

DONNÉES CHIFFRÉES

Service d'Urgence

MAI 2025

Groupe de Travail de Réactualisation:

Commission Risque Incident Sureté Sécurité Qualité (RISSQ) : Catherine CAPLETTE (présidente), Laurence ARROUY, Sylvain BENENATI, Benjamin CHEVALLIER, Evelyne DUBREUCQ GUERIF, Jonathan DUCHENNE, Charles-Henri HOUZE CERFON, Nicolas JUZAN, Edouard LANSIAUX, Hugues LEFORT, Frédéric PARIS, Hélène PIZZUT, Ludovic RADOU, Fabien VANIET, Caroline ZANKER

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 toujours 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.

Pour les indicateurs avec une astérisque (*), les auditeurs doivent choisir une période d'étude qui sera la même pour tous les items. Cette période doit être assez longue pour permettre une évaluation des différents flux saisonniers. Il est souhaitable de prendre une période de 3 mois à 1 an.

Le document précise les items qui doivent être renseignés de manière Essentielle (E), Souhaitable (S) ou Optionnelle (O). Les deux premières colonnes sont dédiées à la structure auditée : chiffres et commentaires libres. La dernière colonne est dédiée aux auditeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. **Arrêté du 30 avril 2003** relatif à l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement des personnes âgées dépendantes. *Bulletin Officiel du Ministère de la Santé*. 2003;(18).
- [2]. **Articles R. 6152-601 à 6152-634** du code de santé publique (statut des Attachés).
- [3]. **Articles R. 6153-1 à 6153-40** du code de santé publique (statut des Internes).
- [4]. **Circulaire DHOS/M2/2003 n° 219 du 6 mai 2003** relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires. *Bulletin Officiel du Ministère de la Santé*. 2003;(21).
- [5]. **Enquête régionale sur les ressources humaines** dans les structures d'urgences - SAMU – SMUR. Dr Romain Hellmann - ARS Ile de France. 2016.
- [6]. **HAS. Gestion des tensions hospitalières et situations exceptionnelles**. Haute Autorité de Santé; décembre 2023.
- [7]. **HAS. Prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles**. Fiche pédagogique. Décembre 2023.
- [8]. **HAS. Troubles psychiques et grande précarité**. Accueil et prise en charge aux urgences et services hospitaliers. Novembre 2023.
- [9]. **HAS. Urgences-SAMU-SMUR**. Certification des établissements de santé. Fiche pédagogique. Novembre 2020.
- [10]. **FEDORU. Hôpital en tension**. Recommandations FEDORU V2. Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Novembre 2015.
- [11]. **Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015**. Référentiel national de gestion du temps de travail médical en structures de médecine d'urgence. Direction Générale de l'Offre de Soins. 2015.
- [12]. **Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence** (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). SAMU-Urgences de France. 2011.
- [13]. **Oberlin M, Douay B, Desclefs J-P, Depil-Duval A, Ganansia O, Giraud L, et al**. Recommandations de bonne pratique - Architecture des structures de médecine d'urgence. Paris : SFMU; 2024.
- [14]. **Organisation du temps de travail aux urgences**. Pôle Départemental des Urgences du Tarn-et-Garonne. Novembre 2003.
- [15]. **SFMU**. Critères d'évaluation des services d'urgences. Paris : Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2001.
- [16]. **SFMU**. Recommandations pour les compétences des médecins en services d'urgence. Société Française de Médecine d'Urgence. 2024.
- [17]. **SFMU**. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des services d'urgence. Paris : Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2021.
- [18]. **SFMU, SAMU de France, SRLF, SFAR**. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Paris : Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2003.
- [19]. **SFMU, Commission Soins et Urgence**. Référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA). Paris : Société Francophone de Médecine d'Urgence; 2020.

PLAN

BIBLIOGRAPHIE.....	2
PLAN.....	3
AUDIT.....	4
INDICATEURS.....	5
I. INDICATEURS D'ACTIVITÉ.....	5
A. ENVIRONNEMENT GENERAL- INDICATEURS D'ÉTABLISSEMENT ET DE TERRITOIRE :.....	5
B. INDICATEURS D'HÔPITAL EN TENSION.....	6
C. DONNÉES DE LA STRUCTURE D'URGENCE.....	7
D. PRISE EN CHARGE DES URGENCES.....	8
E. ORIENTATIONS DEPUIS LA STRUCTURE D'URGENCES.....	10
F. ACTIVITÉ DE L'UHCD.....	11
II. INDICATEURS DE RESSOURCES HUMAINES.....	13
A. EFFECTIFS MÉDICAUX (pour Urgences et UHCD).....	13
B. TABLEAU D'AUDIT QUALITATIF : MANAGEMENT MÉDICAL.....	15
C. EFFECTIFS PARAMÉDICAUX (IDE, AS, brancardiers, secrétaires).....	16
III. INDICATEURS SUR LES LOCAUX.....	17
Grille d'Audit Qualitative (d'après RFE Architecture des Structures de Médecine d'Urgence).....	17
IV. INDICATEURS QUALITÉ.....	19
A. INDICATEURS QUALITÉ : EI, EIG, AVIS SPÉCIALISÉS, RÉCLAMATIONS.....	19
B. CULTURE QUALITÉ, CULTURE GESTION DES RISQUES.....	20
C. ANALYSE QUALITATIVE DE L'ORGANISATION HÔPITAL EN TENSION HET	21
V. INDICATEURS DES RECETTES.....	23
A. URGENCES.....	23
B. UHCD.....	23

AUDIT

Demandeur (s) de l'Audit : _____

(Préciser : Tutelles, Centre hospitalier, Chef de service ou chef de pôle,...)

Commanditaire (si différent) : _____

Objectifs de l'Audit :

Séquence de réalisation de l'Audit :

INDICATEURS

I. INDICATEURS D'ACTIVITÉ

A. ENVIRONNEMENT GENERAL- INDICATEURS D'ÉTABLISSEMENT ET DE TERRITOIRE :

Profil d'hospitalisations de l'établissement de la structure d'urgence (qualitatif et quantitatif, typologie de parcours, typologie de population).

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	HOSPITALISATIONS MCO DIRECTES/URGENCES : * Nombre d'entrées total, en hospitalisation complète, annuelles (MCO) dans l'établissement Dont % directes, dont % en provenance des urgences	E						
1bis	PARCOURS HOSPITALISATIONS DIRECTES / VIA LA STRUCTURE D'URGENCES (Nombre total/ Nombre en provenance des Urgences) - Spécialités chirurgicales - Gynéco-obstétrique - Médecine polyvalente (hors gériatrie) - Médecine gériatrique - Spécialités médicales - Pédiatrie - Psychiatrie	E						
2	CONSULTATIONS EXTERNES : nombre / an, sur l'établissement, à l'exception des passages en SU	E						
3	CAPACITAIRE MCO et HDJ (Nbre de lits)	E						
4*	DMS globale court séjour (MCO) de l'établissement et IP-DMS de l'établissement **	E						
5*	Taux de réadmission non programmée dans les 72h par la structure d'urgences - Détailler patients sortis de MCO - Détailler patients âgés de > 75 ans	E						
6*	Nombre d'admissions (hospitalisations) moyen en fonction de tranche horaire 0-8h, 8-18h, 18h-Minuit ***	E						

*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)

**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.

(Fournir éventuellement en annexe l'IP-DMS par UF)

*** Éventuellement % entrée directe et entrée des urgences

B. INDICATEURS D'HÔPITAL EN TENSION

Maturité de l'établissement pour détecter et gérer la tension intra hospitalière.

	CRITÈRES	ES O	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1*	Nombre moyen de lits disponible par UF par jour <i>Éventuellement nombre de lits disponible par UF à un instant précis : 10h-12h-17h-minuit</i>	E						
2*	Nombre de journées non pertinentes <i>Éventuellement par UF</i> Dont attente d'admission en SSR, EHPAD Dont patients en soins critiques en attente de place en MCO	S						
3*	Nombre de lits fermés X par nombre de jour de fermeture	E						
4*	Nombre de patients déprogrammés	E						
5	Nombre de jour déclaré à l'ARS en tension sur l'année précédente	S						
6	Seuils définis de charge pour déclenchement du plan HET niveaux 1, 2, 3 et plan blanc	E						
6bis	Produire la procédure institutionnelle HET (Hôpital en Tension)	E						

Dans le chapitre plus bas intitulé QUALITÉ, vous trouverez un chapitre consacré à l'analyse détaillée de l'organisation « Hôpital en tension ».

C. DONNÉES DE LA STRUCTURE D'URGENCE

	CRITÈRES	ESO	OUI	NO N	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	<p>Nombre total de passages annuels.</p> <p>Patients âgés de moins de 15 ans (en % par rapport au nombre total de passages annuels au service des urgences)</p> <p>Patients âgés de plus de 75 ans (en % par rapport au nombre total de passages annuels au service des urgences)</p> <p><i>Le nombre de passages doit pouvoir être détaillé éventuellement par tranche horaire/ jour de semaine/ mois.</i></p>	E E E E						
2*	<p>Nombre de patients adressés aux urgences après avis médical extérieur au service</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dont médecin traitant - Dont SAMU / centre 15 - Dont urgences internes - Dont transferts d'un autre établissement - Dont EHPAD 	E S S S S S						
3*	<p>Répartition des patients par niveaux de tri (1 à 5)</p> <p>Pourcentage d'hospitalisation par niveau de tri</p> <p>Répartition CCMU</p>	S S S						
4*	<p>Nombre de passages de patients par filières (court, long, valides, SAUV etc ..)</p>	S						
5*	<p>Nombre moyen par jour de malades arrivés aux urgences : (Flux des urgences par tranche horaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Entre 0h et 8h30 → Entre 8h30 et 18h30 → Entre 18h30 et 0h <p>Total sur 24h</p>	E						

D. PRISE EN CHARGE DES URGENCES

Audit qualitatif pour une structure d'urgences

	Catégorie	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Règlement intérieur Urgences	Document formalisé et diffusé	E						
2		Mise à jour récente	O						
3		Conformité aux normes en vigueur	E						
4	IOA	Protocole écrit	E						
5		Protocole connu des équipes	E						
6		Formation spécifique des IOA	E				Inclut la régularité et le contenu.		
7		Protocole de réorientation filiarisée	S						
8		Médecin référent identifié	E						
10		Médecin référent dédié	S						
11	Filières spécialisées de recours	Identification des filières disponibles en intra-établissement, en extra établissement	E						
12		Protocoles écrits par filière	S						
13		Formation des équipes aux filières	S						
14		Collaboration inter-établissements	S				Inclut les partenariats et les accords.		
15	SAUV	Mode de fonctionnement écrit (Procédure formalisée)	E						
16		Formation spécifique des équipes	E						
17		Conformité des équipements et locaux	E						

Audit quantitatif pour une structure d'urgences

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1*	Temps de passage moyen (moyenne, ± écart type, médiane, percentile 95 %, quartiles) = inscription administrative – sortie <i>Temps moyen admission contact IOA</i> <i>Temps moyen admission – premier contact médical</i> <i>Temps moyen de prise en charge médicale (entre début PEC et décision médicale)</i> <i>Temps moyen entre la décision médicale et la sortie effective du patient</i>	E						
2	Temps de passage des 75 ans et plus hospitalisés	E						
3*	Nombre de patients présents dans les urgences à certaines heures <i>(nombre de malades simultanément présents dans les locaux des urgences hors UHCD à 1 temps donné :8h, 12h, 18h, minuit)</i> → <i>Dont patients de plus de 75 ans</i> → <i>Dont patients présents depuis plus de 6 heures</i> → <i>Dont patients en attente de prise en charge</i> → <i>Dont patients en attente de biologie ou d'imagerie</i> → <i>Dont patients en attente de lit</i>	S						
4*	Pourcentage de patients des urgences bénéficiant des moyens mis en œuvre par l'établissement : → Biologie → Radiologie conventionnelle → Radiologie : scanner, IRM, écho. → Avis spécialisé <i>Délai d'obtention des scanner, IRM et écho</i> <i>Délai d'obtention des examens bio (entre heure prélèvement et heure résultat validé)</i> <i>Délai d'obtention des avis spécialisés</i>	S S S S O O O O						

5*	Nombre de patients bénéficiant d'un Recours organisé à un avis spécialisé la nuit (PDSES organisée). <i>Dont dans l'hôpital, dont dans le GHT, dont à l'extérieur</i>	E						
6*	Nombre de patients revus → En consultation post-urgence → En consultation spécialisée → En hospitalisation programmée.	S						

E. ORIENTATIONS DEPUIS LA STRUCTURE D'URGENCES

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire	
1*	Orientation des patients à la fin du séjour aux urgences (nombre de passages, % du total des passages) : <ul style="list-style-type: none"> - Malades non hospitalisés <ul style="list-style-type: none"> o Retour dans le lieu de vie antérieur ou sortie normal o Décès o Sortie contre avis médical o Fugue o Confié aux forces de l'ordre o Parti sans attendre (taux de PSA) o Réorientation vers maison médicale et/ou consultation spécialisée dès l'accueil - Malades hospitalisés dans le même hôpital : <ul style="list-style-type: none"> o UHCD o Hospitalisation court séjour : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecine (répartition par UF) <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> UNV <input type="checkbox"/> USIC <input type="checkbox"/> Réanimation et soins continus 	E S S S S S S S E E E S S S S S S S S S E							

	- Malades hospitalisés en dehors de l'hôpital (transfert) :	S						
	o Pourcentage transféré dans le GHT et hors GHT	S						
	o Par nécessité d'un plateau technique ou de service spécialisé	S						
	o Pour absence de lit disponible	S						
	o Pour convenance personnelle	O						
	o Pour transfert dans le secteur psychiatrique dont dépend le patient	S						
2*	Nombre de patients hospitalisés dans une autre spécialité faute de lit disponible dans le service de référence (hébergement) <i>Par spécialité</i>	S						
		S						
3*	Pourcentage des patients de plus de 75 ans hospitalisés <i>Dont + 85 ans</i>	E						
		S						

F. ACTIVITÉ DE L'UHCD

	CRITÈRES	ESO	OUI	NO N	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Nombre de lits de l'UHCD	E						
2	Nombre d'admissions annuelles à l'UHCD.	E						
3*	Durée moyenne de séjour à l'UHCD (en heures, depuis l'admission aux urgences). <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 > 2J</i>	E						
5*	Pourcentage de patients : → De plus de 75 ans → Pour motifs psychiatriques → Mineurs → Relevant des soins critiques (patients scopés et/ou VNI...)	E S S S						
6*	Taux d'occupation A 8h, à 14h, à 18h, à 00h	E S						

7*	<p>Orientation des patients à la fin du séjour à l'UHCD (nombre - % du nombre de malades hospitalisés à l'UHCD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retour à domicile - H.A.D. - Hospitalisation court séjour <ul style="list-style-type: none"> o Médecine (répartition par UF) o Chirurgie o Gériatrie o Oncologie o Pédiatrie o Psychiatrie o UNV o USIC o Réanimation et USIP (unité Soins intensifs polyvalents) - Hospitalisation Séjour Moyen Réadaptation - Organisation HDJ/ CS ... - Transfert MCO autre établissement - Transfert en ES de psychiatrie - Décès 	<p>E</p> <p>E</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p>						
8	Délai entre la prise de décision d'hospitalisation et le départ effectif du service	O						
9	<p>Présence formalisée en périodes de relèves (en staff/in situ post staff) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistant(e) sociale - Psychiatre/psychologue/infirmier de psychiatrie - Gériatre - Interniste/ médecine polyvalente - Bed manager / cadre de santé 	<p>E</p> <p>S</p> <p>O</p> <p>O</p> <p>O</p> <p>E</p>						

II. INDICATEURS DE RESSOURCES HUMAINES

A. EFFECTIFS MÉDICAUX (pour Urgences et UHCD)

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Nombre d'ETP médicaux budgétés et nombre d'ETP pourvus Ratio temps plein/temps partiels <i>dont nombre d'ETP mutualisés avec le SMUR</i> <i>Taux de complétude de l'effectif cible</i>	E						
2	Pourcentage de médecins travaillant sur plusieurs établissements du GHT	E						
3	Statut des médecins Nombre de PH, PHC, motif 2, assistants, attachés, attachés associés Nombre de médecins non-inscrits à l'ordre	E						
4	Nombre de médecins ayant une qualification d'urgentiste (CMU, DESC, DES, inscription au CNOM) Nombre de médecins ayant la qualification médecine générale Nombre de médecins ayant une autre qualification (gériatrie, pédiatrie, etc. ..)	E						
5	Taux d'absentéisme par an <i>Dont congés maternité</i> <i>Dont accident de travail</i>	S						
6	Nombre de médecin : → Moins de 50 ans → Entre 50 et 60 ans → De plus de 60 ans	S						
7	Turnover dans les 3 années précédentes : nombre de départ, nombre d'arrivée (en ETP)	E						
8	Nombre de médecins dédiés aux urgences présents par tranche horaire : → 8h-13h → 13h-18h → 18h-00h → 00h-08h	S						

	<i>Préciser si la Gestion de la garde des étages d'intérieur est assurée par les urgences</i>							
9	Nombre de médecins seniors dédiés à l'UHCD présents par tranche horaire → 8h-12h → 12h-18h Organisation Week end et jours fériés spécifique <i>Médecin dédié à UHCD ou mutualisé</i>	E						
10	Nombre de médecin SMUR mutualisé de façon conjointe aux urgences par tranche horaire → Jour → Nuit	E						
11 *	Nombre de médecins ayant du temps non posté (hors clinique) → Taux de hors cliniques pour ces médecins Nombre de médecins ne faisant que de la clinique	E E						
12 *	Nombre d'heures de temps additionnel des médecins du service (par quadrimestre) Nombre d'heures réalisées par des médecins extérieurs au service Nombre d'heures réalisés par des intérimaires	E E E						
13	Nombre d'internes aux urgences et UHCD Et répartition par jour de semaine. <i>Et par tranche horaire</i> → 8h-12h → 12h-18h → 18h-00h → 00h-08h Nombre de Drs Juniors aux urgences et UHCD Et répartition par jour <i>Et par tranche horaire</i> → 8h-12h → 12h-18h → 18h-00h → 00h-08h	E S S S S S E S S S S S						
14 *	Nombre de jours en sous effectifs <i>par UF sur l'année (Urg/UHCD)</i>	E E						
15*	Nombre de journées de formations organisées par le service et nombre de personnel formés	E						
16 *	Nombre de journée de formations extérieures à l'hôpital	E						

	Préciser si congrès, DU, capacité Pourcentage de l'effectif ayant bénéficié d'une formation extérieure dans l'année							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

B. TABLEAU D'AUDIT QUALITATIF : MANAGEMENT MÉDICAL

		CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Structure Managériale	Chef de service identifié	E						
2		Répartition activité clinique/extra clinique	E						
3		Responsables d'Unités Fonctionnelles (UF)	S						
4		Répartition activité clinique/extra clinique des responsables	E						
5	Fonctions intra-pôle	Médecins impliqués dans des fonctions intra-pôle	E						
6	Fonctions transversales	Médecins impliqués dans des fonctions transversales	S						
7	Temps Managérial Maquetté	Structure managériale définie (organigramme, responsables)	E						
8		Nombre d'heures managériales attribuées	E						
9		Heures managériales réparties et connues des acteurs	E						
10	Formations au Management	Formations des responsables d'unités	E						
11		Formations en management accessibles aux autres médecins	E						
12	Implications Médicales Externes	Membres impliqués dans des fonctions territoriales	S						
13		Participation à des Sociétés savantes	S						
14		Interactions régulières avec l'ARS	E						

C. EFFECTIFS PARAMÉDICAUX (IDE, AS, brancardiers, secrétaires)

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	N A	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Par métier - Nombre d'ETP budgétés - Nombre d'ETP pourvus - Nombre ETP UHCD jour/nuit Rotation UHCD - SU	E						
2	Nombre de paramédicaux en activité partagée sur plusieurs UF (SU, UHCD, SMUR, Réa, CESU...)	E						
3*	Taux d'absentéisme <i>Dont congés maternité</i> <i>Dont accident de travail</i>	S						
4	Nombre de paramédicaux présents par tranche horaire : IDE, IPA, AS, brancardier Et répartition par jour de semaine. <i>Et par tranche horaire</i> → 8h-12h → 12h-18h → 18h-00h → 00h-08h	E						
4 bis	Ratio Patients/Infirmier (moyenne par secteur et par tranche horaire) Ratio Patients/Aide-Soignant (moyenne par secteur et par tranche horaire)	E E						
5*	Nombre d'heures supplémentaires Nombre d'heures réalisées par des extérieurs aux services (pool de remplacements, contrat) Nombre d'heures réalisés par des intérimaires	E E E						
6*	Nombre de jours en sous effectifs <i>par UF (SU/UHCD)</i> Nombre de plages vacantes (plages de 12h)	E						
7*	Nombre de journée de formation organisée par le service et nombre de personnel formés	E						
8	Nombre de journée de formations extérieures à l'hôpital <i>Préciser si congrès, DU, capacité</i>	E						

III. INDICATEURS SUR LES LOCAUX

Grille d'Audit Qualitative (d'après RFE Architecture des Structures de Médecine d'Urgence)

		CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Généralités architecturales	Entrée distincte et fléchée	E						
2		Séparation des flux valides/non-valides	E						
3		Sas ambulance abrité	E						
4		Nombre salles de soins du SU hors UHCD	E						
5		Portes à double entrée/sortie pour chaque salle d'examen	S						
		- Zones d'attente surveillées	S						
		- Intimité et confidentialité respectées	E						
		- Aménagement ergonomique (lumière naturelle, acoustique, etc.)	S						
		Sécurisation maîtrisée ?							
		Infrastructure et équipements							
		- Zones de stockage (proximité et réserve) avec dimensionnement adapté	E						
		- Zone de préparation des médicaments	S						
		- Zones de repos et collation pour les équipes	E						
		- Accessibilité PMR (personnes à mobilité réduite)	E						
		Performances et maintenance							
		- Disponibilité des équipements : Taux de fonctionnement $\geq 95\%$	E						
		- Maintenance des équipements : Fréquence des audits de maintenance ≥ 2 fois/an	E						
		- Systèmes d'information : Temps d'indisponibilité annuelle $\leq 5\%$	E						
			E						

6	Accueil	Zone d'accueil et triage identifiable et visible	E						
7		Salle d'attente pour accompagnants avec équipements (eau, toilettes, distraction)	E						
8		Nombre de box IOA	E						
9	Zones de soins	- Nombre de salle d'examen hors SAUV (≥ 14 m ² /salle)	E						
		- SAUV : Nombre d'emplacements et surfaces (valeurs cibles ≥ 25 m ² /lit ou 15 m ² /emplacement)	E						
		- Circuit court séparé	E						
		- Circuit long ou lourd avec zones adaptées	E						
		- Nombre de salle dédiée à un circuit court	E						
		- Nombre de salle pour les actes techniques (Sutures, « bloc », plâtre...)	E						
10	Zones d'attente	Nombre d'espace d'attente des patients couchés							
		o Avant examen médical, o Après examen médical (attente d'examen ou d'hospitalisation)	E E						
11	Box spécialisés (or box actes techniques)	- Box infectieux	O						
		- Circuit filière Carcérale (procédure de transfert ou d'hospitalisation du patient détenu)	O						
		- Box Psychiatrie	O						
		- Ophtalmo	O						
		- Autres	O						
12	Zones spécifiques	- Zone dédiée à la pédiatrie :							
		** Si urgences pédiatriques	E						
		** Si pas d'urgences pédiatriques	O						
		- Zone de transit/Observation	E						
		- Salle d'examen psychiatrique sécurisée	E						
13	UHCD	- Nombre de chambres seules	E						
		- Salle d'accueil des familles	O						
		- Bureau médical UHCD	O						
		- Chariot d'urgence UHCD	O						
		- Nombre de chambre d'apaisement à l'UHCD	O						

IV. INDICATEURS QUALITÉ

A. INDICATEURS QUALITÉ : EI, EIG, AVIS SPÉCIALISÉS, RÉCLAMATIONS

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'avis spécialisés renseignés / an - Procédure formalisée d'hospitalisation en service - modalités de contact, accord, thésaurus des motifs d'hospitalisations par spécialité) - Avis spécialisés : procédure formalisée <ul style="list-style-type: none"> o Avis direct o Avis téléphonique (procédure de prescription, cotation, traçabilité) o Avis en télémedecine sur application dédiée - Présence et passage d'une équipe de liaison de spécialité (Gériatrie, addictologie,...) régulier/ à la demande - Présence assistante sociale - Délai des avis spécialisés entre la demande et la réalisation (détailler par spécialité) - Présence d'une cellule de gestion des lits <ul style="list-style-type: none"> o Amplitude horaire 	E S E S S E						
2	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre (annuel) de réclamations - Nombre (annuel) de remerciements (<i>Moyenne des 3 années précédentes</i>) - Typologie des réclamations (répartitions) : <ul style="list-style-type: none"> o Perte de valeurs (catégorie argent , prothèses..) o Délai attente/prise en charge o Facturation o Dommages et plaintes - Délai de réponse au plaignant - RMM - Retour aux équipes - Retour à la commission des usagers - Mise en place d'une réflexion sur l'expérience patient (PREMS PROMS) 	E E O S E S E E						

4	Indicateurs qualité et sécurité : - Nombre de déclaration EI <i>Dont agressions</i> - Taux d'EIAS déclarés : Nombre d'EIAS pour 100 admissions ≤ 5 % - Taux de mortalité intra SU/UHCD : Nombre de décès sur 1 000 patients — Ajusté selon population - Temps moyen de prise en charge : Délai entre arrivée et premier contact personnel de santé ≤ 30 minutes - Taux de satisfaction patient : Pourcentage de satisfaction globale ≥ 90 %	E E E E E S						
---	---	----------------------------	--	--	--	--	--	--

B. CULTURE QUALITÉ, CULTURE GESTION DES RISQUES

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	- Culture Risque et Qualité de l'équipe : o Formation CREX, Formation qualité des personnels o Taux de participation à au moins un CREX et RMM o Nombre de CREX par an o Initiatives qualité o Cartographie des risques, analyse a priori des risques par secteur.	E E						
2	Capacité de diffusion et d'informations des délais de prise en charge (affichage)	S						
3	Pour l'UHCD : o Formalisation des transmissions SU UHCD o Nombre de patients contentionnés o Présence d'une traçabilité des contentions et sous quelle forme (DPI, registre de contention) ? o Nombre de nuits >24h o Nombre de patients > 75ans qui sont hospitalisés à l'UHCD /nombre total de patients de plus de 75 ans (DCQ)	E S E E E						

C. ANALYSE QUALITATIVE DE L'ORGANISATION HÔPITAL EN TENSION HET

- Repose sur les références :

[6] **HAS. Gestion des tensions hospitalières et situations exceptionnelles.** Haute Autorité de Santé; décembre 2023.

[10] **FEDORU. Hôpital en tension.** Recommandations FEDORU V2. Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. Novembre 2015.

Organisation et Structure de la Procédure HET

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Existence d'un plan HET formalisé, écrit, disponible.	E						
2	Identification ou Création d'une cellule de veille HET.	S						
3	Inclusion des parties prenantes clés (Direction, CME, gestionnaire de lits, urgences, etc.).	E						
4	Tableau de bord HET incluant les indicateurs préconisés.	E					Indicateurs proposés : passages urgences, lits disponibles, etc.	
5	Mise à jour des indicateurs en temps réel.	S						

Détection Précoce et Suivi de la Tension

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Système de signalement automatisé des tensions (Cf item précédent, « mise à jour des indicateurs en temps réel »)	S				Exemple : système basé sur les RPU.		
2	Suivi des indicateurs clés (patients en attente, durée moyenne de séjour, etc.) quotidien	S						
3	Organisation des échanges réguliers, itératifs (y compris week-ends et jours fériés) entre les parties prenantes	S						
4	Traçabilité des décisions prises lors des réunions HET	E					Indicateurs proposés : passages urgences, lits disponibles, etc.	

Actions Réactives et Préventives

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Actions de prévention (communication, renforcement des équipes, déprogrammation non urgente)	S				Exemple : système basé sur les RPU.		
2	Actions réactives adaptées à chaque phase (précoce, intermédiaire, plan blanc)	E						
3	Collaboration avec les établissements partenaires pour augmenter l'aval de la structure d'urgences	S					Inclut SSR, HAD, etc.	
4	Communication par la direction de l'hôpital avec les médecins de ville et autres acteurs externes sur le niveau de tension de l'hôpital (SAMU, EHPAD)	E						

Communication et Transparence*

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Communication interne (personnel médical et paramédical)	E				Diffusion régulière des données HET		
2	Communication externe (ARS, SAMU, autres établissements)	E						
3	Information des patients et du grand public lors des tensions	E					Inclut SSR, HAD, etc.	

* par la cellule HET à l'échelon direction de l'hôpital

Évaluation et Retour d'Expérience

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Suivi des résultats des mesures HET (temps d'attente, nombre de déprogrammations, etc.)	E						
2	Analyse des retours d'expérience (RETEX) et ajustement du plan HET	E						
3	Participation à une évaluation régionale ou nationale des dispositifs HET	S				Exemple : via l'ORU ou l'ARS.		

V. INDICATEURS DES RECETTES

A. URGENCES

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Nombre de forfaits urgences o FU 0 o FU 1 o FU 2 o FU 3 o FU 4 Part patient : PFU	E						
2	Nombre de RPU	E						
3	Facturation en temps réel : oui/non Pourcentage d'encaissement en temps réel	S S						
4	Suppléments urgence : o SU2 (CCMU 2) o SU3 (CCMU 3 et plus) o Avis spécialiste o Permanence de soins: o SUN/SUF/SSN/SSF	E						
5	Financement total o Part Activité o Part qualité o Part dotation populationnelle	E						
6	Financement à la qualité (DCQ) : pourcentage obtenu par rapport au gain théorique de l'établissement (GTE)	E						

B. UHCD

	CRITÈRES	ESO	OUI	NON	NA	Commentaires libres Service audité	Commentaires Auditeurs	Débat contradictoire
1	Nombre de RUM codés	E						
2	Nombre de mono RUM UHCD	E						
3	Nombre de patients > 75 ans qui sont hospitalisés après l'UHCD /nombre total de patients de plus de 75 ans à l'UHCD (DCQ)	E						