont prévues. <i>Une liste des traducteurs est disponible, avec leur numéro d'appel. Cette liste est revue périodiquement.</i>	S	
5	Il existe un local isolé jouxtant les urgences permettant un entretien serein pour informer la famille en cas de pathologie grave ou de décès.	E	
6	Le grade ou la fonction de tous les professionnels est identifié par un badge lisible.	E	

3.2. RELATION AVEC L'AMONT

3.2.1. SAMU, SMUR, POMPIERS, POLICE

	CRITERES	ESO	Références
1	Lorsqu'il n'existe pas de SMUR dans l'établissement, une convention avec le SAMU et le SMUR le plus proche a été élaborée pour le transport des patients en état grave.	E	9
2	Les malades graves sont annoncés avant leur arrivée. Ceci fait l'objet d'un protocole avec le SAMU/SMUR. <i>Cette annonce comporte une description clinique succincte.</i>	E	
3	Il existe une description des modalités de fonctionnement avec la police du secteur. <i>Les conditions d'accès et de stationnement de la police sont prédéterminées et négociées.</i>	E	
4	Le SAMU / centre 15 est informé en cas de difficultés d'admission de patients graves. L'administrateur est simultanément prévenu.	S	

3.2.2. MEDECINS LIBERAUX

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une politique de concertation et des mesures pratiques visant à faciliter les liens avec la médecine de ville. <i>Vacations éventuelles, possibilité d'accueil des malades, possibilité de joindre le médecin des urgences pour avis médical.</i>	S	
2	Le service dispose de la liste actualisée des médecins libéraux du secteur.	S	
3	Il existe une ligne téléphonique réservée aux appels des médecins traitants (ne permettant pas la sortie d'appels) <i>Le numéro de cette ligne est indiqué sur le livret d'information des médecins de ville. Les appels sont notés ainsi que les questions particulières. Elles sont analysées.</i>	S	
4	Les coordonnées du médecin traitant sont saisies au début du passage	E	ANAES
5	Le service dispose de la liste de garde des médecins libéraux du secteur.	S	

3.2.3. AUTRES

	CRITERES	ESO	Références
1	Si le service est SAU, il existe une convention éventuelle avec les "Unités de proximité" en dépendant.	E	

3.3. AFFLUX MASSIF DE BLESSES

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un protocole écrit régulièrement actualisé. <i>Délai d'actualisation inférieur à 2 ans.</i>	E	???
2	Le protocole prévoit les modalités de rappel du personnel.	E	
3	Le protocole prévoit les modalités d'organisation de l'accueil des patients, des familles et de la presse.	E	
4	Le protocole prévoit les modalités d'organisation des blocs opératoires et des services de réanimation.	E	
5	Le protocole prévoit une autorité de déclenchement et un responsable de l'accueil.	E	
6	Le protocole est réalisé conjointement avec le SAMU, l'administration de l'hôpital et les services concernés.	E	
7	Le protocole est approuvé par le conseil des urgences, par la direction de l'établissement et par la CME.	E	
8	Le protocole prévoit l'utilisation de locaux dont l'aménagement permet d'installer des moyens de secours.	E	
9	Un exercice simulé est régulièrement organisé.	S	
10	Une prise en charge psychologique des impliqués et des familles est prévue.	E	

11	Une réunion de bilan final est organisée ("débriefing ») et des mesures correctives sont mises en oeuvre.	E	
----	---	---	--

3.4. EVALUATION DE L'ACCUEIL

	CRITERES	ESO	Références
1	La durée de l'attente avant le 1er examen médical fait régulièrement l'objet d'une analyse.	E	7
2	La durée de l'attente avant mutation une fois les soins terminés fait régulièrement l'objet d'une analyse.		
3	Il existe une évaluation du taux des données administratives correctement saisies.	S	
4	Il existe une évaluation du niveau de satisfaction à l'égard du service concernant : <ul style="list-style-type: none"> - les différents partenaires (médecins traitants, les autres services prestataires de service ou accueillant les patients des urgences). - les usagers et leurs familles (utilisation éventuelle du registre des plaintes). 	S S	3, 7, 10, 47

4. LA MEDICALISATION

Chaque malade est vu par un docteur en médecine dont la compétence, en médecine d'urgence ou en spécialité, est adaptée aux problèmes qu'il pose. Les médecins du service d'urgences ont un diplôme de médecine d'urgence hospitalière. Les assistants sont inscrits à la CMU ou au DIUMU lorsqu'il existe.

4.1. COMPOSITION DE L'EQUIPE

4.1.1. ORGANISATION DE L'EQUIPE MÉDICALE

	CRITERES	ESO	Références
1	<p>Au niveau de chaque site d'accueil, deux impératifs sont respectés :</p> <p>a) la permanence médicale : l'accueil est assuré 24 h/24, par au moins un médecin senior, formé à l'urgence</p> <p>b) la compétence : toute décision médicale est prise par un docteur en médecine.</p> <p><i>L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin senior soit physiquement présent vingt-quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année. Il est responsable de l'examen de tout patient arrivant dans le service</i></p>	E E	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 17, 47
2	<p>L'organigramme médical précise la structure hiérarchique, l'organisation de l'équipe médicale et les fonctions de chaque médecin dans un règlement intérieur écrit.</p> <p><i>(L'organisation précise le rôle et la responsabilité de chaque poste médical.)</i></p>	E	1, 8, 9
3	L'organigramme médical est validé par le conseil de service.	S	17
4	<p>L'organigramme médical et le règlement intérieur sont connus de tout le personnel.</p> <p><i>Le rôle des seniors, des internes ou résidents est écrit dans un document remis à chaque nouvel arrivant.</i></p>	S	8
5	L'organisation du service est revue au moins tous les 3 ans. L'organigramme est révisé et fait mention de la date de révision.	S	8
6	La présence des médecins dans le service (internes et seniors) est définie à l'avance et figurée dans un planning écrit et disponible.	E	

4.1.2. LE CHEF DE SERVICE

	CRITERES	ESO	Références
1	<p>Il existe un chef de service des urgences.</p> <p><i>Il est identifié et reconnu comme tel dans la hiérarchie hospitalière.</i></p>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Le responsable est chef de service ou de département des urgences, ou d'un département ou fédération associant selon l'établissement aux urgences, le SAMU, le SMUR, la réanimation, ou l'anesthésie.	E	13
3	Si le chef de service ne consacre pas son temps plein aux urgences, il existe un praticien hospitalier, responsable de l'unité fonctionnelle (UF) d'accueil des urgences expérimenté en médecine d'urgence.	E	3, 9, 14, 33

4	Le responsable des urgences est praticien hospitalier temps plein. Il a une formation à la prise en charge des urgences, par une qualification universitaire ou par une expérience professionnelle de deux ans au moins dans un service recevant les urgences.	E	1, 9, 17, 46
5	La fonction de chef de service nécessite une formation en matière d'évaluation et de gestion organisation.	S	
6	Le Chef de service ou de département est nommé pour une durée de cinq ans renouvelable. Le renouvellement des fonctions est subordonné à la demande de l'intéressé, accompagnée d'un bilan de son activité en qualité de Chef de service ou de département et d'un projet pour le mandat sollicité, validé par le conseil de l'urgence.	E	28
7	Le chef de service rédige un rapport annuel d'activité associant le rapport des cadres infirmiers et conforme au "Tableau de Bord de la SFMU".	S	1, 10

4.1.2. LES MÉDECINS SENIORS DE L'ÉQUIPE

	CRITERES	ESO	Références
1	Hors médecins de garde, le tiers au moins des effectifs médicaux est formé par des temps plein statutaires (PH, PU-PH, PAC, PUC, Chefs de clinique, Assistants...)	E	
2	Les médecins "seniors" sont des assistants, des praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels, des attachés ou, en C.H.U., des C.C.A. <i>Les médecins de garde sont assimilés à la fonction d'attaché.</i>	E	
3	Leur nombre et leurs horaires de présence doivent être adaptés aux flux évalués préalablement.	E	1, 3, 6, 7, 9, 10
4	Ils portent un badge lisible mentionnant leur nom, et leur titre de docteur.	E	
5	Leur cursus de formation doit comporter un diplôme de médecine d'urgence hospitalière.	S	
6	A défaut, ils sont en cours de validation d'un diplôme de médecine d'urgence.	E	
7	Le médecin qui examine un malade en est le référent et est identifié comme tel.	E	
8	Il accueille, évalue, traite si besoin, et oriente son patient dans la filière de soin adéquate.	E	
9	Sa pratique s'intègre dans le cadre de l'organisation du service, telle qu'elle est définie par le règlement intérieur.	E	
10	Il peut être responsable en fonction de sa compétence d'une filière pré-définie telle que celle de la traumatologie ambulatoire.	O	
11	La qualification exigée des médecins de garde recrutés est clairement précisée.	E	
12	Les médecins senior des urgences doivent connaître et répondre aux critères du « Référentiel professionnel des urgences ». <i>Ce référentiel, rédigé par la SFMU, décline les connaissances, les modalités d'intervention et de prise en charge des patients, l'organisation du travail.</i>	E	

4.1.3. LES MÉDECINS EN FORMATION

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe des internes ou des résidents aux urgences. <i>(Lieu de formation et vivier de recrutement)</i>	E	1
2	Ils travaillent sous la responsabilité du médecin senior qui doit contrôler l'ensemble de leur activité. <i>Il existe une procédure écrite précisant les attributions de ces médecins en formation : elle précise les cas pour lesquels ils doivent en référer immédiatement à un médecin senior du service, les cas pour lesquels ils doivent rendre compte, après leur examen, à ces mêmes seniors.</i>	E	1, 7
3	Les internes ou résidents ne sont jamais laissés seuls aux urgences et ne sont jamais employés pour compléter l'effectif médical. <i>Le service des urgences est un lieu de formation pour les internes et résidents.</i>	E	10
4	Il existe une procédure de formation.	E	

4.2. DOCUMENTATION MEDICALE

	CRITERES	ESO	Références
1	Le service doit posséder des documents médicaux concernant l'ensemble de la médecine d'urgence (livres essentiellement). Ces livres sont accessibles 24h/24, actualisés.	E	1, 6, 7, 10
2	Il existe dans le service un accès à une ou des bases de données informatiques (MEDLINE, etc...) et au réseau Internet.	E	
3	Le service constitue une base de documents iconographiques types.	S	
4	Les conférences de consensus labellisées ou les Recommandations de Pratique Clinique concernant la médecine d'urgence (textes courts et textes longs) sont présents dans le service et facilement accessibles.	E	
5	Il existe un cahier des procédures médicales locales, unique, disponible à tout moment, facilement accessible, connu de l'ensemble de l'équipe et présent dans le service. <i>Il comporte des procédures issues de conférences de Consensus et de recommandations pratiques cliniques ou élaborées localement. Ces procédures sont écrites, approuvées par l'ensemble de l'équipe, datées, signées et mises à jour.</i>	E	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10
6	Le non respect de ces procédures est possible, il est alors justifié et motivé par écrit dans le dossier.	S	
7	Il existe au moins un dictionnaire des spécialités pharmaceutiques (Vidal) à jour dans le service.	E	
8	Les RMO adaptables à la pratique hospitalière figurent dans la documentation accessible.	S	
9	L'hôpital dispose d'un centre de documentation médicale accessible, correctement géré.	E	
10	Les médecins ont un accès rapide (dans la demi-journée) aux principales revues nationales et internationales concernant la médecine d'urgence.	E	

4.3. ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DES ETUDIANTS DANS LE SERVICE

	CRITERES	ESO	Références
1	Un module d'enseignement des situations d'urgences médico-chirurgicales, obligatoire, est réalisé pour les internes ,durant les premiers jours de leur présence. <i>Il est fait par les médecins seniors du service et par les différents spécialistes de l'établissement.</i>	E	6, 7
2	Il existe des réunions de service, régulières, programmées à l'avance. <i>Elles comportent des analyses de dossiers, des exposés de médecine d'urgence, traités par les médecins du service ou par des intervenants extérieurs, des analyses bibliographiques.</i>	S	3, 6, 7, 8
3	Tous les internes sont supervisés par les seniors qui assurent leur formation "au lit du malade".	E	7
4	Il existe localement un cycle d'enseignement pour les étudiants du 2ème cycle réalisé par les permanents de l'établissement.	O	
5	Il existe localement un cycle d'enseignement pour les résidents et DES réalisé par les permanents de l'établissement.	O	
6	Le programme de l'enseignement des étudiants de 2ème cycle est écrit, affiché et communiqué aux intéressés.	O	

7	Le programme de l'enseignement des résidents et DES est écrit, affiché et communiqué aux intéressés.	O	
8	Les objectifs du stage pour les résidents et DES sont définis et connus des PH du service.	O	
9	Il existe une évaluation de la qualité de l'enseignement par les enseignés (entrevue en fin de stage, questionnaire).	S	
10	Les médecins du service participent à l'enseignement de l'IFSI de l'hôpital.	S	
11	Les médecins du service participent aux formations dans l'hôpital sur les thèmes d'urgence.	S	

4.4. LA FORMATION CONTINUE DES PERMANENTS DU SERVICE

	CRITERES	ESO	Références
1	Les permanents du service sont membres d'une Société Savante.	E	
2	L'organisation du service permet aux médecins de libérer le temps nécessaire pour satisfaire aux obligations de MFC et à la fréquentation du centre de documentation.	E	
3	Les membres de l'équipe médicale suivent ou participent régulièrement à une formation médicale continue (FMC) : congrès, séminaires, stages pratiques accrédités, diplômes d'université.	E	34
4	Les choix des activités de formation font l'objet d'un plan de formation du service.	S	
5	Chaque praticien tient la liste des formations qu'il a suivi chaque année.	E	
6	La participation à ces formations donne lieu à compte rendu pour le reste de l'équipe.	S	
7	Les permanents du service participent à l'enseignement de leur spécialité dans les formations universitaires.	S	

4.5. RECHERCHE

	CRITERES	ESO	Références
1	Le service participe à des travaux de recherche multicentrique.	E	
2	Le service participe régulièrement aux communications dans les congrès et aux publications dans les journaux scientifiques.	S	
3	La liste des publications des membres du service est tenue à jour et annexée au rapport d'activité annuel.	E	
4	Tous les travaux de recherche effectués dans le service sont réalisés dans un cadre légal. <i>Les protocoles de recherche sont soumis au CCPPRB. Ils sont répertoriés (les noms des malades inclus, le nom du promoteur, les protocoles sont connus). Les documents concernant les études sont archivés 15 ans.</i>	E	
5	Le guide des bonnes pratiques cliniques de la recherche sont connus.		
5	Les participations des médecins du service comme conférenciers sont répertoriées.	S	

5. PERSONNEL PARAMEDICAL

5.1. GESTION DES DOCUMENTS OFFICIELS

	CRITERES	ESO	Références
1	Les documents officiels, régissant les différentes catégories de paramédicaux intervenant dans le service, sont à la disposition du personnel au sein du service.	E	
2	Toutes les notes de service émanant de la direction générale et/ou de la DRH et/ou de la DSSI sont à la disposition du personnel.	E	

5.2. PERMANENCE 24H/24 DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

	CRITERES	ESO	Références
1	La permanence des soins paramédicaux est organisée 24h/24 avec un personnel spécifique aux urgences.	E	10
2	Les tableaux de présence sont à la disposition du personnel au moins 15 jours avant la date effective selon une procédure consensuelle.	E	7
3	La répartition des présences tient compte des variations des flux des patients pour chaque catégorie de personnel (y compris les secrétaires).	E	3, 9, 10, 11 GRH4
4	Les tableaux de présence sont établis en tenant compte des souhaits personnels formulés par les agents. <i>Le personnel a à sa disposition un moyen pour faire connaître aux cadres leurs souhaits.</i>	S	
5	Le personnel peut connaître régulièrement sa situation en terme de congés annuels, débit ou crédit d'heures...	S	
6	Le service d'urgences dispose d'un service infirmier de compensation et de suppléance, destiné à répondre à toute absence ou augmentation de la charge de travail.	E	10

5.3. DEFINITION DES FONCTIONS

	CRITERES	ESO	Références
1	Le personnel paramédical est inclus dans l'organigramme du service	E	
2	Des fiches de postes individuels existent pour chaque catégorie de personnel paramédical présente dans le service.	E	1, 3, 5, 7, 11
3	Ces profils de fonction comprennent : la description des postes (lieu, horaire..), la nature de la fonction, les tâches à réaliser, les responsabilités générales et spécifiques du personnel au sein du service et les compétences et/ou les expériences antérieures requises.	E	1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 38, 39
4	Ces profils de fonctions peuvent être à tout moment consultés par le personnel.	S	1, 3, 5, 7, 11
5	Une remise à jour annuelle de ces documents est prévue.	S	1, 3, 5, 7, 9, 11

5.3.1. CADRE INFIRMIER ET CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR

	CRITERES	ESO	Références
1	Un cadre infirmier est responsable de l'équipe infirmière, AS, ASH, ASI, brancardiers.	E	
2	Le cadre infirmier a une formation reconnue en matière de gestion du personnel et des unités de soins.	E	
3	Il a une expérience professionnelle antérieure en matière d'urgences et/ou de réanimation et/ou de SAMU.	S	
4	Il est en relation permanente avec le DSSI (directement ou par le biais du cadre infirmier supérieur). <i>Il a le souci de faire appliquer sur le terrain les décisions, le projet quinquennal du DSSI.</i>	S	7
5	Un cadre infirmier est présent 24h/24, 7j/7 dans le service des urgences (à préciser selon la taille de l'établissement). A défaut, il est possible de faire appel à un cadre de garde par des moyens rapides (bip, téléphone).	E	3, 4, 7, 9, 10, 11
6	La nuit, en l'absence de cadre spécifique aux urgences, le cadre de garde pour l'établissement est basé aux urgences.	E	

5.3.2. INFIRMIERES ET AS

	CRITERES	ESO	Références
1	Un nombre suffisant d'IDE et d'AS est affecté 24h/24 au service des urgences. <i>Le niveau de l'effectif est conforme à celui fixé pour le SROS.</i>	E	4
2	Des études sont menées afin de déterminer si cet effectif est suffisant <i>Un ratio de personnel est défini.</i> Ces études porteront sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'estimation précise du volume annuel (mensuel) des patients admis dans le service. - une évaluation de la charge en soins infirmiers par des méthodes validées (SIIPS ou PRN complet) (Séguir ou RAISAU). - la variation des flux des patients (heure d'arrivée, DMS) - une estimation du taux d'occupation ponctuel à différents moments. 	E	1, 5, 7, 10, 14
3	Le personnel IDE, AS du service des urgences de travaille alternativement dans tous les secteurs du service.	S	7
4	Le personnel IDE, AS, du service des urgences travaille aussi bien de jour que de nuit.	S	7
5	Les infirmières ont reçu une formation spécifique aux différentes techniques de pose des moyens de contention (plâtre, etc...)	S	

5.3.3. L'INFIRMIER D'ORIENTATION ET D'ACCUEIL

	CRITERES	ESO	Références
1	L'organigramme comporte une fonction d'IAO.	S	
2	L'IAO est présente 24h/24. <i>A défaut, ses heures de présence sont précisées sur le planning..</i>	S	3, 9, 10
3	Le profil de poste de l'IAO est clairement défini dans un document écrit reprenant : <ul style="list-style-type: none"> * son champ de responsabilité * la description du poste (lieu, horaire...) * les tâches à réaliser (motif de consultation et degré d'urgence) * ses relations avec le reste de l'équipe * les critères de recrutement (ancienneté, formations) * son champ d'action vis à vis de celui du médecin 	E E E S O E	3, 11, 14
4	L'IAO a une formation spécifique.	S	
5	La fonction d'IAO est assurée selon un roulement par les infirmières de l'équipe.	S	9, 10
6	L'IAO peut appeler en permanence un référent médical.	E	

5.3.4. ASH-ASI

	CRITERES	ESO	Références
1	Une formation initiale existe et met l'accent sur le secret médical, la discrétion professionnelle, la spécificité du travail en service d'urgences, la présentation des profils de poste de la fonction ASH-ASI.	E	
2	Un document écrit et fonctionnel est élaboré reprenant les différentes tâches d'hygiène et de nettoyage, les procédures d'entretien des surfaces (y compris les produits).	S	11
3	Une réévaluation régulière des procédures est organisée conjointement avec l'IDE hygiéniste et/ou le CLIN.	S	
4	Une formation au maniement des machines (auto-laveuse) et à leur entretien est assurée par des membres de l'équipe compétents et/ou par les fournisseurs.	O	

5.3.5. SECRETAIRE MÉDICALE

L'organisation du fonctionnement du secrétariat est sous la responsabilité du chef de service.

	CRITERES	ESO	Références
1	Une (ou des) secrétaire(s) médicale(s) est présent dans le service durant : - la journée y compris le samedi - le début de la soirée - le dimanche et les jours fériés	E S S	11, 14
2	Lors de l'intégration, les secrétaires affectées aux urgences sont formées à leur rôle "d'accueil".	S	
3	Un agent du bureau des admissions est présent à l'accueil des urgences 24/24h. <i>Les horaires sont en adéquation avec le flux des patients.</i>	E	11, 14
4	Une saisie informatique permet de faciliter l'admission des malades en temps réel.	E	11, 14

5.3.6. INFIRMIER PSYCHIATRIQUE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe en permanence un ou plusieurs infirmiers ayant une compétence psychiatrique.	E	14, 68
2	A défaut, une convention a été établie avec l'établissement psychiatrique le plus proche afin d'organiser la mise à disposition ponctuelle de personnel spécialisé.	S	68

5.3.7. BRANCARDIER

	CRITERES	ESO	Références
1	Des brancardiers sont spécifiquement affectés aux urgences 24h/24 et 7j/7. <i>A défaut, l'ensemble du personnel connaît la procédure d'appel des brancardiers. Les temps d'attente et de prise en charge sont évalués et considérés comme acceptables.</i>	E	9, 10
2	Le personnel chargé du brancardage et du transport est formé	E	GFL6
2	L'activité "brancardage" est valorisée par une organisation précisée par écrit.	S	7
3	Il existe une procédure pour les transferts de patients dits instables.	E	7

5.3.8. ETUDIANTS INFIRMIERS ET AS EN FORMATION PRATIQUE

	CRITERES	ESO	Références
1	Les étudiants en formation bénéficient d'un encadrement assuré par un professionnel "tuteur" ou "réfèrent" désigné.	E	
2	Les étudiants IDE sont sous la responsabilité du cadre infirmier.	E	
3	Les actes réalisés par les étudiants le sont toujours sous contrôle et en présence d'un professionnel diplômé.	E	
4	Un document écrit dit "protocole d'encadrement" est établi et mis à la disposition des étudiants dès leur arrivée en stage.	E	
5	Le personnel des urgences participe à l'enseignement dispensé au sein des IFSI dans le cadre du module "Réanimation-Urgences SMUR".	E	

5.4. FORMATION CONTINUE

	CRITERES	ESO	Références
1	Le cadre infirmier suit une formation continue régulière dans le cadre de la médecine d'urgence.	E	
2	Le personnel IDE et AS du service des urgences bénéficie d'une formation spécifique à l'urgence.	E	47
3	Cette formation est définie dans un document écrit à la disposition de l'ensemble du personnel (objectifs, contenu, calendrier, intervenants...).	E	3, 7
4	Ce document est élaboré en tenant compte des attentes des différents acteurs du service, du projet de service, de la spécificité du service, du projet de la DSSI.	E	5
5	Cette formation spécifique comprend : <ul style="list-style-type: none"> - un séminaire d'intégration pour tous les nouveaux arrivants, <i>(avec présentation au service de l'environnement et des différents partenaires)</i> - une formation aux gestes d'urgences et au maniement du chariot d'urgence - une formation "approche des situations d'urgences" - une formation axée sur la manutention des malades - une formation spécifique à l'accueil - une formation spécifique aux situations de crise et de violence - une formation spécifique aux afflux massifs de victimes - l'acquisition de connaissances sur les pathologies les plus courantes rencontrées dans le service. - des temps d'informations : <ul style="list-style-type: none"> * sur le fonctionnement du matériel disponible dans le service et son entretien * sur les procédures administratives 	E E E S E S E E E	3, 7, 9, 10, 11, 47 GRH6

	<ul style="list-style-type: none"> * sur les règles d'hygiène * sur les règles de sécurité * sur les protocoles de soins, les procédures en vigueur dans le service. - une formation axée sur le savoir être. - une formation axée sur la qualité. 	E	
6	Le contenu du programme est réévalué périodiquement par l'ensemble de l'équipe.	E	3
7	Des revues de dossiers sont organisées avec l'équipe médicale pour renforcer les connaissances professionnelles.	E	7
8	Il existe des formations communes aux médecins et aux personnels soignants.	E	3
9	Il existe une procédure d'évaluation de la formation.	E	5, 9, 10
10	Les secrétaires participent à la formation continue en particulier dans le domaine de l'accueil et de l'informatique.	E	
11	Les besoins individuels en formation sont identifiés	E	GRH7b

5.5. EVALUATION

	CRITERES	ESO	Références
1	Un bilan annuel d'activité infirmière fait partie du rapport d'activité du service.	E	7, 11
2	Il apparaît dans ce document l'effectif budgété par catégorie professionnelle, l'effectif réel consommé durant l'année, un argumentaire des écarts, les agents à temps partiel, le taux d'absentéisme par catégorie (maternité, maladie,...), les journées de formation, les départs, les recrutements, et les mouvements entre équipe jour et nuit.	E	7, 11
3	Tous les membres de l'équipe ou intervenants dans le service sont identifiables facilement par un badge lisible comportant leur nom et leur fonction.	E	10, 11
4	Le personnel dispose d'un nombre suffisant de tenues vestimentaires pour que ces dernières soient toujours propres.	E	7, 10, 11
5	Une procédure d'évaluation du personnel est réalisée au moins une fois par an sous forme d'entretiens individuels. <i>Elle porte sur les compétences des agents, leur degré d'implication, leur professionnalisme, leurs efforts de formation, la réalisation de leurs projets professionnels...</i> <i>La grille d'évaluation est connue par les agents.</i>	E	5, 7 GRH7
6	Il existe une procédure d'évaluation à l'embauche et à période définie.	S	5

6. MOYENS TECHNIQUES PROPRES

6.1. LOCAUX D'ACCUEIL

6.1.1. SIGNALISATION

	CRITERES	ESO	Références
1	L'entrée des urgences est signalée aux abords et dans l'enceinte de l'établissement.	E	14, OPC2
2	L'hôpital est facilement accessible par le réseau routier.	E	OPC2
3	L'accès aux urgences est proche de l'entrée de l'hôpital.	S	
4	La signalisation des urgences est lumineuse la nuit.	E	1
5	Le fléchage du circuit amenant au service des urgences est présent dès l'entrée de l'hôpital, à partir de toutes les entrées de l'hôpital, clairement visible.	E	1, 9

6.1.2 LOCAUX EXTERIEURS

	CRITERES	ESO	Références
1	L'entrée du service d'accueil des urgences est un des accès principaux de l'hôpital.	E	14
2	L'entrée des urgences est réservée uniquement aux consultants du service des urgences. <i>Elle est distincte de celle des consultants, des hospitalisés, des familles, des visiteurs ou des fournisseurs.</i>	E	
3	La zone de déchargement des patients ("sas") est close, couverte, de type traversant, permettant l'arrêt des ambulances et des véhicules particuliers.	E	1
4	Une large zone de stationnement « de dégagement » et de manœuvre réservée au stationnement des véhicules de secours permet de libérer rapidement l'entrée.	S	1, 9
5	Il existe une organisation de circulation avec un accès spécifique aux véhicules de secours se rendant aux urgences. L'accès est libre en permanence, à sens unique, avec une zone de déchargement des patients en véhicule.	E	
6	L'accueil des urgences est unique et permanent pour tous les types d'urgences (excepté obstétrique).	E	14
7	L'entrée est située de plein pied, facilement accessible aux piétons et aux véhicules par des accès distincts.	S	14
8	Les portes sont automatiques.	S	1
9	Il existe une hélisurface conforme à la réglementation, dans l'établissement ou à proximité immédiate.	E	3
10	Le transport des patients du service des urgences à l'hélisurface est prévue par une procédure et ne nécessite pas de véhicule intermédiaire.	E	
11	Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées.	E	
12	Le stockage des brancards et chaises est à proximité immédiate de la zone d'accueil.	E	1

6.1.3. LOCAUX INTERIEURS

	CRITERES	ESO	Références
1	Le service est distingué en plusieurs zones : <ul style="list-style-type: none"> • La zone d'accueil et d'orientation. • La zone d'examen et de soins. • La zone d'hospitalisation de courte durée. 	E	14
2	La zone d'accueil et d'orientation comporte : <ul style="list-style-type: none"> - le point d'accueil avec un poste de travail où se tient l'infirmière d'accueil et d'orientation - l'antenne du bureau des admissions le cas échéant, à proximité de l'IAO - une salle d'attente, - un local de réception des familles respectant la confidentialité, - des sanitaires. 	E S E E S S	1, 14
3	Il existe une salle d'attente pour les accompagnants avec <ul style="list-style-type: none"> cabines téléphoniques publiques, distributeurs de boissons / alimentation disponibles dans l'hôpital, télévision, zone fumeur ventilée. 	E E E S S	
4	Il existe une séparation entre le circuit d'arrivée des urgences couchées et celui des urgences debout. <i>Les accès des véhicules et des piétons sont distincts. Le circuit est de taille suffisante pour permettre le passage d'un fauteuil roulant ou d'un brancard avec un accompagnant de chaque côté.</i>	S	9
5	Les locaux sont maintenus propres 24h/24	E	
6	Les locaux sont soigneusement insonorisés.	S	1
7	Il existe une séparation des zones adultes et enfants	E	

6.1.4. LOCAUX D'EXAMENS ET DE SOINS

	CRITERES	ESO	Références
1	L'accès et l'organisation des locaux d'examens et de soins sont différenciés selon la nature des soins et l'importance de leur fréquentation.	E	
2	Cette zone comprend une salle de déchoquage pour au moins deux patients, fonctionnelle 24 h/24, pour adultes et enfants.	E	1
3	Les salles de soins de 12 m ² minimum sont équipées de fluides médicaux et d'une paillasse de soins équipée d'un point d'eau.	E	1
4	Il existe une salle de plâtre équipée de fluides médicaux.	E	9
5	Il existe une salle de suture (et parage) (<i>il ne s'agit pas d'un bloc opératoire</i>).	S	9
6	Des salles de soins spécifiques sont réservées pour la pédiatrie.	S	1
7	Selon la taille du service, le secteur psychiatrie fait l'objet ou non d'une entité géographique distincte, en tous cas, séparé des salles de soins.	S	
8	Une salle de radiologie conventionnelle est prévue dans cette zone ou à proximité immédiate.	E	1
9	Une salle d'échographie est prévue dans cette zone (SAU) ou à proximité immédiate.	S	
10	Il existe une salle de bains, de décontamination et de dégravillonnage.	S	
11	Il existe une zone de travail médical.	E	
12	Le câblage informatique du service permet de disposer d'ordinateurs pour traiter ou recevoir l'information en temps réel.	E	4, 5
13	La structure permet la surveillance correcte des patients sans atteinte à leur vie privée.	E	
14	Les locaux sont vérifiés selon une procédure programmée, écrite, avec identification des intervenants	E	2

6.1.5. LOCAUX SPECIFIQUES

	CRITERES	ESO	Références
1	Un local est prévu pour le dépôt des corps et pour la présentation du corps à la famille.	E	9
2	Les chambres de garde sont situées à moins de deux minutes des soins pour les médecins, les internes, résidents.	E	
3	Les chambres de garde sont équipées de WC, de douche, de téléphone.	E	
4	Il existe une salle de détente pour le personnel, séparée de la zone de soins. <i>Elle comporte une zone fumeurs et une zone non fumeurs.</i>	E E	6, 5
5	Il existe des sanitaires réservés au public, dont un est accessible aux fauteuils roulants avec possibilité de transfert.	E	
6	Il existe des locaux de nettoyage, de réserve, de rangement.	E	
7	Il existe une salle de réunions et d'enseignement.	E	
8	Il existe des sanitaires, des douches et des vestiaires pour le personnel.	E	
9	Il existe un coffre pour les dépôts de valeur.	E	
10	Les médecins disposent de bureaux	E	

6.1.6. ACCES AUX AUTRES SERVICES

	CRITERES	ESO	Références
1	Le service a un accès direct au service imagerie.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Le bloc opératoire des urgences est proche des locaux des urgences : - dans le même bâtiment - au même niveau	E S	
3	Le service de réanimation est à proximité	E	

6.2. MATERIEL

6.2.1 EQUIPEMENT MATERIEL

	CRITERES	ESO	Références
1	Le matériel est aux normes de sécurité et d'accès facile.	E	
2	Une liste du matériel disponible est validée selon une procédure consensuelle locale. <i>Liste établie avec les spécialistes de l'hôpital amenés à intervenir dans le service.</i>	E	3, 4, 9, 10
3	Un enseignement aux corps médical et paramédical est pratiqué dès la mise en route d'un nouvel appareil et régulièrement renouvelé.	E	6, 9, 10
4	Les salles d'examen comportent un rangement pour le matériel d'examen, une prise de vide, une prise d'oxygène et un tensiomètre mural.	E	1, 10
5	Les brancards ont un matelas épais, à dossier réglable, de hauteur réglable et comportent des barrières des deux côtés. Ils sont maniables (5ème roue) et permettent la position de Trendelenburg. Des tablettes s'adaptent sur les brancards.	S	1
6	Les salles d'examen contiennent un poste de saisie informatique.	S	
7	Les salles d'examen contiennent un tensiomètre automatique et un appareil mesurant la SpO2.	S	
8	S'il existe des appareils de biologie déportés au lit du malade (gaz du sang, ionogramme, numération...), il existe des procédures de contrôle, d'entretien et d'étalonnage réguliers par le service de biologie concerné.	E	
9	Un appareil d'écho doppler cardiaque est disponible dans l'établissement. (SAU)	S	
10	Il existe un appareil d'échographie abdomino-pelvienne mobile d'utilisation simple. (SAU)	E	1
11	Si le SAU est en charge des urgences vitales au sein de l'hôpital, il possède une valise d'urgence.	E	
15	Une liste complète des fournitures médicales est établie et réactualisée.	S	

6.2.2 SALLE DE DECHOQUAGE

	CRITERES	ESO	Références
1	La salle de déchoquage revêt une superficie de 20 m ² minimum.	S	1
2	La salle de déchoquage contient : un vaste rayonnage avec tout le matériel rangé par fonctions vitales, des sets préparés pour chaque "geste" (KT central, intubation, drainage thoracique, ponction, lavage péritonéal, pansement brûlure, trachéotomie...).	E	1, 10
3	Chaque poste est équipé de prises de fluides : au moins 2 oxygènes, 2 vides, 2 airs, de 10 prises électriques, d'un scialytique.	E	
4	Chaque poste est équipé d'un scope avec tracé ECG, fréquence cardiaque, SpO2, pression non invasive (PNI) et température, de 3 pousses-seringue électriques (PSE) doubles voies, d'un respirateur.	E	
5	La salle de déchoquage est équipée : d' accélérateur de perfusion, d'un scope de transport-défibrillateur, d'un appareil léger mesurant l'hémoglobine ou l'hématocrite, d'un doppler de poche, d'un respirateur de transport et d'un défibrillateur.	E	
6	Chaque scope est transportable avec batterie interne.	S	
7	Une pharmacie d'urgences vitales est en permanence dans la salle . <i>La salle est autonome pour le petit matériel et les médicaments d'usage courant.</i>	E	
8	Quelle que soit la spécificité du service d'urgences (adultes, enfants), le matériel de réanimation doit convenir aux adultes, aux enfants, aux nourrissons et aux nouveau-nés.	E	7
9	Il existe un chariot d'urgence avec un matériel destiné à pallier à une urgence vitale dans le service. <i>Le petit matériel et les troussees d'urgence sont réapprovisionnés et vérifiés après chaque utilisation.</i>	E	
10	Il existe une procédure de contrôle régulier de l'état opérationnel de la salle de déchoquage.	E	3, 6

6.2.3 VERIFICATION PAR LE SERVICE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un inventaire du matériel avec la date d'acquisition du matériel, le numéro de série, le coût et le coût du consommable associé.	E	1, 2, 4, 9, 10
2	Il existe une vérification régulière du matériel selon une procédure programmée écrite avec identification des intervenants.	E	1, 2, 3, 4, 9, 10
3	Le SU est associé aux choix du matériel et aux procédures d'achat	E	GFL1
4	Il existe une procédure de contrôle régulier de l'état opérationnel de la salle de déchoquage.	E	3, 6
5	Il existe une fiche technique d'utilisation complète (facilement disponible) pour les équipements sophistiqués. <i>Concerne les conditions d'utilisation, de maintenance, de nettoyage, etc...</i>	E	9, 10
6	Le personnel connaît la procédure à suivre en cas de panne d'un appareil biomédical.	E	3
7	Il a à sa disposition un stock de pièces de rechange et de consommables indispensables au fonctionnement du matériel.	S	
8	Une procédure de vérification des stocks de fournitures et du fonctionnement du matériel est appliquée par le service.	E	7, 10

6.2.4 MAINTENANCE PAR L'HOPITAL OU L'EXTERIEUR

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un fichier de suivi du matériel avec date de mise en service, numéro de série, dates et natures des réparations, contrat de maintenance éventuel (service biomédical).	E	9, 10
2	Il existe une procédure de relevé des incidents et accidents du matériel (matéριο-vigilance).	E	9, 10
3	Il existe au service biomédical un fichier des correspondants et fournisseurs.	E	9, 10
4	Il existe des possibilités de prêt de matériel en cas de panne ou d'indisponibilité.	S	
5	Des contacts directs sont établis avec le biomédical pour la gestion des réparations et l'envoi aux services après-vente.	E	
6	Un calendrier de maintenance est établi avec les responsables bio-médicaux de l'établissement.	E	3
7	Il existe une procédure d'évaluation de la maintenance biomédicale.	E	

6.2.5 GESTION DU PETIT MATERIEL

	CRITERES	ESO	Références
1	Des tableaux de bord de consommation sont tenus.	E	
2	Il existe un suivi détaillé et régulier des consommations de petit matériel / consommables et non consommables, et des différents produits aussi bien pharmaceutiques que autres (droguerie, papeterie...), des estimations de la valeur des stocks.	E	7, 11
3	Le petit matériel est stocké dans une pièce spécifique, vaste, dans son conditionnement d'origine.	E	
4	Il existe une procédure informatisée des commandes.	S	
5	Il existe des procédures connues et respectées de nettoyage, décontamination et emballage des instruments de petite chirurgie avant leur acheminement à la stérilisation.	E	
6	Il existe un inventaire à jour des instruments de petite chirurgie.	E	

6.2.6 GESTION DE LA PHARMACIE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une pharmacie mobile avec réapprovisionnement par la pharmacie centrale, à l'exception de la pharmacie de la salle de déchoquage et d'un lot de médicaments d'urgence qui reste dans le service lors du réapprovisionnement.	S	
2	Il existe un suivi détaillé mensuel des consommations pharmaceutiques.	E	
3	Les substances toxiques et les antalgiques morphiniques sont stockés dans une zone protégée et conforme à la réglementation. <i>Il existe une procédure d'information de la pharmacie au personnel des urgences sur la prise en charge de la douleur aux urgences.</i>	E	
4	Il existe une réactualisation annuelle de l'inventaire.	E	

5	Il existe une procédure de contrôle de péremption en l'absence de pharmacie mobile.	E	
6	L'ensemble des produits pharmaceutiques disponibles aux urgences est répertorié sur une liste. <i>Cette liste est connue par l'ensemble des intervenants aux urgences. Elle concerne à la fois les médicaments standards, les antidotes, les stupéfiants, les dérivés sanguins.</i>	E	3, 10
7	Une ou des personnes identifiées ont la responsabilité du réapprovisionnement.	S	
8	Le service d'urgences a accès 24h/24 aux produits sanguins délivrés par le CTS ou autres structures.	E	
9	Le service d'urgences peut s'approvisionner à tout moment de médicaments indispensables et manquants momentanément.	E	3
10	Une procédure est définie avec les pharmaciens de l'établissement pour fournir des médicaments aux personnes démunies.	E	

6.2.7 GESTION DES FLUIDES

	CRITERES	ESO	Références
1	Le tableau des vannes, interrupteurs, détendeurs, manomètres est facilement accessible et situé dans ou près du service	E	
2	Il existe une procédure de dépannage d'urgence.	E	
3	Les fluides médicaux sont vérifiés une fois par an par le service qualifié	E	
4	Il existe une procédure concernant le stockage et la vérification des fluides mobiles. <i>Cette procédure est conforme à la réglementation.</i>	E	
5	Il existe une procédure de contrôle des fluides muraux, des stocks de fluides et du matériel nécessaire à leur usage (bouteilles, manodétenteurs, prise murale, débitmètre, barboteurs..).	E	1, 4, 7

6.3. MOYENS DE COMMUNICATION (TELEPHONE, FAX, ETC...)

	CRITERES	ESO	Références
1	Les lignes téléphoniques sont en nombre suffisant (lignes extérieures / lignes intérieures).	E	
2	Les services intervenant fréquemment sont reliés par interphone, en particulier les salles d'imagerie médicale, les laboratoires, le bloc opératoire et la réanimation.	S	
3	Il existe une ligne directe uniquement reliée au centre 15 et au SAMU	S	10
4	Il existe au moins une ligne permettant l'accès au réseau extérieur, sans passer par le standard, sans possibilité d'être appelé. <i>Ce dispositif vise à assurer la sécurité en cas de panne du standard. (ligne Télécom spécifique).</i>	E	10, 11
5	Il existe un fax permettant l'émission et la réception de documents.	E	10
6	Il existe une photocopieuse, facilement accessible.	E	
7	Il est possible de transmettre et de recevoir des documents d'imagerie numérisée.	S	
8	Il existe plusieurs lignes permettant l'appel direct vers l'extérieur, sans l'intervention d'un standardiste.	E	1, 10, 11

9	La transmission des résultats des examens est rapide, si besoin par liaison informatique, en moins de 5 minutes après validation.	E	
10	Il existe un système de secours du standard en cas de panne.	S	10, 11
11	Une ligne téléphonique d'appel direct est réservée pour les médecins traitants, les institutions et les régulations secouristes.	S	
12	Il existe une prise téléphonique dans chaque salle d'examens.	S	
13	L'accès à Internet est possible dans le service (messagerie et consultation des banques de données)	S	

6.4. LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

6.4.1. SECURITE INTRUSION ET VIOLENCE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une équipe de sécurité (vigile, brancardiers, etc..) callable immédiatement en cas de violence.	E	GFL8
2	Il existe une formation spécifique concernant la violence aux urgences.	E	
3	L'accès à l'intérieur des zones d'examens et de soins est contrôlable et permet de s'opposer à l'intrusion de personnes non désirées.	E	
4	Un système d'alarme permet l'appel à l'aide dans les zones isolées ou à risque du service (accueil, radio, etc..)	E	
5	La pharmacie est fermée à clé.	E	

6.4.2. SECURITE INCENDIE - ELECTRICITE

	CRITERES	ESO	Références
1	La sécurité incendie est respectée. <i>Le respect de cet indicateur est évaluable sur le rapport de la commission de sécurité des années n-1 et n-2.</i>	E	GFL9
2	Les accès d'évacuation de secours sont libres.	E	
3	Il existe une formation "incendie" dans l'établissement suivie par le personnel du service.	S	
4	Il existe un éclairage de secours.	E	
5	Il existe un plan de sécurité affiché dans le service	E	
6	Le contrôle de l'installation électrique par une société spécialisée est annuel et satisfaisant. <i>Le respect de cet indicateur se fait sur le rapport de la commission de sécurité des années n-1 et n-2</i>	E	
7	La maintenance des ascenseurs est garantie par une procédure permanente et validée.	E	10
8	Les salles d'examens et de soins, les ordinateurs, et les locaux techniques sont suppléés en électricité en cas de panne de secteur.	E	

9	En cas de panne technique, il existe une procédure de dépannage d'urgence.	E	
10	Les protocoles d'alerte et les mesures à prendre en cas d'incendie sont écrits et connus de tous les professionnels.	E	
11	Les interdictions de fumer sont respectés.	E	

6.4.3. SECURITE INFORMATIQUE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une confidentialité d'accès aux ordinateurs : physique, et logique (mot de passe régulièrement changé, de longueur suffisante).	E	GSI2
2	Les bases de données concernant les malades font l'objet d'une déclaration à la CNIL.	E	
3	Les malades sont informés que les données les concernant figurent sur une base informatisée.	E	
4	Il existe une sauvegarde des bases de données régulière, stockée à distance.	E	

6.4.4. SECURITE TRANSFUSION

	CRITERES	ESO	Références
1	Le personnel des urgences est informé à périodicité définie des risques liés aux "accidents liés aux expositions du sang" .	E	VST3
2	Les procédures de traçabilité des produits sanguins sont respectées.	E	VST4
3	Il existe une fiche transfusionnelle pour chaque malade.	E	VST5
4	Le stockage des produits sanguins est conforme à la réglementation.	E	
5	Le patient reçoit une lettre l'informant des transfusions reçues.	E	
6	Les dernières règles transfusionnelles sont appliquées	E	
7	Il existe une procédure de traçabilité des médicaments dérivés du sang.	E	
8	Les professionnels sont informés de leurs obligations de signalement des événements indésirables relatifs à l'utilisation des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang.	E	

6.4.5. SECURITE DU PERSONNEL

	CRITERES	ESO	Références
1	Des procédures en matière de "sécurité du personnel" existent, elles sont connues par l'ensemble du personnel et peuvent être appliquées rapidement en cas de nécessité.	E	3, 5
2	Il existe une récolte sélective des déchets à risque (contaminés).	E	
3	Il existe un protocole en cas de piqûre par aiguille souillée.	E	
4	Il existe une boîte à aiguilles dans chaque poste d'exams.	E	
5	Les brancards et les lits sont à hauteur variable.	S	
6	Le personnel soignant dispose du matériel nécessaire pour diminuer les risques : gants, lunettes, vacutainer, containers.... Il les utilisent.	E	
7	L'usage du tabac est limité aux zones autorisées.	E	6,5
8	Le relevé des accidents du travail est connu du chef de service et du cadre infirmier.	E	

6.4.6. GESTION DES RISQUES (QPR4, QPR5)

	CRITERES	ESO	Références
1	Un système de signalement des événements indésirables est en place.	E	QPR4
2	Les événements indésirables sont analysés et les mesures d'amélioration utiles sont prises.	E	QPR4
3	Le système de gestion des risques concerne : <ul style="list-style-type: none"> - la sécurité des locaux et des personnes - la sécurité incendie - l'hygiène et la stérilisation - l'hémovigilance - la matériovigilance - la collecte et l'élimination des déchets - les fluides - la pharmacovigilance 	E	
4	Le fonctionnement du système de signalement des événements indésirables est évalué ;	E	
5	L'efficacité du programme de gestion des risques est évalué.	E	
6	La traçabilité des produits et dispositifs médicaux est assurée quand elle est nécessaire.	E	VST2

6.4.7. SECURITE INFECTIEUSE

	CRITERES	ESO	Références
1	Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.	E	SPI5
2	Le personnel bénéficie d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.	E	SPI5
3	Des recommandations concernant la prescription des antibiotiques sont émises.	E	SPI6
4	Un suivi annuel de la consommation des antibiotiques pour l'établissement et pour les urgences est assuré.	E	SPI6
5	Des actions sont menées pour prévenir les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques .	E	SPI7
6	Un dispositif de notification, de recueil, d'analyse de ces accidents et de prise en charge des personnes concernées est en place.	E	SPI7
7	Des procédures d'entretien (nettoyage, désinfection) des équipements et dispositifs médicaux non stérilisables sont écrites, validées et mise en œuvre par du personnel formé. Leur respect est évalué.	E	SPI8

7. L'ENVIRONNEMENT

Les consultants et le plateau technique

L'établissement hospitalier doit se donner les moyens nécessaires à la prise en charge des urgences en conformité avec le projet médical.

En effet, un service d'urgences même parfaitement organisé (personnel médical et paramédical compétent et en nombre suffisant, équipements et locaux optimaux...), ne peut exercer sa mission de soins à lui seul. L'existence d'un "plateau technique" d'urgence et la possibilité d'interventions à toutes heures de médecins consultants est une absolue nécessité.

L'environnement du service d'urgences comporte un certain nombre d'éléments dont certains sont indispensables 24h/24.

Les organisations d'un SAU et d'une UPATOU ont des exigences différentes. Les obligations de chacun sont réglementaires et concernent essentiellement ce chapitre. L'analyse du fonctionnement doit donc prendre en compte les obligations spécifiques.

La disponibilité de ces éléments pour le malade des urgences doit être clairement définie et respectée y compris par convention pour les examens complémentaires et/ou spécialités non disponibles dans l'établissement.

7.1. LES MEDECINS CONSULTANTS (SAU uniquement)

La prise en charge de toutes les pathologies rencontrées dans les SAU nécessite la possibilité de faire appel à des consultants de diverses spécialités.

Le service des urgences fait appel à des consultants (spécialistes n'appartenant pas au service des urgences). Ces consultants font partie ou non de l'établissement. Sinon, ils sont liés par convention.

7.1.1. APPEL DES CONSULTANTS (considérations générales) OPC6, OPC7

	CRITERES	ESO	Références
1	Le niveau de compétence de chaque spécialiste consultant est défini, et validé par le conseil de l'urgence.	E	
2	Chaque malade est d'abord évalué par un senior de l'équipe des urgences avant d'appeler le spécialiste.	E	
3	Le médecin senior du service d'Urgences est le coordonateur de l'appel et de l'intervention des différents médecins consultants.	E	
4	Il existe des protocoles médicaux d'appel aux consultants.	E	
5	Le tableau des médecins spécialistes consultants de garde et/ou d'astreinte est disponible. <i>Cette liste comporte pour chaque consultant leur localisation interne ou externe, leur mode d'appel.</i>	E	1, 3
6	Tout changement apporté à ce tableau est signalé immédiatement au service des Urgences.	E	
7	Il existe un suivi de l'activité des consultants appelés aux urgences.	S	
8	Il existe un suivi du délai de prise en charge des malades par les consultants.	S	
9	Un ou plusieurs médecins du service des urgences sont présents au sein de la commission des gardes et astreintes.	E	
10	La disponibilité réelle des médecins de garde ou d'astreinte est contrôlée par la commission des gardes et astreintes en prenant pour référence les protocoles d'appel du point 4.	E	
11	Tout spécialiste consultant doit pouvoir intervenir dans des délais définis de manière précise, à l'avance, figurant dans le règlement intérieur et validé par le conseil de l'urgence.	E	1, 3
12	Les consultants spécialistes de garde présents dans l'hôpital doivent disposer d'un système d'appel personnel, portable et permanent(SAU). <i>Il leur appartient de vérifier son bon fonctionnement.</i>	S	
13	Les consultants spécialistes d'astreinte en dehors de l'hôpital doivent être joignables par un système d'appel adapté aux possibilités de la région.	E	
14	L'appel au consultant spécialiste doit se faire selon des modalités définies à l'avance dans l'établissement (SAU). - l'anesthésiste doit pouvoir intervenir dans les 10 mn. - le chirurgien et tous les spécialistes doivent pouvoir être sur place dans les 30 mn.	E	

7.1.2. LE RÉANIMATEUR (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Le service d'urgence a les compétences et les moyens de prise en charge d'une détresse vitale. <i>Il existe une procédure qui permet la prise en charge immédiate des patients d'extrême urgence au sein du service.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Un réanimateur de garde sur place dans l'hôpital est disponible dans les 3 minutes (SAU). <i>Les procédures d'appel doivent être précisées.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10

7.1.3. LES CHIRURGIENS (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Les SAU disposent 24h/24 de chirurgiens ayant une compétence en chirurgie digestive et en traumatologie ostéo-articulaire. <i>L'organisation précise du dispositif doit s'appuyer sur les spécificités locales et éviter les concepts réducteurs et centralisateurs . Le concept de "double astreinte" de chirurgie qui consiste à rendre obligatoire dans les SAU une double astreinte "dur" (assurée par un orthopédiste) et "mou" (assurée par un chirurgien digestif) doit être modulé et ne peut être considéré comme la seule solution. Les chirurgiens généralistes, quand ils existent et qu'ils possèdent un bagage suffisant peuvent constituer une alternative satisfaisante.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 48
2	Dans les spécialités chirurgicales : chirurgie de la main, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire, traumatologie lourde, traumatologie maxillo-faciale, les filières de prise en charge des patients doivent être clairement identifiées par des conventions inter établissements (contrat relais) dans lesquelles le mode de transport de ces patients est précisé. <i>La présence d'un de ces spécialistes de garde ou d'astreinte dans tous les sites d'urgences, même les SAU n'est pas obligatoire.</i>	E	69
3	Il existe des procédures d'appel d'extrême urgence des chirurgiens en cas de détresse vitale chirurgicale.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
4	L'appel au consultant spécialiste doit se faire selon des modalités définies à l'avance dans l'établissement. Le chirurgien doit pouvoir être sur place dans les 30 mn.	E	

7.1.4. L'ANESTHÉSISTE (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Il est disponible à toute heure dans tous les sites d'urgences amenés à réaliser des actes d'anesthésie.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Les actes d'analgésie réalisables par les urgentistes sont définis localement par des protocoles.	E	
3	L'appel au consultant spécialiste doit se faire selon des modalités définies à l'avance dans l'établissement. L'anesthésiste doit pouvoir intervenir dans les 10 mn.	E	

7.1.5. LE RADIOLOGUE (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une astreinte de radiologie 24h/24 et 7j/j (SAU).	E	

7.1.6. LE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Un gynécologue obstétricien est de garde dans tous les sites comportant une maternité.	E	

7.1.7. LE PÉDIATRE

	CRITERES	ESO	Références
1	A partir d'un nombre de passages important aux Urgences (>40 000/an), un site d'urgences spécialisées séparé est souhaitable.	S	
2	En deçà de 40 000 passages / an, la prise en charge spécialisée des urgences pédiatriques dans un site d'urgences indépendant du site adultes (et séparé géographiquement de lui) n'est pas obligatoire même dans les SAU. <i>Ceci suppose une bonne formation de base des médecins des urgences à la pédiatrie et de l'astreinte 24h/24 d'un pédiatre.</i>	E	
3	La filière de prise en charge des enfants doit être identifiée pour les urgences traumatologiques et non traumatologiques.	E	
4	Le recours à un pédiatre consultant de garde ou d'astreinte est possible.	E	

7.1.8. LE PSYCHIATRE

	CRITERES	ESO	Références
1	L'accès à un avis psychiatrique spécialisé 24h/24 et 7j/7 est organisé dans les SAU. <i>Cet accès est possible par garde sur place ou par astreinte.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 68
2	L'accès à un avis spécialisé est souhaitable dans les autres structures d'Urgences (astreinte de psychiatrie).	S	
3	L'existence d'une UHCD est associée à une organisation de l'intervention des psychiatres.	E	
4	En l'absence de service de psychiatrie dans l'établissement, une convention est passée avec un CHS pour l'hospitalisation des malades psychiatriques.	E	9, 10, 68

7.1.9. LE CARDIOLOGUE (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une astreinte de cardiologie dans l'établissement siège d'un SAU.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Dans les autres structures, il existe une convention avec les services de cardiologie.	E	

7.1.10. ORL-OPHTALMO-STOMATO (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Ces spécialistes sont joignables à toute heure soit par astreinte, soit par convention. (SAU)	E	

7.2 LE PLATEAU TECHNIQUE DE L'HOPITAL

7.2.1. L'IMAGERIE

	CRITERES	ESO	Références
1	Les radios standards sont obtenues en urgence tous les jours 24h/24. <i>Par radio standard, on entend tous les clichés radiographiques sans préparation, en particulier, poumon, abdomen et os. Les demandes peuvent être formulées par un interne.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Les radios standards sont réalisées à proximité immédiate et par un circuit privilégiant le service d'urgences. Il s'agit soit d'une unité de radio incorporée aux locaux du service des urgences soit d'un service de radio mitoyen avec lui.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
3	Les demandes d'examen d'imagerie provenant des urgences sont prioritaires selon un degré d'urgence concerté entre senior des urgences et radiologue.	S	
4	Pour tous les examens réalisés en dehors du service d'Urgences, les conditions de transport et de surveillance des patients sont prévues par une procédure écrite et réalisées sous le contrôle du médecin senior des Urgences.	E	
5	Les examens radiologiques avec produit de contraste (urographie intraveineuse, transit baryté ou gastrograffine...) sont réalisables dans tous les hôpitaux et à toute heure. (SAU) <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le radiologue.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
6	Les échographies générales sont obtenues à toute heure. (SAU) <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le radiologue.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
7	Les échographies les plus urgentes, notamment abdomino-pelviennes, sont obtenues dans un délai inférieur ‡ 30 minutes. (SAU)	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
8	Les échographies cardiaques urgentes sont obtenues dans un délai de 60 min (SAU).	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10

	<i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le cardiologue.</i>		
9	Les dopplers veineux et artériels sont obtenus en urgence aux heures "ouvrables" (SAU). <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le doppleriste.</i>	E S	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
10	Les dopplers veineux et artériels sont disponibles aux heures "non ouvrables" selon un protocole défini, en fonction des présentations cliniques. (SAU)		1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
11	La tomodensitométrie est obtenue tous les jours 24h/24 (SAU). <i>Dans les établissements ne disposant pas d'un scanner dans l'hôpital, les procédures d'obtention et de réalisation de cet examen dans une structure proche sont définies par convention. Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le radiologue.</i>	E	1, 3, 9, 10
12	Une artériographie est obtenue tous les jours 24h/24 (SAU). <i>L'organisation du Service d'imagerie assure la présence en astreinte d'un radiologue compétent pour la radiologie vasculaire. Dans les établissements ne disposant pas d'une artériographie dans l'hôpital, les procédures d'obtention et de réalisation de cet examen dans une structure proche sont définies par convention. Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le radiologue.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
13	Dans les autres structures d'urgence (unité de proximité), les procédures d'obtention des examens non standards, dans une structure proche, sont définies par convention. <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
14	Les comptes rendus écrits sont systématiques pour les examens radiologiques spécialisés et accompagnent les malades à leur retour. <i>(échographies, scanner, radios vasculaires, etc...)</i>	E	
15	Les conditions de relecture des clichés radiographiques standards sont définies dans des procédures écrites et appliquées.	E	
16	Les comptes rendus sont réalisés par un radiologue pour les examens radiologiques standards des patients non hospitalisés. <i>Les comptes rendus sont faits dans un délai de 48 heures.</i>	E	
17	Pour les malades hospitalisés, en cas d'incertitude d'interprétation, il existe une double lecture immédiate des radios standards par un radiologue.	S	
18	Il existe des procédures d'évaluation de la qualité des radios effectués par le radiologue et dont les résultats sont transmis aux urgences.	S	
19	Si l'établissement ne possède pas de coronarographie, une convention est passée avec un centre de coronarographie et d'angioplastie coronaire.	S	
20	Si l'établissement ne possède pas de scintigraphie, une convention est passée avec un service de scintigraphie.	S	

7.2.2. LE LABORATOIRE

Les examens biologiques sont disponibles en urgence dans tout service d'urgences.

	CRITERES	ESO	Références
1	Les résultats sont rendus dans un délai maximal de 2h, 24h/24.	E	2, 3, 4, 6, 7, 9, 10
2	Il existe des procédures d'acheminement rapide et spécifique des prélèvements.	E	
3	Il existe des procédures d'identification et des délais d'obtention maximum des examens très urgents.	E	
4	Le retour des résultats est informatisé.	S	
5	La liste minimum des examens disponibles sont les examens biochimiques courants, les numérations et formules globulaires, les gazométries artérielles et les bilans de coagulation. <i>Gazométrie, urée, créatinine, ions sang et urines, protéides, alcoolémie, paracétamolémie, calcémie, lactate, ASAT, ALAT, CPK, CPK MB et autres marqueurs de la nécrose myocardique, bilirubine directe et indirecte, haptoglobine, CRP, NFS, groupe, RAI, sérologie HIV, biochimie du LCR, INR, TCA, TP, fibrine, temps de lyse des euglobulines, complexes solubles, D Dimères, héparinémie.</i>	E	2, 3, 4, 6, 7, 9, 10
6	Une liste des examens biologiques disponibles en urgence (délai < 2 heures) est définie en accord avec les biologistes. <i>Parmi ces examens, ceux dont la prescription doit être validée par un médecin senior sont définis.</i>	E	
7	Les examens bactériologiques, particulièrement la bactériologie du LCR, doivent être techniqués 24h/24.	E	2, 3, 4, 6, 7, 9, 10
8	Les examens quantitatifs de toxicologie sont réalisés sur place ou dans un service extérieur référent ayant l'autorisation. Dans ce dernier cas, les procédures d'acheminement sont précisées. Le délai d'obtention des résultats est inférieur à 4h.	E	
9	Il existe des appareils de biologie déportée.	O	
10	La biologie déportée dans le service est sous le contrôle qualitatif des biochimistes ou biologistes dans le respect du guide des GBEA.	E	
11	Il existe des procédures d'évaluation de la qualité des examens biologiques effectuées par les biologistes et dont les résultats sont transmis aux urgences.	S	

7.2.3. LA TRANSFUSION SANGUINE

	CRITERES	ESO	Références
1	Le sang et le plasma frais congelé sont obtenus en moins de 2h, 24h/24.	E	3, 4, 6, 7, 9
2	En situation de choc hémorragique le sang et le Plasma Frais Congelé sont obtenus en moins de 5 minutes en l'absence de groupage. Les procédures de commande de produits sanguins sont connues, datées...	E	
3	Il est possible de réaliser 24h/24 un groupage sanguin et des agglutinines irrégulières (SAU).	E	
4	Les procédures de demande de produits sanguins sont conformes à la réglementation.	E	

7.2.4. LA PHARMACIE

	CRITERES	ESO	Références
1	En plus des produits courants présents dans sa pharmacie, le service d'urgences a accès à d'autres médicaments 24h/24. <i>(Soit par un stock complémentaire accessible, soit par l'ouverture de la pharmacie hospitalière).</i>	E	3, 6, 7, 9, 10
2	La présence et la localisation des antidotes et des dérivés sanguins rares sont clairement définies et actualisées par le service de pharmacie, en accord avec les médecins des Urgences. <i>Les modalités de délivrance sont précisées.</i>	E	
3	Les règles de prescription, d'acheminement et de délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux sont établies en commun avec la pharmacie.	E	OPC9

7.2.5. LE BLOC OPÉRATOIRE (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	L'organisation de l'hôpital permet la disponibilité 24h/24 d'une salle d'opération fonctionnelle, avec toute l'équipe nécessaire (chirurgiens, anesthésistes, équipe paramédicale).	E	2, 3, 9, 10
2	Une salle de réveil est disponible conformément aux obligations légales. <i>Le service des urgences n'a pas vocation à se transformer en salle de réveil aux heures de fermeture de celle-ci.</i>	E	3
3	Le bloc opératoire est situé à proximité des urgences.	E	
4	Une procédure permet d'organiser les interventions chirurgicales à partir des urgences.	E	
5	Les procédures du bloc opératoire permettent d'intégrer les malades en provenance des urgences dans le programme froid.	E	

7.2.6. LES ENDOSCOPIES (SAU)

	CRITERES	ESO	Références
1	Une fibroscopie oesogastroduodénale peut être obtenue 24h/24 (SAU). A défaut, une convention avec un autre établissement est passée.	E	3, 4
2	Aux heures non ouvrables dans les SAU, les conditions d'obtention de l'examen doivent être codifiées (en fonction du tableau clinique) et acceptées par les fibroscopistes (astreintes ou conventions) 24h/24. <i>(demande à formuler par un médecin senior en accord avec l'endoscopiste)</i>	E	
3	La fibroscopie bronchique peut être obtenue 24h/24.	S	

7.2.7 ELECTRO-ENCEPHALOGRAMMES

	CRITERES	ESO	Références
1	L'EEG est disponible aux heures ouvrables.	S	

8. UNITE D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE (UHCD)

L'UHCD fait partie du service des urgences. Elle prolonge les soins de l'accueil. La surveillance et les soins y sont réalisés par la même équipe médicale et paramédicale qu'à l'accueil des urgences.

8.1. ORGANISATION DE L'UHCD

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une structure d'UHCD. L'UHCD fait partie des urgences dont elle constitue une unité fonctionnelle UF.	E	1, 3
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences déléguables à un PH des urgences.	E	1
3	Le règlement intérieur du service des urgences précise les missions et les objectifs de l'UHCD. <i>Ces missions sont adaptées au mode de fonctionnement, à l'environnement et aux contraintes architecturales et fonctionnelles.</i>	E	
4	Il existe une rotation du personnel entre UHCD et accueil.	E	
5	La DMS moyenne est inférieure à 24H	E	
6	La durée de séjour en UHCD n'excède pas deux nuits consécutives ou 36 heures	E	1, 9, 10
7	La DMS est comptabilisée en heures	S	
8	Il existe une procédure écrite décrivant la nature des patients à y hospitaliser.	E	4
9	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E	1
10	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E	1
11	Il existe des possibilités de surveillance de certains patients. <i>(infirmière en permanence, "monitoring" non invasif)</i>	S	
12	Le dossier infirmier de l'UHCD fait partie intégrante du dossier médical.	E	3
13	Il existe un compte rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé en UHCD.	E	
14	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au malade	E	
15	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD.	S	
16	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage selon les actes diagnostiques et/ou traitement réalisé pour les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.	o	
17	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert à partir de l'UHCD vers les autres services	S	
18	Les malades hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à l'établissement d'un RUM	E	
19	Il existe une fiche de transfert/mutation remplie pour chaque malade transféré ou muté	E	
20	Le médecin traitant de chaque malade est joint par téléphone au moment de sa sortie	S	

8.2. LOCAUX D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE

	CRITERES	ESO	Références
1	L'UHCD comporte des chambres. <i>Il s'agit de chambres, insonorisées, à un lit, avec sanitaire, équipées de fluides médicaux et de systèmes d'appel.</i>	E	14
2	L'unité comporte un poste infirmier de surveillance et les locaux utilitaires habituels nécessaires aux soins et à l'hospitalisation (sanitaires, office, rangement, vidoirs).	E	
3	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence	E	
4	Il existe un lieu isolé pour l'entretien avec les familles	S	
5	Il existe une possibilité téléphonique dans chaque chambre de l'UHCD (prise en attente)	S	
6	L'UHCD comporte 3 à 5 lits/10 000 passages pour un SAU ou 2 à 4 lits/10 000 pour une UPATOU	S	
7	Chaque chambre est équipée de fluides (air, oxygène, vide) et d'appel malade	E	
8	Il existe un équipement de monitoring non invasif (pression artérielle, SpO ₂ , fréquence cardiaque)	S	
9	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence	E	
10	La surveillance usuelle et/ou monitorée est possible depuis le poste infirmier	S	
11	Il existe une salle d'accueil pour les familles	S	
12	Il existe un bureau médical	E	
13	Il existe une salle de détente et sanitaire pour le personnel	E	
14	Il existe une chambre de garde	O	
15	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contiguë à l'accueil des urgences	E	
16	Le personnel paramédical en charge de l'UHCD est déchargé de l'accueil ou de toute autre tâche	E	
17	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'accueil aux heures ouvrables	E	

9. GESTION DE L'AVAL

Le service des urgences connaît les structures aptes à poursuivre la prise en charge des malades après leur passage.

Les transferts concernent les malades hospitalisés à l'extérieur de l'établissement. Les mutations concernent les malades hospitalisés à l'intérieur du même établissement.

9.1. CORRESPONDANTS EXTERIEURS ET TRANSFERTS EXTERNES

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une procédure écrite concernant les transferts. <i>Les transferts sont faits après stabilisation clinique, par un moyen de transport approprié et qualifié.</i>	E	1
2	Les transferts sont faits après stabilisation clinique, par un moyen de transport approprié et qualifié.	E	
3	Un courrier accompagne chaque malade transféré. <i>Il contient une copie des résultats et conclusions des examens complémentaires et précise le nom des intervenants ou spécialistes.</i>	E	2, 4, 9, 10, 11
4	Il existe une procédure de retour d'informations du service receveur (obtention du compte rendu d'hospitalisation).	S	9
5	Il existe des conventions avec d'autres établissements pour les spécialités non représentées à l'hôpital.	E	3
6	Pour les hôpitaux qui n'ont pas de pédiatrie ou de maternité, il existe des conventions spécifiques et des procédures d'accueil adaptées.	E	
7	Le motif des transferts dans un autre établissement est relevé et analysé dans le tableau de bord : insuffisance du plateau technique, manque de place, convenance du patient, secteur psychiatrique, spécialistes de recours.	S	1, 2
8	Il existe une procédure d'information des familles avant transfert.	E	
9	L'accord du service recevant le transfert est obtenu avant le départ du patient et est discuté entre médecins seniors de deux services (urgences et service de transfert).	E	2, 4, 11
10	Le temps d'attente du transfert après la décision médicale est surveillé et analysé.	S	
11	Il existe une procédure établie avec des établissements de moyens et longs séjours pour la prise en charge des personnes âgées. <i>Cette procédure précise le profil des patients acceptés dans ces établissements.</i>	E	3, 10
12	Il existe des conventions pour le transfert et la prise en charge des urgences graves lourdes si l'établissement est « Unité de Proximité ».	E	69

9.2. MUTATIONS INTERNES

	CRITERES	ESO	Références
1	Le malade est transféré dans le service receveur avec l'intégralité de son dossier ou sa copie. <i>Une simple fiche de transfert est insuffisante.</i>	E	2, 3, 9, 10, 11
2	Il existe un état des lits disponibles dans les services, régulièrement mis à jour.	E	2, 3
3	Il existe une procédure d'arbitrage en cas de refus d'hospitalisation par un service.	S	2
4	Il existe une procédure écrite et validée par la CME et la direction générale de l'établissement pour « imposer » les malades des urgences dans les lits disponibles de l'établissement (lits vacants, lits réservés, lits ne correspondant pas à la pathologie des patients).	S	2
5	Le service destinataire est prévenu avant l'arrivée du patient.	E	2
6	Le tableau de bord de l'activité exprime le flux des patients hospitalisés par unité de soins ou service.	E	4

7	Il existe une procédure de réservation des lits dans les services de l'établissement pour les malades admis par le service des urgences et l'UHCD (impôt-lit).	E	3,9,10
8	Le transport des patients entre deux secteurs d'activité est organisé pour assurer la continuité des soins et le respect des règles d'hygiène, de qualité, de sécurité et de confidentialité.	E	OPC 7

9.3. SORTIE ET INFORMATIONS DES MALADES À LA SORTIE

	CRITERES	ESO	Références
1	Lors du retour du patient à son domicile, le personnel s'assure : que l'ensemble de ses effets et documents lui sont restitués, que toutes les informations sont comprises, que le malade dispose des documents nécessaires (ordonnances, AT, rendez-vous, lettre au médecin traitant, certificats) , que les ordonnances, papiers administratifs lui sont expliqués, qu'un moyen de transport adéquate est prévu, que le cas échéant des documents spécifiques de surveillance lui sont donnés : surveillance plâtre, conduite à tenir en cas d'aggravation...	E	3, 9, 10, 11
2	Les conclusions de l'examen sont portées à la connaissance du malade.	E	
3	La prise de rendez-vous aux consultations externes est d'accès facile. <i>Le rendez-vous est donné par écrit au patient.</i>	E	4
4	Lorsqu'un patient a subi une anesthésie générale, sa sortie est prononcée par un anesthésiste réanimateur.	E	8
5	Il existe, à l'accueil, une information sur les transports publics.	S	
6	Il existe une information sur les pharmacies de garde,.	S	
7	Il existe une information sur les dentistes de garde	S	
8	Les familles sont régulièrement informées de l'état d'avancement de la prise en charge du patient, de son état de santé et de son devenir.	S	9, 10
9	Des modèles de certificats médicaux sont prévus pour les situations les plus fréquentes (CNA, certificat descriptif, accident du travail, absence scolaire, exemption de sport à l'école, etc...).	E	
10	Le carnet de santé du malade est rempli s'il le présente.	E	
11	Les sorties du SU sont avalisées par un médecin seniors.	E	
12	Des procédures, conformes à la réglementation, précisent les modalités d'utilisation des certificats, arrêt de travail et ITT.	S	
13	Il existe une procédure écrite en cas de fugue (signalement à la famille, à la direction et éventuellement à la police)	S	
14	Il existe une procédure en cas de sortie contre avis médical	S	
15	Il existe une procédure pour le retour dans une structure de soins (hôpital, moyen et long séjour, maisons de retraite médicalisées).	S	

9.4. COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS

	CRITERES	ESO	Références
1	Un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sortie, le lieu d'hospitalisation et ceci dans un délai inférieur à 48h.</i>	S	1, 2, 3, 4, 9, 10
2	Un courrier (manuscrit ou informatisé) est remis au patient lors de sa sortie avec photocopie des principaux examens paracliniques	S	
3	Un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades non hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sortie, dans un délai inférieur à 48h.</i>	E	1, 2, 3, 4, 9, 10

9.5. LE DECES AUX URGENCES (OPC 13)

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe un local spécifique pour entreposer le corps et une salle d'attente spécifique pour les familles	E	
2	Il existe une procédure écrite en cas de décès.	E	
3	Il existe une procédure pour contacter la famille ou l'entourage en cas d'état critique du patient.	E ou S	
4	La liste des services funéraires est disponible dans le service des urgences	E ou S	
5	Le médecin traitant est informé du décès de son patient	E	
6	Un accompagnement psychologique de la famille est possible	S	

10. QUALITE DES SOINS AU MALADE

La qualité des soins, à défaut d'une évaluation de leurs résultats, peut être appréciée par leur conformité à des procédures écrites, facilement accessibles, connues de tous. L'existence de procédures écrites est également le garant de l'homogénéité de la qualité des soins.

La recherche systématique et organisée de dysfonctionnements permet de repérer les secteurs d'activité méritant des actions de correction.

10.1. GUIDE DES PROCEDURES ET/OU DES PROTOCOLES

	CRITERES	ESO	Références
1	<p>Il existe un cahier des procédures médicales locales, unique, disponible à tout moment, facilement accessible, connu de l'ensemble de l'équipe et présent dans le service.</p> <p><i>Il comporte des procédures issues de conférences de Consensus et de recommandations pratiques cliniques ou élaborées localement. Ces procédures sont écrites, approuvées par l'ensemble de l'équipe, datées, signées et mises à jour.</i></p>	E	7
2	Il existe une gestion de ces protocoles et/ou procédures et une remise à jour périodique.	E	
3	<p>Des procédures et/ou des protocoles sont établis selon 4 chapitres :</p> <p>1) Procédures administratives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médico-légales (SCAM, HDT, violence, maltraitance..), 9.3.11 - dons d'organe et prélèvements, - prise en charge des mineurs, - personnes décédées, - accueil spécifique pour les patients amenés par la police (urgence médico-judiciaire, etc.), - facturation pour chaque passage et pour chaque malade non hospitalisé, - ouverture des droits aux non assujettis, 10.4.6 - problèmes sociaux et médico-sociaux 10.4.7. <p>Des procédures et/ou des protocoles sont établis selon 4 chapitres :</p> <p>2) Procédures organisationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accueil des malades des urgences dans les services d'aval, 1.3.4 - prise en charge des patients tenant compte par pathologie d'une hiérarchie des besoins, 3.1.2.1 - attributions des médecins en formation, 4.1.3.2 - évaluation de la formation du personnel paramédical, 5.5.9 - sécurité du personnel, 6.4.5 - appel du réanimateur, 7.1.2.2 - appel du chirurgien en cas de lésions chirurgicales vitales, 7.1.3.3 - acheminement des prélèvements biologiques, - organisation de l'UHCD (évaluation des soins et facturation), 8.1.14 / 8.1.15 - les transferts, 9.1.1. - accueil adapté et par convention pour établissement ne possédant pas de plateau technique, - arbitrage en cas de mutation interne, 8.2.3 	E	<p>3, 5, 7, 9, 10, 11, 4, 7 OPC14</p> <p>3, 5, 7, 9, 10, 11, 4, 7 OPC14</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - réservation de lits pour les malades admis par les urgences et l'UHCD, 9.2.6 - évaluation du personnel paramédical, 5.6.5 - évaluation à l'embauche 5.6.6. 		
3 Bis	<p>3) Procédures de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire, 7.1.2.1 - transfert particulier (malades instables, hélicoptage), 5.3.7.3 / 6.1.2.10 - protocoles de soins infirmiers spécifiques : cathéter court, sonde à demeure, aspiration bronchique, hémoculture etc... - prise en charge d'intoxication de toute nature (avec numéro de téléphone du centre anti-poison), - prise en charge des urgences vitales dans l'établissement aux heures non ouvrables, 2.3.1 - prise en charge des urgences non vitales de l'établissement aux heures non ouvrables, 2.3.2 - prise en charge de la douleur aux urgences, 6.2.5.3 - distribution aux démunis de médicaments, 6.2.5.10 - contrôle des péremptions, 6.2.5.5 - obtention d'examen non standards et scanner, - évaluation des examens radio, 7.2.1.18 - évaluation des examens biologiques, 7.2.2.11 - demande de produits sanguins conforme à réglementation, 7.2.3.4 - organisation des interventions chirurgicales, 7.2.5.4 / 7.2.5.5 - retour du compte rendu d'informations malade après hospitalisation, 9.1.3 - information des familles avant transfert, 9.1.7 - prise en charge des personnes âgées avec établissement de moyen et long séjour, 9.1.10 - informations des malades à la sortie, - contrôle de qualité de l'activité des gypsotechniciens 5.3.8.2. 		OPC 14

3 ter	<p>4) Procédures techniques et logistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation et entretien de matériel spécifique et complexe (certains respirateurs, entraînement cardiaque externe..), - gestion des effets personnels des patients : dépôt de valeurs, vêtements..., - accueil massif des blessés, 3.3 - évaluation spécifique de l'UHCD, 8.1.14 - appel aux consultants, 7.1.1.4 - transport interne des malades graves, 5.3.7.3 - prise en charge des urgences internes, - contrôle, entretien et étalonnage du matériel de biologie déportée, 6.2.1.8 - fixation de la liste du matériel disponible 6.2.1.2 / 6.2.2.8 - obtention des examens radiologiques et biologiques, - sécurité transfusionnelle, 6.4.4 - condition de relecture des radios, 7.2.1.15 - vérification des locaux, 6.1.4.15 - vérification du matériel de la salle de déchoquage, 6.2.2.4 - vérification du stock de fournitures et du fonctionnement du matériel, 6.2.2 - registre des incidents et accidents du matériel, 6.2.3.2 - commande, nettoyage, décontamination et emballage des instruments de petite chirurgie, 6.2.4.5 - contrôle des fluides, 6.2.6.4 - dépannage d'urgence des fluides, 6.2.6.2 - dépannage d'urgence en cas de panne technique, 6.4.2.9 - traçabilité des produits sanguins et des dérivés du sang 6.4.4.2. 		
4	Le suivi de pathologies particulières, dites "traceuses", permet d'évaluer la qualité des soins.	O	2, 3, 9, 10
5	La charte du malade est à la disposition du personnel et fait l'objet d'échanges réguliers lors des temps de formations.	O	7

10.2. EVALUATION (OPC15)

	CRITERES	ESO	Références
1	Un document récapitule l'ensemble des actions d'évaluation. <i>(calendrier, modalités, résultats, actions correctrices).</i>	E	5
2	Il existe régulièrement une enquête de satisfaction auprès des patients et de leur famille. <i>Les résultats sont communiqués au personnel du service.</i>	S	3, 5, 9, 10
3	Il existe des actions d'évaluation du bien fondé des examens radiologiques et biologiques.	S	
4	Il existe une évaluation de la qualité du dossier infirmier et de la surveillance infirmière.	S	
5	Il existe une évaluation de la qualité des prescriptions.	S	
6	Il existe une évaluation de la satisfaction des médecins traitants.	S	
7	L'ensemble du personnel participe aux actions d'évaluation.	E	5
8	Il existe une relecture des dossiers médicaux au moins pour les malades non admis.	E	1, 9
9	Il existe une évaluation de la qualité des observations médicales. <i>Une méthodologie est mise en place pour cette évaluation.</i>	S	1, 3

10.3. INDICATEURS DE DYSFONCTIONNEMENT

	CRITERES	ESO	Références
1	Les événements inattendus (ou sentinelles) sont recueillis en routine (registre) et font l'objet d'une analyse régulière. <i>Ce registre est connu de tout le personnel des urgences. Il est disponible au sein du service et en dehors de celui-ci.</i>	E	1, 2, 3, 10
2	Parmi les événements sentinelles, sont notés sur le registre: <ul style="list-style-type: none"> • décès • SCAM (sortie contre avis médical) ou fugues • orientation inappropriée par faute de place • durée de passage > à une valeur donnée pour le service des urgences • durée de passage > à une valeur donnée pour l'HCD • retour non programmé dans les 8 jours pour un problème analogue • taux de réadmission ou réhospitalisation < 30 jours • chute dans le service des urgences • accident iatrogène • accidents de contamination du personnel 	E E S S E S S E S E	1, 2, 3, 7, 10
3	Il existe un registre des plaintes.	E	1, 2, 3, 9, 10 OPC 14
4	Il existe une procédure de gestion des plaintes, une réponse est fournie aux lettres de plainte.	E	1, 2, 3, 9, 10
5	Un médiateur extérieur au SAU a la responsabilité de recevoir les familles et de fournir des réponses à ces plaintes.	S	
6	Il existe une évaluation des divergences diagnostiques à la sortie des urgences et à la sortie de l'hôpital.	S	3, 4
7	Il existe une analyse des reconsultations précoces : consultation programmée, complication ou évolution, erreur diagnostique ou thérapeutique.	S	1, 3, 4
8	Il existe des réunions morbidité / mortalité.&	S	

10.4. PRISE EN CHARGE SOCIALE

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une procédure de prise en charge médico-sociale : - aux heures ouvrables, - 24h/24 et 7j/7.	E S	
2	Un ou des travailleurs sociaux sont affectés au service des urgences. Nombre d'ETP de travailleurs sociaux pour les urgences.	E	7, 11, 14
3	A défaut, le personnel du service des urgences connaît la procédure pour entrer en contact avec ces travailleurs sociaux.	E	7, 11, 14
4	Le personnel des urgences a à sa disposition les coordonnées de partenaires extérieurs à l'établissement pouvant constituer une aide lors d'admission de patients en situation de précarité (foyer d'accueil, CCASS, oeuvres, organismes permettant de faire face aux problèmes sociaux...).	E	11
5	Le règlement intérieur précise les missions sociales du service des urgences et leurs principales modalités de mise en oeuvre.	E	
6	Il existe des procédures précisant et facilitant l'ouverture des droits aux non assujettis sociaux.	S	
7	Les problèmes sociaux et médico-sociaux les plus fréquents font l'objet de procédures : placement gériatrique, maintien à domicile impossible, enfants et femmes battus, mise sous tutelle, toxicomanie, ivresse, etc...	E	

10.5. ETHIQUE ET RESPECT DU DROIT DES MALADES

	CRITERES	ESO	Références
1	La charte du malade est à la disposition du personnel et des patients. <i>Elle fait l'objet d'échanges réguliers lors des temps de formations.</i>	E	7 DIP1
2	Le patient (ou son représentant) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins, son état de santé, sa situation administrative et sociale.	E	DIP4
3	Les différents temps de passage au SU garantissent la confidentialité des informations orales ou écrites et de l'examen (en particulier au moment de l'enregistrement administratif et pour certains malades exposés : malades psychiatriques, problèmes sociaux, malades accompagnés par la police ou les pompiers)	E	1 DIP7
4	Tous les travaux de recherche effectués dans le service sont réalisés dans un cadre légal. Le consentement écrit est obtenu. <i>Les protocoles de recherche sont déclarés au CCPPRB et répertoriés. (les noms des malades inclus, le nom du promoteur, les protocoles sont connus). Les documents concernant les études sont archivés 15 ans.</i>	E	DIP5
5	Les malades sont informés que les données les concernant figurent sur une base informatisée.	E	
6	Il existe un registre des plaintes	E	1,2,3,9,10DIP 8
7	Les plaintes sont analysées systématiquement selon une procédure écrite. Une réponse est fournie à chaque plainte	E	1,2,3,9,10
8	Il existe une commission de conciliation conforme à la réglementation.	E	DIP8

9	Le patient est examiné et peut s'entretenir avec les soignants dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.	E	DIP6
10	Le consentement du patient est requis pour tout acte médical dans la mesure où l'urgence le permet.	E	DIP5
11	Le SU accueille toutes les personnes sans aucune distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale.	E	DIP2

11. DOSSIER PATIENT ET INFORMATIONS MEDICALES

L'information administrative, paramédicale et médicale concernant le passage des malades a un support écrit.

11.1. DOSSIER DU PATIENT

	CRITERES	ESO	Références
1	Il existe une observation médicale pour chaque patient, hospitalisé ou non. Elle est incorporée au dossier hospitalier.	E	1, 2, 3, 4, 8
2	Le dossier comporte : <ul style="list-style-type: none"> - le nom du médecin senior responsable du malade qui signe le dossier, - le motif de recours - le nom de tous les intervenants et leurs conclusions écrites, la date et l'heure de leur intervention (y compris les avis téléphoniques ou sur dossier), - les résultats biologiques avec commentaires des anomalies contributives (même de routine), - les résultats des examens complémentaires avec une interprétation signée, - le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique retenu, - des prescriptions précises, lisibles, signées, datées et validées par un médecin senior, - les traitements reçus - le dossier transfusionnel et la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang, le cas échéant. - les horaires principaux du circuit du patient (en particulier : heures d'arrivée et de départ, heure du premier examen médical) - la surveillance et l'évolution du patient. 	E	1, 3, 4 DPA5
3	Il existe des observations "préformatées" pour les pathologies les plus courantes.	S	3
4	Il existe des actions d'évaluation de la qualité des observations médicales (relecture, staff, auto-évaluation,...).	E	2, DPA7

11.2. DOSSIER INFIRMIER

	CRITERES	ESO	Références
1	L'infirmière et l'AS prenant en charge le patient et réalisant les prescriptions sont identifiées dans le dossier.	E	7
2	Le dossier infirmier comporte : les données administratives du patient, les coordonnées de son entourage en précisant si un contact a été pris avec lui, les actes prescrits et réalisés, les actes restant à faire, le degré de dépendance des patients.	E	
3	Il existe une feuille de surveillance et de soins infirmiers.	E	
4	Il existe un inventaire des objets et effets personnels (y compris dentiers, argent...). Il est obligatoire pour toute personne inconsciente.	E	

11.3. ARCHIVES

	CRITERES	ESO	Références
1	L'accès aux archives (file active), aux dossiers médicaux et aux compte-rendus d'hospitalisation dans le même établissement hospitalier est possible rapidement 24h/24 (en moins de 30 minutes).	E	1, 2, 3 DPA6
2	La confidentialité des dossiers médicaux est assurée à tous les stades de son élaboration, de sa circulation, de son archivage et de l'élimination de ses pièces.	E	
3	Un double de l'observation médicale des urgences est momentanément conservé dans le service pour relecture.	S	1, 3
4	Les compte-rendus d'hospitalisation des patients hospitalisés sont adressés aux urgences et peuvent être obtenus selon des modalités à préciser localement.	S	2

LES CRITERES LES PLUS IMPORTANTS

1	<p>Le projet médical hospitalier affirme et précise la mission d'accueil et de prise en charge des urgences dans l'établissement. <i>A savoir l'accueil 24 h/24 tous les jours de l'année de toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique et sa prise en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.</i></p>	E	3, 5, 23, 31 OPC1
2	Il existe un projet de service spécifique aux urgences.	E	8, 9
3	<p>Le service des urgences développe une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'évaluation des pratiques médicales respecte les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. <i>La politique d'évaluation utilise les outils disponibles, en particulier, l'auto-évaluation interne.</i></p>	E	22
4	Les diagnostics principaux établis au service des urgences sont codés selon le thésaurus SFMU	E	1, 4
5	L'informatisation permet de connaître le fonctionnement du service, d'éditer automatiquement les tableaux de bord conformes aux recommandations de la SFMU et de fournir des rapports annuels.	E	1, 2, 7
6	<p>Au niveau de chaque site d'accueil, deux impératifs sont respectés : a) la permanence médicale : l'accueil est assuré 24 h/24, par au moins un médecin senior, formé à l'urgence b) la compétence : toute décision médicale est prise par un docteur en médecine. <i>L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin senior soit physiquement présent vingt-quatre heures sur vingt quatre, tous les jours de l'année. Il est responsable de l'examen de tout patient arrivant dans le service</i></p>	E E	1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 17, 47
7	<p>Il existe un chef de service des urgences. <i>Il est identifié et reconnu comme tel dans la hiérarchie hospitalière.</i></p>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
8	<p>Les internes ou résidents ne sont jamais laissés seuls aux urgences et ne sont jamais employés pour compléter l'effectif médical. <i>Le service des urgences est un lieu de formation pour les internes et résidents.</i></p>	E	10
9	Il existe une procédure de formation.	E	
10	Le service doit posséder des documents médicaux concernant l'ensemble de la médecine d'urgence (livres essentiellement). Ces livres sont accessibles 24h/24, actualisés.	E	1, 6, 7, 10
11	<p>Il existe un cahier des procédures médicales locales, unique, disponible à tout moment, facilement accessible, connu de l'ensemble de l'équipe et présent dans le service. <i>Il comporte des procédures issues de conférences de Consensus et de recommandations pratiques cliniques ou élaborées localement. Ces procédures sont écrites, approuvées par l'ensemble de l'équipe, datées, signées et mises à jour.</i></p>	E	1, 2, 4, 5, 6, 7, 10
12	Les membres de l'équipe médicale suivent ou participent régulièrement à une formation médicale continue (FMC) : congrès, séminaires, stages pratiques accrédités, diplômes d'université.	E	34
13	La permanence des soins paramédicaux est organisée 24h/24 avec un personnel spécifique aux urgences.	E	10

14	Un cadre infirmier est responsable de l'équipe infirmière, AS, ASH, ASI, brancardiers.	E	
15	Le personnel IDE et AS du service des urgences bénéficie d'une formation spécifique à l'urgence.	E	47
16	La salle de déchoquage contient : un vaste rayonnage avec tout le matériel rangé par fonctions vitales, des sets préparés pour chaque "geste" (KT central, intubation, drainage thoracique, ponction, lavage péritonéal, pansement brûlure, trachéotomie...).	E	1, 10
17	Chaque poste est équipé de prises de fluides : au moins 2 oxygènes, 2 vides, 2 airs, de 10 prises électriques, d'un scialytique.	E	
18	Chaque poste est équipé d'un scope avec tracé ECG, fréquence cardiaque, SpO2, pression non invasive (PNI) et température, de 3 pousses-seringue électriques (PSE) doubles voies, d'un respirateur.	E	
19	La salle de déchoquage est équipée : d' accélérateur de perfusion, d'un scope de transport-défibrillateur, d'un appareil léger mesurant l'hémoglobine ou l'hématocrite, d'un doppler de poche, d'un respirateur de transport et d'un défibrillateur.	E	
20	Il existe une vérification régulière du matériel selon une procédure programmée écrite avec identification des intervenants.	E	1, 2, 3, 4, 9, 10
21	Des tableaux de bord de consommation sont tenus.	E	
22	Il existe une équipe de sécurité (vigile, brancardiers, etc..) appelable immédiatement en cas de violence.	E	GFL8
23	Tout spécialiste consultant doit pouvoir intervenir dans des délais définis de manière précise, à l'avance, figurant dans le règlement intérieur et validé par le conseil de l'urgence.	E	1, 3
24	Dans les spécialités chirurgicales : chirurgie de la main, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie vasculaire, traumatologie lourde, traumatologie maxillo-faciale, les filières de prise en charge des patients doivent être clairement identifiées par des conventions inter établissements (contrat relais) dans lesquelles le mode de transport de ces patients est précisé. <i>La présence d'un de ces spécialistes de garde ou d'astreinte dans tous les sites d'urgences, même les SAU n'est pas obligatoire.</i>	E	69
25	Les radios standards sont obtenues en urgence tous les jours 24h/24. <i>Par radio standard, on entend tous les clichés radiographiques sans préparation, en particulier, poumon, abdomen et os. Les demandes peuvent être formulées par un interne.</i>	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
26	Les radios standards sont réalisées à proximité immédiate et par un circuit privilégiant le service d'urgences. Il s'agit soit d'une unité de radio incorporée aux locaux du service des urgences soit d'un service de radio mitoyen avec lui.	E	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10
27	Les comptes rendus sont réalisés par un radiologue pour les examens radiologiques standards des patients non hospitalisés. <i>Les comptes rendus sont faits dans un délai de 48 heures.</i>	E	
28	Les résultats sont rendus dans un délai maximal de 2h, 24h/24.	E	2, 3, 4, 6, 7, 9, 10
29	Le règlement intérieur du service des urgences précise les missions et les objectifs de l'UHCD. <i>Ces missions sont adaptées au mode de fonctionnement, à l'environnement et aux contraintes architecturales et fonctionnelles.</i>	E	
30	Un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades non hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'entrée, le diagnostic de sortie, dans un délai inférieur à 48h.</i>	E	1, 2, 3, 4, 9, 10
31	Il existe un cahier des procédures médicales locales, unique, disponible à tout moment, facilement accessible, connu de l'ensemble de l'équipe et présent dans le service. <i>Il comporte des procédures issues de conférences de Consensus et de recommandations pratiques cliniques ou élaborées localement. Ces procédures sont écrites, approuvées par l'ensemble de l'équipe, datées, signées et mises à jour.</i>	E	7

32	Le règlement intérieur précise les missions sociales du service des urgences et leurs principales modalités de mise en oeuvre.	E	
33	Il existe une observation médicale pour chaque patient, hospitalisé ou non. Elle est incorporée au dossier hospitalier.	E	1, 2, 3, 4, 8
34	L'accès aux archives (file active), aux dossiers médicaux et aux compte-rendus d'hospitalisation dans le même établissement hospitalier est possible rapidement 24h/24 (en moins de 30 minutes).	E	1, 2, 3 DPA6

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide des outils d'évaluation aux urgences SFUM / SRLF - Ed. Arnette, 1996, 91-103.
2. Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences. Commission de médecine d'urgences - Réan. Urg., 1994, 3 (3), 299-306
3. Grille d'évaluation de la qualité de l'organisation de la prise en charge des urgences-porte adultes. Direction de la Prospective et de l'Information Médicale / Délégation à l'Evaluation Médicale, 1995, AP-HP.
4. Accreditation Manual for hospitals, 1992, USA
5. Manuel d'accréditation des hôpitaux, Canada, 1995
6. Organisational audit manual, 1990, King's Fund
7. Hospital accreditation programme, 1995, King's Fund
8. Manuel d'accréditation des hôpitaux, Canada, 1992
9. Séminaire interprofessionnel 1993 : Comment évaluer la qualité des services d'urgence hospitaliers en termes d'organisation, de structures et d'équipement ? ENSP, 1993
10. Urgences 2000 - Toulouse
11. Check-List pour un Check-Up - CNEH
12. Circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences
13. Circulaire n° DH/DGS 90-326 du 15 février 1990, relative à l'amélioration de l'accueil des urgences
14. Circulaire n° DH/4B/GGS 3E/91 - 34 du 14 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation.
15. Circulaire n° 39-92 DH/PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992, relative à la prise en charge des urgences psychiatriques
16. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière

17. Art D 712-53 du Code de la Santé Publique (décret n°95-648 du 9 mai 1995)
18. Art D 712-54 du Code de la Santé Publique (décret n°95-648 du 9 mai 1995)
19. Art D 712-59 du Code de la Santé Publique (décret n°95-648 du 9 mai 1995)
20. Art D 712-65 du Code de la Santé Publique (décret n°95-648 du 9 mai 1995)
21. Art L 710 - 3 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 - Art 2)
22. Art L 710-4 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière)
23. Art L 711-4 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière).
24. Art L 712-3.3 du Code de la Santé Publique (ordonnance n° 96-346 du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée)
25. Art L 713-12 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière)
26. Art L 714-23 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière)
27. Art L 714-26 du Code de la Santé Publique (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière)
28. Art L 714-21 du Code de la Santé publique (Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991)
29. Art R 712-63 du Code de la Santé Publique (Décret n° 95-647 du 9 mai 1995)
30. Art R 712-64 du Code de la Santé Publique (Décret n° 95-647 du 9 mai 1995)
31. Art R 712-65 du Code de la Santé Publique (Décret n° 95-647 du 9 mai 1995)
32. Art R 712-75 du Code de la Santé Publique (Décret n° 95-647 du 9 mai 1995)
33. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences.
34. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
35. Circulaire n° D.H. - E.O./P.M./A.F. n° 28 du 1er août 1994 relative aux modalités d'attribution de l'enveloppe réservée à la médicalisation des services d'urgence dans le cadre du taux directeur pour 1994
36. Courrier de Monsieur le Ministre délégué à la santé, en date du 4 juillet 1994, concernant l'organisation et le fonctionnement des urgences

37. Décret n° 92-272 du 26 mars 1992 relatif aux missions à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique
38. Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 modifié, relatif à la profession d'infirmier
39. Décret n° 93-221 du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
40. Art L 710-5 du Code de la Santé Publique (Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée)
41. Circulaire n° 146 du 21 mars 1966 relative à la réglementation des gaz médicaux et des liquides inflammables dans les établissements de soins publics ou privés
42. Circulaire DH / 512 n° 4 du 27 janvier 1994 relative à l'application de la sécurité incendie aux établissements de santé
43. Gérer la qualité et les risques à l'hôpital. Sous la direction de Pierre Anhoury et Gérard Viens - ESF Editeur
44. Des infirmières d'accueil pour les urgences. Marie Fuks - Décision Santé N°63 du 15 juillet 1994, pages 24 à 26
45. Techniques hospitalières n° spécial. "Urgences Hospitalières" n°578 - Novembre 1993
46. La réforme des urgences un entretien avec J.L. Lejonc et H. Ozier. Concours médical du 29 janvier 1994 - 116 - 04
47. Rapport sur la médicalisation des urgences. Professeur Adolphe Steg (1993)
48. La chirurgie en France - Constat et propositions. Rapport présenté par H. Guidicelli et MF. Veran-Peyret (février 1996)
49. Loi 92-614 du 6 juillet 1992 relative aux dépôts des malades.
50. Décret 93-550 du 27 mars 1993 relatif aux dépôts des malades.
51. Circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par les personnes admises dans les établissements de santé.
52. Arrêté du 18 octobre 1977, relatif aux immeubles de grande hauteur
53. Règlement du 25 juin 1980, relatif aux établissements recevant du public.
54. Code du travail - Décret n°92-332 du 31 mars 1992 modifiant le code du travail et relatif aux dispositions concernant la sécurité et la santé que doivent observer les maîtres d'ouvrage lors de la construction de lieux de travail ou lors de leurs modifications, extension ou transformations.
55. Arrêté du Ministère de la santé du 6 août 1996 relatif à la protection contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements publics de santé et les institutions sociales et médico-sociales publiques.
56. Loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité.
57. Décret n° 96-926 du 17 octobre 1996 relatif à la vidéosurveillance pris pour l'application de l'article 10 de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995.

58. Instruction ministérielle du 5 février 1952 portant sur l'obligation d'accueil.
59. Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 - Art. 52-53 relatif à l'élaboration du plan d'accueil.
60. Loi n° 87-585 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs.
61. Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU.
62. Décret n° 88-622 du 6 mai 1988 relatif aux plans d'Urgence.
63. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires complété par la circulaire DGS/DH du 13 avril 1987.
64. Circulaire DGS/DH n° 89-21 du 19 décembre 1989, relative au contenu et aux modalités des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes, dénommé "Plan Rouge".
65. Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
66. Référence GBEA
67. Normes CEE
68. Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonction auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins "accueil et traitement des urgences" et modifiant le code de la santé publique.
69. Décret n° 97/615 du 30 mai 197 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.