



REFERENTIEL

SFMU



CRITERES D'EVALUATION DES SERVICES D'URGENCES

Commission d'évaluation

Médecins :	Pr Abdel BELLOU, Pr Jacques BOUGET, Dr Jeanne CAUDRON, Dr Catherine CERFONTAINE, Dr Patrick GRIGNON, Dr Laurent GOIX, Dr Jean ROTTNER, Dr Thierry RUSTERHOLTZ
Cadres infirmiers :	Mme Michèle BRONNER
Qualiticien :	Philippe DI PIETRO
Documentaliste :	Anne Marie CONTRERAS

Commission d'Evaluation
Société Française de Médecine d'Urgence
Président : Docteur Jean ROTTNER

Ce référentiel des critères d'évaluation des services d'urgences a pour objectif de recenser les critères de qualité du fonctionnement des structures d'urgences. « Historiquement » ce document s'adressait essentiellement aux services d'accueil des urgences et à l'unité d'hospitalisation de courte durée.

L'évolution de notre spécialité et le regroupement voulu entre nos activités pré-hospitalières et hospitalières devraient faire logiquement évoluer ce travail vers un référentiel des structures d'urgences dans la globalité de leurs missions

Initialement, ce référentiel a été établi en 1997 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.

Une première révision a été réalisée en 2001. Aujourd'hui, la Commission d'Evaluation de notre Société a le plaisir de vous présenter la deuxième révision de ce document.

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. A ce jour plus d'une vingtaine d'audit ont été réalisés grâce à ce travail.

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.

PLAN

INTRODUCTION

INDICATEURS CHIFFRES

- 1. Indicateurs d'activité**
 - 1.1 L'environnement
 - 1.2 Accueil des urgences
 - 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 de l'urgence**
- 4. Bibliographie**

1. BUTS ET MISSIONS

- 1.1. Projet médical d'établissement**
- 1.2. Projet de service - Conseil de Service - Règlement intérieur**
- 1.3. La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)**
- 1.4. La Commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS)**
- 1.5. Mesures générales d'évaluation**
- 1.6. Bibliographie**

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

2.4. Bibliographie

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. Modalité de l'accueil pédiatrique

3.1.4. Information des patients et des familles à l'arrivée

3.2. Relations avec l'amont

- 3.2.1. SAMU, SMUR,
- 3.2.2. Pompiers, secouristes institutionnels, ambulances privées
- 3.2.3. Forces de l'ordre : Police Gendarmerie
- 3.2.4. Médecins libéraux
- 3.2.5. Autres

3.3. Afflux massif de blessés

3.4. Evaluation de l'accueil

3.5. Bibliographie

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

4.4. La formation continue des permanents du service

4.5. Recherche

4.6. Bibliographie

5. PERSONNEL PARAMEDICAL

5.1. Gestion des documents officiels

5.2. Permanence 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'organisation de l'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

5.6. Bibliographie

6. LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

6.1. Sécurité intrusion et violence

6.2. Sécurité incendie et électricité

6.3. Sécurité informatique

6.4. Sécurité transfusion

6.5. Sécurité du personnel

6.6. Gestion des risques

6.7. Sécurité infectieuse

6.8. Bibliographie

7. MOYENS TECHNIQUES PROPRES

7.1. Locaux d'accueil

- 7.1.1. Signalisation
- 7.1.2. Locaux extérieurs
- 7.1.3. Locaux intérieurs
- 7.1.4. Locaux d'examen et de soins
- 7.1.5. Locaux de service et du personnel
- 7.1.6. Accès aux autres services

7.2. Matériel

- 7.2.1. Equipement matériel
- 7.2.2. Salle d'accueil des urgences vitales
- 7.2.3. Vérification par le service
- 7.2.4. Maintenance par l'hôpital ou l'extérieur
- 7.2.5. Gestion du petit matériel
- 7.2.6. Gestion de la pharmacie
- 7.2.7. Gestion des fluides

7.3. Moyens de communication

7.4. Bibliographie

8. L'ENVIRONNEMENT - LES CONSULTANTS ET LE PLATEAU TECHNIQUE

8.1. Les médecins consultants (structures d'urgence de référence uniquement)

- 8.1.1. Appel des consultants
- 8.1.2. Réanimateur
- 8.1.3. Chirurgien
- 8.1.4. Anesthésiste
- 8.1.5. Radiologue
- 8.1.6. Gynéco-obstétricien
- 8.1.7. Pédiatre
- 8.1.8. Psychiatre
- 8.1.9. Cardiologue
- 8.1.10. ORL Ophtalmo-stomato

8.2. Le plateau technique de l'hôpital

- 8.2.1. Imagerie
- 8.2.2. Laboratoires
- 8.2.3. Transfusion sanguine
- 8.2.4. Pharmacie
- 8.2.5. Bloc opératoire
- 8.2.6. Endoscopies
- 8.2.7. Electro-encéphalogrammes

8.3. Bibliographie

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

9.1. Organisation de l'UHCD

9.2. Locaux de l'UHCD

9.3. Personnels de l'UHCD

9.4. Bibliographie

10. GESTION DE L'AVAL

10.1. Correspondants extérieurs et transferts externes

10.2. Mutations internes

10.3. Sortie et informations des malades à la sortie

10.4. Communication avec les médecins

10.5. Le décès aux urgences

10.6. Bibliographie

11. QUALITE DES SOINS AU MALADE

11.1. Guide des procédures et/ou des protocoles

11.2. Evaluation

11.3. Indicateurs de suivi qualité

11.4. Prise en charge sociale

11.5. Ethique et respect du droit des malades

11.6. Bibliographie

12. DOSSIER MEDICAL ET INFORMATIONS MEDICALES

12.1. Dossier médical

12.2. Dossier infirmier

12.3. Archives

12.4. Bibliographie

LES 36 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	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Nombre d'entrées directes (hospitalisations complètes) annuelles (MCO) dans l'établissement	E				
2	Nombre de consultations externes annuelles de l'établissement (excepté les passages aux urgences)	E				
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				

1.2. ACCUEIL DES URGENCES

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	<p>Nombre de passages annuels.</p> <p>En particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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) <p><i>Le nombre de passage doit pouvoir être détaillé éventuellement par jour / mois.</i></p>	<p>E</p> <p>E</p> <p>E</p> <p>E</p>				

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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	Classification GEMSA par catégorie (nombre de passages, % du total des passages) - catégorie 1 - catégorie 2 - catégorie 3 - catégorie 4 - catégorie 5 - catégorie 6 (Preciser s'il s'agit d'un sondage et à quelles dates ou s'il s'agit d'une statistique permanente)	E				
6	Classification CCMU par catégorie (nombre de passages, % du total des passages) - classe I - classe II - classe III - classe IV - classe V - classe P (pathologie en rapport avec une pathologie psychiatrique) - classe D (décès à l'admission) (Preciser s'il s'agit d'un sondage et à quelles dates ou s'il s'agit d'une statistique permanente)	S				

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
7	Taux d'occupation ponctuelle (TOP) à certaines heures (<i>nombre de malades simultanément présents dans les locaux des urgences hors UHCD à 1 temps donné</i>) - 8h, 13h, 18h, 22h, etc.	S				
8	Pourcentage de patients hors secteur sanitaire (nombre de passages, % du total des passages) <i>Prendre en compte le secteur sanitaire administratif où siège l'établissement.</i>	E				
9	Pourcentage de malades ayant déjà un dossier médical à l'hôpital (% du total des passages)	E				
10	Pourcentage de passages bénéficiant des moyens mis en œuvre par l'établissement : - médecins consultants extérieurs au service - biologie - radiologie conventionnelle -assistant social -psychologue - traitement médicamenteux	E E E S S				
11	Nombre de plaintes annuelles portant sur (somme des 3 années précédentes) : • soins • délais d'attente • accueil • locaux • information • facturation	E S S S S S				

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
13	Passages aux urgences dans les 8 jours précédents (nombre de passages, % du total des passages) (dont pourcentage de passage pour la même pathologie)	E S				
14	Hospitalisation dans le même établissement dans le mois précédent (nombre de passages, % du total des passages) (dont pourcentage d'hospitalisation pour la même pathologie)	S S				
15	Malades adressés à une consultation pour suite de soins (nombre de passages, % du total des passages)	S				
16	Flux des urgences par tranche horaire en % (nombre de malades arrivés aux urgences) <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 	S				
17	Indicateurs de soins primaires Arrivé par ses propres moyens et non hospitalisé (%) GEMSA 2 hors traumatologie (%)					
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	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				

Le temps en terme de présence est calculé de la façon suivante :

- **Statut Temps plein : 1997 heures**

Base :

Nombre de jours ouvrables sur l'année : 365 – 8 (jours fériés) – 104 (jours de Week-end) = 253 jours

Nombre de jours travaillés : 253 – 25 (congés annuels) – 20 (RTT) = 208 jours

Temps de travail quotidien (incluant les gardes de nuit, les dimanches et les jours fériés) : 48 heures / semaine sur 10 demi-journées, soit 9,6 heures / jour

Nombres d'heures annuelles dues ; 208 x 9,6 = 1997 heures

20 % en moyenne de ces heures sont consacrées à la « structure »

○ **Statut temps partiel et Médecins Attachés :**

$1997 \times 0,6 = 1198$ heures / an pour les temps partiel

$1997 \times 0,1 = 199,7$ heures / an par vacation hebdomadaire d'Attaché

○ **PU PH, CCA : 599 heures**

Calculé sur la base d'un 1/2 temps hospitalier

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.

○ **Internes : 1628 heures**

Base :

Nombre de semaines travaillées : $52 - 5$ (semaines de congés annuels) = 47 semaines.

A raison de 9 demi-journées par semaine (du lundi 8 h 30 au samedi 13 h 30) : $(47 \times 4,5) - 8$ (jours fériés) = 203,5 j.

Soit, pour un temps moyen journalier estimé à 8 heures : $203,5 \times 8 = 1628$ heures

Gardes

14 heures de nuit (18h30 à 8h30) $\times 365$ j = 5110 h

10 heures de jour (de 8 h 30 à 18 h30) \times (52 dimanches + 8 jours fériés) = 600 heures

5 heures de jour les samedis après-midi = $5 \times 52 = 260$ heures

Soit au total 5970 heures par an et par ligne de Garde

En cas d'affectation multiple, et en particulier au SMUR et en UHCD, le temps est calculé en fonction du % de temps affecté à l'accueil des urgences

2.3. Qualité de l'espace d'accueil

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	<u>Superficie totale du SU hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels	E				
2	<u>Superficie salles d'attente du SU hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels	E				

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	<u>Superficie des salles de soins du SU hors UHCD (m²)</u> Total de passages annuels <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 déchoquage, 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>	E				

2.4. Qualité de communication

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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 les coûts doivent être exprimé en en Euro.

	CRITERES CHIFFRES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Coût de passage global rapport entre <u>Les Dépenses totales (directes et indirectes) imputées à l'accueil des urgences (hors UHCD)</u> et le 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>
<p>PERSONNEL MEDICAL</p> <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>EXAMENS À L'EXTERIEUR</p> <p>611.12 Prestations d'imagerie médicale 611.13 Prestations de laboratoires 611.18 Autres prestations</p>	<p>DEPENSES INDUITES PAR RECOURS AU PLATEAU TECHNIQUE PAR PASSAGE</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>

4. BIBLIOGRAPHIE

- 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, n° 2003-18)
- 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, n° 2003-21)
- Organisation du temps de travail aux urgences. Pôle Départemental des Urgences du Tarn-et-Garonne. Novembre 2003
- Recommandations sur la permanence médicale et paramédicale dans un service d'urgence. ARHIF. Janvier 2000.
- Articles R. 6152-601 à 6152-634 du code de santé publique (statut des Attachés)
- Articles R. 6153-1 à 6153-40 du code de santé publique (statut des Internes)

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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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>					
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. Les relations avec les services d'aval font l'objet d'une contractualisation					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	Le projet médical hospitalier a défini dans ses missions la fonction de proximité de l'établissement en prévoyant une gestion responsabilisée des hospitalisations programmées.					
4	Le projet médical fixe des objectifs réalistes et mesurables, notamment en termes de délais, afin de répondre aux missions des urgences.					
5	Il existe un plan d'action prévoyant les moyens pour atteindre ces objectifs					
6	Il existe des indicateurs qui permettent d'évaluer la réalisation des objectifs (DMS à l'UHCD, devenir des patients de l'UHCD...) afin de constater dans quelle mesure ils ont été atteints.					
7	Les modalités d'hospitalisation des malades de médecine générale ou polyvalente, c'est à dire ne relevant pas d'hospitalisation en service de spécialité existent et les moyens sont suffisants. <i>L'existence d'un service de médecine générale ou d'une Unité de médecine polyvalente (UMP) post urgence accueillant ces malades ne désengage pas le reste de l'hôpital de ses responsabilités vis à vis de l'urgence.</i>					
8	L'application aux urgences du projet médical utilise au mieux les structures existantes dans le cadre de filières et de réseaux.					
9	Le projet médical prévoit l'existence d'un réseau gériatrique. En particulier, service de gériatrie aiguë et unité mobile de gériatrie, CLIC. <i>La prise en charge des urgences gériatriques est prévue dans le cadre d'un réseau de soins ville/hôpital (gériatrie, soins palliatifs...)</i>					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
10	<p>Le projet médical prévoit pour le service des urgences des coopérations avec d'autres structures de soins publics, privées ou mutualistes comme avec des structures médico-sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ des conventions établies pour la prise en charge des malades venant d'autres établissements ou transférés vers d'autres établissements existents ○ 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. 					
11	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.					
12	L'autorisation de fonctionnement du service d'urgences est accordée par les tutelles.					
13	<p>Le projet médical engage l'hôpital à adopter une ou plusieurs mesures susceptibles d'améliorer la qualité de l'accueil aux urgences.</p> <p><i>Ces engagements peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un protocole d'accord cosigné par la tutelle.</i></p>					
14	La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) contrôle et valide la part de chaque service dans la prise en charge des malades des urgences.					

1.2. LE PROJET DE SERVICE - REUNION 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, soit un pôle.

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un projet de service spécifique au service des urgences.	E				
2	Le projet de service est cohérent avec le projet médical d'établissement.	E				
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				
4	Le projet de service précise : <ul style="list-style-type: none"> ○ les procédures mises en place pour répondre aux missions, ○ le niveau auquel sont prises les différentes décisions, ○ l'effectif du service. 	E E E				
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
9	Ces procédures d'évaluation, selon un rythme prévu, mesurent que les objectifs sont atteints.	S				
10	Il existe un conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité qui se réunit au moins deux fois par an.	E				
11	Le conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité a examiné le projet de service en cours.	E				
12	Le conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité veille à la réalisation de protocoles de soins, et de procédures utilisés dans le service. Il analyse les dysfonctionnements.	E				
13	Le projet de service (pôle) prévoit la mise en œuvre des procédures d'assurance qualité en vue de l'accréditation.	E				
14	Le conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité arrête chaque année dans la mesure du possible des objectifs quantifiés d'amélioration spécifiques du domaine des soins.	S				
15	Le conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité identifie des situations de non qualité de la prise en charge du patient, et recherche systématiquement les causes de dysfonctionnement.	S				
16	Les compte-rendu du conseil de pôle/réunion de service/conseil d'unité sont accessibles à tout le personnel. <i>Ils émarginent une liste après lecture.</i>	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
17	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				
18	Il existe un règlement intérieur du service des urgences.	E				
19	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				
20	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				
21	Le règlement intérieur est remis à jour périodiquement.	S				

1.3. LA COMMISSION DES ADMISSIONS ET DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMEES (CACNP)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une CACNP qui se réunit 3 à 4 fois l'an.	E				
2	La CACNP comprend des praticiens et des cadres de soins des services impliqués directement dans les problèmes de l'urgence	E				
3	La CACNP facilite la coordination du service des urgences avec les autres services de l'établissement.	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	La CACNP fixe les règles nécessaires à l'accueil des malades des urgences dans les services d'aval. <i>En particulier, elle fixe la nature, la localisation et le nombre de lits destinés aux malades à recrutement exclusif par les urgences ainsi que l'immobilisation temporaire de lits, l'ouverture éventuelle d'unités saisonnières, la (ou les) procédure(s) permettant de modifier les disponibilités de lits en aval des urgences (lits supplémentaires, contraintes diverses, etc...)</i>	S				
5	La CACNP 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 la CACNP est soumis à l'avis de la CME qui délibère. <i>En particulier sur les mesures à prendre pour s'assurer du respect des obligations des services vis à vis de l'urgence</i>	S				

1.4. COMMISSION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (COPS)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une COPS dans l'établissement	S				
2	Il existe au moins un représentant du service des urgences dans la composition de la COPS	S				

1.5. MESURES GENERALES D'EVALUATION

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

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Dans le cadre de la procédure d'accréditation (HAS), le service des urgences élabore un projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.	E				
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				
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				
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
5	La commission du service des soins infirmiers est consultée sur l'évaluation des soins infirmiers.	S				
6	Il existe une évaluation particulière de la capacité de l'établissement à accueillir ou orienter les malades se présentant aux urgences assurée par la CACNP	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				
8	L'établissement met à la disposition du service des urgences un accompagnement méthodologique afin de gérer le plan d'action qualité (cellule qualité ou autre organisation).	S				

1.6. BIBLIOGRAPHIE

- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- Articles R 6123-1 à 6123-32, section1 du code de la santé publique sur les conditions d'implantation de l'accueil et du traitement des urgences
- Article L 6143-2 du code de la santé publique définissant le projet médical, le projet d'établissement et la politique générale de l'établissement
- Circulaire DHOS /O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (création d'une commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)).

- Article L 6143-2 du code de la santé publique sur l'institution d'un conseil de pôle
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à 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 pour personnes âgées dépendantes (création de la COPS) (Journal Officiel du 2 mai 2003)
- Circulaire DHOS/M2 n° 2003-216 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence de soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires. (Bulletin officiel du Ministère de la Santé, n° 2003-21)
- Société Francophone de médecine d'urgence. Charte de Médecine d'urgence. Paris SFMU, 200
- Articles R 6123 – 4 à 6123 – 7 du code de la santé publique relatif à la mission de contractualisation des services et unités de soins
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions, 2005. site : <http://www.sfmu.org>
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. (Bulletin officiel du Ministère de la Santé, n° 2002-14)
- Lettre DGAS/ DHOS 2C/03 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologique. (Bulletin officiel du Ministère de la Santé, n° 2004-40)
- Circulaire DHOS/01 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés. (Bulletin officiel du Ministère de la Santé, n° 2005-9)
- Guide des outils d'évaluation aux urgences. G Bleichner. Edition Arnette Blackwell, Paris 1996
- Article L 6113-3 du code de la santé publique relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'optique d'une procédure d'accréditation.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Temps d'attente aux urgences. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005

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 selon la CCAM, 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. L'objectif est d'arriver à ce que tous les actes réalisés aux urgences soient renseignés, il s'agit d'une démarche essentielle dans le cadre de la mise en place de la T2A permettant de justifier avec pertinence la demande de 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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Un tableau de bord au format RPU national est édité	E				
3	Il existe un rapport d'activité annuel. <i>Il comporte les tableaux de bord et leur commentaire, les actions de démarche qualité et d'évaluation commentées, les actions de formation continue, les activités de recherche et d'enseignement.</i>	E				
4	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, Ministère, INVS...)	E				

2.1.2. CODAGE DES ACTES ET DES DIAGNOSTICS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Les motifs de recours au service des urgences, sont codés par le médecin selon le thésaurus SFMU	E				
2	Les diagnostics principaux établis au service des urgences sont codés selon le thésaurus SFMU	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	La présentation des codages permet un suivi épidémiologique <i>Le SU a un rôle majeur d'observatoire de santé publique.</i>	E				
4	Le codage des actes diagnostiques et des actes thérapeutiques est réalisé selon le thésaurus CCAM.	E				
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>	E				
6	Le nombre de radiographies (actes radiographiques standards mais également échographies et scanners) est connu.	E				

2.1.3. BUDGET DE SERVICE & COUTS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le budget du service des urgences est connu du (ou des) responsable(s) médical(aux) et paramédical(aux).	E				
2	Le budget est exprimé par poste (personnel médical et paramédical, produits pharmaceutiques, produits sanguins, matériel à usage unique, investissement...).	E				
3	Le budget des consommations est rapporté à l'activité.	E				
4	Le budget de service est présenté au cours du conseil de service (pôle). Il est analysé en fonction des moyens disponibles	E				
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				

2.2. INFORMATISATION

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une saisie informatisée des items du tableau de bord de base préconisé par la SFMU.	E				
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				
3	L'informatisation permet la connaissance des flux de patients (flux horaire, flux hebdomadaire, variations saisonnières...)	E				
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				
5	Il existe des ressources humaines dédiées au système d'information du service. <i>(un représentant médical, soignant et du personnel qualifiés)</i>	E				
5	Le système informatique permet de faire des requêtes, simples et croisées, par le service lui-même.	E				
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.	E				
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				
8	Le logiciel d'exploitation des données du service est déclaré à la CNIL.	E				
9	L'accès aux données médicales informatisées est sécurisé. Leur consultation n'est possible qu'au personnel de santé.	E				

2.3. URGENCES INTERNES À L'HOPITAL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	Dans le cas où le médecin urgentistes est impliqué dans la prise en charge des urgences internes, il existe une procédure pour qu'un médecin senior reste présent pour l'accueil des urgences et la surveillance des patients présent dans le service.	E				
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.	E				
7	Cette procédure est régulièrement évaluée et modifiée si nécessaire.	E				

2.4. BIBLIOGRAPHIE

- Guide des outils d'évaluation aux urgences 1996. SFMU/SRLF – Ed Arnette.
- Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Journal Officiel du 25 avril 1996)
- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Actualisation. juin 2003. ANAES.
- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. ANAES

3. GESTION DE L'ACCUEIL

3.1. MODALITES DE L'ACCUEIL

3.1.1. ENREGISTREMENT DES PASSAGES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un registre chronologique des passages (main courante).	E				
2	A l'arrivée, chaque patient est correctement identifié et un dossier est créé avec un numéro spécifique.	E				
3	L'organisation de l'accueil permet l'enregistrement administratif 24h/24 à l'arrivée	E				

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

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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 :</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconvocation de la petite traumatologie à la consultation post urgence ○ Tout malade instable doit être montré au réanimateur. ○ Tout malade enregistré au SAU doit être examiné. ○ Si un malade est adressé par un médecin il doit être obligatoirement vu par médecin senior ○ Tout bilan radio sera revu le lendemain par le radiologue. ○ Tout évènement sentinelle est noté : décès, passage en réa, sortie contre avis médical, sortie avant soins. 	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	L'IOA organise l'accueil des patients par un tri permettant d'évaluer leur gravité <i>Les éléments déterminant l'orientation des malades sont écrits dans une procédure (Echelle de tri). L'outil informatique est souhaitable pour assurer cette mission</i>	E				
4	L'IOA est clairement et immédiatement identifiable (badge).	E				
5	Il existe en permanence 24h/24 un soignant d'accueil et d'orientation. <i>Soit un médecin, soit une IOA, soit à défaut une infirmière responsable désignée pour assumer cette fonction.</i>	E				
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	La personne de confiance, accompagnant ou non, est recherché et identifiée. Ses coordonnées sont enregistrées.	E				
9	L'enregistrement des informations permettant l'orientation des malades respecte la confidentialité de ces données.	E				
10	Dès l'enregistrement du malade, il est possible de le situer, pendant son séjour aux urgences à partir de tout point du service. <i>L'outil informatique est souhaitable pour assurer cette mission</i>	S				
11	La décision de non examen d'un patient s'étant présenté aux urgences est prise par un médecin senior.	E				
12	Les délais d'attente avant examen médical, examen complémentaire et/ou mutation sont connus et analysés..	S				

3.1.3. MODALITE DE L'ACCUEIL PEDIATRIQUE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un site d'urgence pédiatrique séparé est souhaitable pour les établissements ayant une forte activité	S				
2	A défaut, le circuit de prise en charge pédiatrique est individualisé au sein du SU.	E				
3	La filière de prise en charge des enfants doit être identifiée pour les urgences traumatologiques et non traumatologiques	S				

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

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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. 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				
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,

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Les malades graves sont annoncés avant leur arrivée. Ceci fait l'objet d'un protocole avec le SAMU. <i>Cette annonce comporte une description clinique et anamnestique succincte.</i>	E				
3	Lorsqu'il existe un SMUR dans l'établissement, les modalités d'accueil, de relais et de prise en charge des patients pris en charge par ce dernier par le service d'urgence font l'objet d'un protocole.					
4	Les malades graves non annoncés par le SAMU et amenés après régulation par le centre 15 du SAMU font l'objet d'un rapport à ce dernier. <i>Rapport au mieux automatisé associé éventuellement à des rencontres périodiques.</i>					
5	Le SAMU / centre 15 est informé en cas de difficultés d'admission de patients graves. L'administrateur est simultanément prévenu.	S				
6	Le SAMU / centre 15 est informé en cas de difficultés d'accueil (saturation du service, afflux massifs...). L'administrateur est simultanément prévenu					

3.2.2. POMPIERS, Secouristes institutionnels

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Lorsque un patient relève de soins vitaux sans bénéficiaire du SMUR a été transporté par les pompiers le rapport ci-dessus cité (3.2.1-4) est transmis en copie au médecin chef du service de santé et de secours médical au mieux selon une convention ou charte de qualité.					
2	Une convention ou un protocole est élaboré avec le SDIS pour l'accueil des victimes pris en charge par les pompiers comprenant les modalités de relais et de prise en charge des patients (<i>cheminement dans le service, gestion des matériels de contentions...</i>)					
3	Lorsque un patient relève de soins vitaux sans bénéficiaire du SMUR a été transporté par une équipe de secouriste institutionnel le rapport ci-dessus cité (3.2.1-4) fait l'objet d'une analyse avec le responsable de l'association de secouristes en partenariat avec le SAMU.					

3.2.3 SERVICES DES FORCES DE L'ORDRE : POLICE, GENDARMERIE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une description des modalités de fonctionnement avec la police ou la gendarmerie du secteur. <i>Les conditions d'accès et de stationnement des forces de l'ordre sont prédéterminées et négociées.</i>	E				

3.2.4. MEDECINS LIBERAUX

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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 (si le téléphone est enregistré, cela est clairement écrit dans le livret d'information). Elles sont analysées.</i>	S				
4	Les coordonnées du médecin traitant sont saisies au début du passage	E				
5	Le service dispose de la liste de garde des médecins libéraux du secteur et ou des maisons médicales.	S				
6	Les modalités de rendu compte du passage dans le service d'un patient au médecin traitant font l'objet d'un protocole.					

3.2.5. AUTRES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un contrat ou une convention entre les "Unités de proximité" et les "SAU" du territoire de santé, formalisant le réseau soins d'urgence. <i>Cette convention est connue du SAMU.</i>	E				
2	Les réseaux de soins spécialisés liant l'établissement à d'autre structure de soins ou d'accueil doivent faire l'objet d'un chapitre soins d'urgence et non programmés, élaboré en partenariat avec le service d'urgence et faisant l'objet d'un protocole.					

3.3. AFFLUX MASSIF DE BLESSES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un protocole écrit régulièrement actualisé intégré au plan blanc de l'établissement. Ce protocole correspond aux fiches missions et actions du service d'urgence <i>Délai d'actualisation inférieur à 3 ans.</i>					
2	Le protocole prévoit les modalités d'alerte des responsables du service, de l'administrateur.					
3	Le protocole prévoit l'information ou l'alerte du SAMU, des autorités sanitaires et/ou de veille sanitaire.					
4	Le protocole prévoit les modalités de maintien et de rappel du personnel.					
5	Le protocole prévoit les modalités d'organisation de l'accueil des patients, des familles, des autorités et de la presse.					
6	Le protocole prévoit les modalités d'organisation des blocs opératoires, des services de réanimation, des services de soins, des services médico-technique, et des services de logistiques, ainsi que les liens avec la cellule de crise de l'établissement et le SAMU.					
7	Le protocole prévoit un responsable de l'accueil des patients ou victimes.					
8	Le protocole est réalisé conjointement avec le SAMU, l'administration de l'hôpital et les services concernés.					
9	Le protocole est approuvé par la commission des admissions et des consultations non programmées, par la direction de l'établissement et par la CME.					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
10	Le protocole prévoit l'utilisation de locaux dont l'aménagement permet d'installer des moyens de secours et de soins.					
11	Un exercice simulé est régulièrement organisé.					
10	Une prise en charge psychologique des impliqués et des familles est prévue.					
11	Des annexes spécifiques aux risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques sont rédigées et les circuits spécifiques sont identifiés					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
12	Les plans de secours concernant le bassin de santé de l'établissement ou leurs résumés sont à dispositions du service, des annexes spécifiques aux risques identifiés peuvent être intégrées au plan blanc.					
13	Une annexe spécifique sur l'évacuation du service d'urgence est élaborée					
14	Une réunion de bilan final est organisée ("débriefing») et des mesures correctives sont mises en oeuvre.					

3.4. EVALUATION DE L'ACCUEIL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	La durée de l'attente avant le 1er examen médical fait régulièrement l'objet d'une analyse.	E				
2	La durée de l'attente avant mutation une fois les soins terminés fait régulièrement l'objet d'une analyse.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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 : - les différents partenaires (médecins traitants, les autres services prestataires de service ou accueillant les patients des urgences). - les usagers et leurs familles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation éventuelle du registre des plaintes. ▪ Des enquêtes sont réalisées auprès des usagers 	S S				
5	Les indicateurs de l'accueil figurent sur des tableaux de bord affichés au sein du service	S				

3.5 BIBLIOGRAPHIE

- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- Articles R 6123-1 à 6123-32, section1 du code de la santé publique sur les conditions d'implantation de l'accueil et du traitement des urgences
- Articles R. 6123-6 et R. 6123-7 du Code de la santé publique (autorisation des activités d'urgence)
- CSP : Art. L. 3110-7 (menace sanitaire grave)
- Art. R. 1424-24 du Code Général des Collectivités Territoriales (Service départemental d'Incendie et de Secours)
- Loi n° 2004-811 du 13 août 2004 dite loi de modernisation de la sécurité civile : chapitre V Association de sécurité civile Article 37 (Journal Officiel du 17 août 2004)

- R. 6315-1 et R. 6315-2 (permanence des soins) du Code de la santé publique
- Annexe de la circulaire 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2003-30)
- Circulaire DHOS/HFD 2002/284 du 3 mai 2002 : relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2002-28).
- Circulaire du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommées «plans rouges». (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 90-2).
- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. ANAES
- Référentiel IOA SFMU
- Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Journal Officiel du 5 mars 2002)

4. LA MEDICALISATION

Chaque malade est vu par un docteur en médecine compétent en médecine d'urgence.

Les médecins du service d'urgences ont (ou sont en cours d'obtention) un diplôme de médecine d'urgence hospitalière : DESC, CMU ou DIUMU lorsqu'il existe.

4.1. COMPOSITION DE L'EQUIPE

4.1.1. ORGANISATION DE L'EQUIPE MÉDICALE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	<p>Au niveau de chaque site d'accueil, deux impératifs sont respectés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la permanence médicale : l'accueil est assuré 24 h/24, par au moins un médecin senior, formé à l'urgence ○ la compétence : toute décision médicale est prise par un docteur en médecine. <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>	<p>E</p> <p>E</p>				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
2	L'organigramme médical précise la structure hiérarchique, l'organisation de l'équipe médicale et les fonctions de chaque médecin dans un règlement intérieur écrit. <i>L'organisation précise le rôle et la responsabilité de chaque poste médical.</i>	E				
3	L'organigramme médical est validé par le conseil de service.	S				
4	L'organigramme médical et le règlement intérieur sont connus de tout le personnel. <i>Le rôle des seniors, des internes ou résidents est écrit dans un document remis à chaque nouvel arrivant.</i>	S				
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				
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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un chef de service des urgences. <i>Il est identifié et reconnu comme tel dans la hiérarchie hospitalière.</i>	E E				
2	Le responsable est chef de service ou de pôle associant selon l'établissement aux urgences, le SAMU, le SMUR, la réanimation.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	Le responsable des urgences est praticien hospitalier temps plein. Il a une formation à la prise en charge des urgences, par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans au moins dans un service recevant les urgences.	S				
4	Le chef de service ou de pôle a suivi une formation en matière d'évaluation de gestion et d'organisation.	S				
5	Le chef de service ou de pôle 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 pôle et d'un projet pour le mandat sollicité.	S				
6	Le chef de service ou de pôle rédige un rapport annuel d'activité associant le rapport des cadres infirmiers (au mieux, conforme au "Tableau de Bord de la SFMU").	E				

4.1.3. LES MEDECINS SENIORS DE L'EQUIPE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Hors médecins de garde, le tiers au moins des effectifs médicaux est formé par des Praticiens statutaires (PH, PU-PH, PAC, PHC, Chefs de clinique, Assistants...)	E				
2	Les médecins "seniors" sont des assistants, des praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels, des attachés ou en plus en C.H.U., des C.C.A.	E				
3	Leur nombre et leurs horaires de présence doivent être adaptés aux flux évalués préalablement.	E				
4	Ils portent un badge lisible mentionnant leur nom, et leur titre de docteur.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
5	Leur cursus de formation doit comporter un diplôme de médecine d'urgence hospitalière.	S				
6	A défaut, ils ont acquis une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences, et 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 adaptée à l'état du patient	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 prédéfinie.	O				
11	La qualification exigée des médecins de garde recrutés est clairement précisée.	E				
12	Les médecins seniors 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				

4.1.4. LES MEDECINS EN FORMATION

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe des internes aux urgences. <i>Lieu de formation et vivier de recrutement</i>	E				
2	Ils travaillent sous la responsabilité du médecin senior qui doit contrôler et valide 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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	Les internes 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.</i>	E				
4	Il existe une ou plusieurs procédure(s) de formation médicale.	E				

4.2. DOCUMENTATION MEDICALE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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 (édités par la SFMU, SAMU de France, la SRLF, l'HAS...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. Il est souhaitable de disposer d'une version informatisée pour faciliter l'accès <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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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 à jour dans le service.	E				
8	Les RMO adaptables à la pratique hospitalière figurent dans la documentation accessible.	E				
9	L'hôpital dispose d'un centre de documentation médicale accessible, géré selon les règles de la documentation.	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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un module d'enseignement des situations d'urgences, obligatoire, est réalisé pour les internes (et les étudiants hospitaliers pour les CHU) durant les premiers jours de leur présence. <i>Il est assuré par les médecins seniors du service et par les différents spécialistes de l'établissement.</i>	E				
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	Tous les internes sont supervisés par les seniors qui assurent leur formation "au lit du malade".	E				
4	Il existe localement un cycle d'enseignement pour les étudiants du 2ème cycle réalisé par les permanents du SU (pour les CHU).	E				
5	Il existe localement un cycle d'enseignement pour les internes réalisé par les permanents du SU (pour les CHU)	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
6	Le programme de l'enseignement des étudiants de 2ème cycle est écrit, affiché et communiqué aux intéressés (pour les CHU).	E				
7	Le programme de l'enseignement des internes est écrit, affiché et communiqué aux intéressés.	E				
8	Les objectifs du stage pour les internes sont définis et connus des médecins seniors du service.	E				
9	Il existe une évaluation de la qualité de l'enseignement par les enseignés (entrevue en fin de stage, questionnaire).	E				
10	Les médecins du service participent à l'enseignement de l'IFSI et des autres écoles paramédicales 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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Les permanents du service sont membres de la SFMU. Ils sont également membres d'autres sociétés savantes.	S				
2	L'organisation du service permet aux médecins de libérer le temps nécessaire pour satisfaire aux obligations de FMC 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 (en accord avec les règles définies par le décret).	E				
4	Les choix des activités de formation font l'objet d'un plan de formation du service.	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
5	Chaque praticien tient la liste des formations qu'il a suivies chaque année.	S				
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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le service participe à des travaux de recherche.	S				
2	La politique de recherche du service est définie dans le projet de service, elle est connue de tous les membres du service et concerne les médecins comme les soignants.	S				
3	La recherche dans le service peut être clinique, expérimentale ou épidémiologique.	S				
4	Les travaux de recherche du service sont communiqués régulièrement dans les Congrès de Médecine d'Urgence et publiés dans les journaux scientifiques.	S				
5	La liste des publications des membres du service est tenue à jour et annexée au rapport d'activité annuel.	S				
6	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. Et l'accord de la CNIL est toujours obtenu</i>	E				
7	Le guide des bonnes pratiques cliniques de la recherche est connu.	E				

4.6 BIBLIOGRAPHIE

- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences
- Textes réglementaires relatifs à la FMC
 - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de santé (Journal Officiel du 25 avril 1996)
 - Loi du 4 mars 2002 (Journal Officiel du 5 mars 2002)
 - Décret n° 2003-1077 du 14 novembre 2003 (Journal officiel du 16 novembre 2003)
 - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie (Journal Officiel du 17 août 2004)
- Guide des outils d'évaluation aux urgences SFUM / SRLF - Ed. Arnette, 1996, 91-103.
- 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
- 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
- Circulaire n° 39-92 DH/PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992, relative à la prise en charge des urgences psychiatriques (Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 92-38)
- Articles D. 6124-2 et D. 6124-3 du Code de la Santé Publique (médecins d'urgence)
- Articles L. 6146-3 et L. 6146-5 du Code de la Santé Publique (praticien responsable de pôle)
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Journal Officiel du 25 avril 1996)
- Rapport sur la médicalisation des urgences. Professeur Adolphe Steg (1993)

5. PERSONNEL PARAMEDICAL

5.1. GESTION DES DOCUMENTS OFFICIELS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	La permanence des soins paramédicaux est organisée 24h/24 avec un personnel spécifique aux urgences.	E				
2	Certaines fonctions sont désignées dans le tableau de service (IOA, SAUV)	E				
3	Les tableaux de présence sont à la disposition du personnel au moins 15 jours avant la date effective selon une procédure consensuelle.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	La répartition des présences tient compte des variations des flux des patients pour chaque catégorie de personnel (y compris les secrétaires).	E				
5	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				
6	Le personnel peut connaître régulièrement sa situation en terme de congés annuels, débit ou crédit d'heures...	S				
7	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				

5.3. DEFINITION DES FONCTIONS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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. liens avec les textes législatifs	E				
4	Ces profils de fonctions peuvent être à tout moment consultés par le personnel.	S				
5	Une remise à jour annuelle de ces documents est prévue.	S				

5.3.1. CADRE INFIRMIER ET CADRE INFIRMIER SUPÉRIEUR

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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. (ou le cadre du pôle)</i>	S				
5	Il est partie prenante dans la formation du personnel et sa formation continue	E				
6	Il évalue régulièrement le personnel placé sous sa responsabilité avec les outils objectifs adéquats	E				
7	Il favorise la participation de son équipe à des études et des recherches en soins infirmiers	S				
8	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				
9	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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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 méthodes non adaptées aux services des urgences) complet (Séguir ou RAISAU). • la variation des flux des patients (heure d'arrivée, DMS, jour de la semaine) • une estimation du taux d'occupation ponctuel à différents moments. 	E				
3	Le personnel IDE, AS du service des urgences de travaille alternativement dans tous les secteurs du service.	S				
4	Le personnel IDE, AS, du service des urgences travaille aussi bien de jour que de nuit.	S				
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'ORGANISATION DE L'ACCUEIL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'organigramme comporte une fonction d'IOA.	E				
2	L'IOA est présente 24h/24. <i>A défaut, ses heures de présence sont précisées sur le planning.</i>	S				
3	Le profil de poste de l'IOA est clairement défini dans un document écrit reprenant : <ul style="list-style-type: none"> • son champ de responsabilité • ses conditions d'exercice <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 E E				
4	L'IOA a une formation spécifique.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
5	La fonction d'IOA est assurée selon un roulement par les infirmières de l'équipe.	S				
6	L'IOA peut appeler en permanence un référent médical.	E				
7	L'IOA exerce dans un local qui lui est dédié	S				
8	Elle dispose d'une échelle de tri lui permettant d'effectuer une évaluation initiale les patients en fonction de leur gravité <i>Cette échelle de tri est évaluée régulièrement et modifiable</i>	E				

5.3.4. ASH-ASI

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
2	Lors de l'intégration, les secrétaires affectées aux urgences sont formées à leur rôle "d'accueil".	E				
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				
4	Une saisie informatique permet de faciliter l'admission des malades en temps réel.	E				

5.3.6. INFIRMIER PSYCHIATRIQUE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe en permanence un ou plusieurs infirmiers ayant une compétence psychiatrique.	E				
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				
3	Un profil de fonction de l'IDE psychiatrique aux urgences est établi <i>Liens hiérarchiques de ce personnel est clairement défini</i>	S				

5.3.7. BRANCARDIER

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Le personnel chargé du brancardage et du transport est formé	E				
2	L'activité "brancardage" est valorisée par une organisation précisée par écrit.	S				
3	Il existe une procédure pour les transferts de patients dits instables	E				

5.3.8. ETUDIANTS INFIRMIERS ET AS EN FORMATION PRATIQUE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
3	Cette formation est définie dans un document écrit à la disposition de l'ensemble du personnel (objectifs, contenu, calendrier, intervenants...).	E				
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	<p>Cette formation spécifique comprend :</p> <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 à la prise en charge de la maltraitance ○ 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 ▪ 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. 	<p>E</p>				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
6	Le contenu du programme est réévalué périodiquement par l'ensemble de l'équipe.	E				
7	Le programme de formation est conforme au projet d'établissement et de service	E				
8	Des revues de dossiers sont organisées avec l'équipe médicale pour renforcer les connaissances professionnelles.	E				
9	Il existe des formations communes aux médecins et aux personnels soignants.	E				
10	Il existe une procédure d'évaluation de la formation.	E				
11	Les secrétaires participent à la formation continue en particulier dans le domaine de l'accueil et de l'informatique.	E				
12	Les besoins individuels en formation sont identifiés	E				
13	Un cahier de compétence est établi pour chaque agent	S				
14	Une évaluation des postes de travail spécifiques (IOA, SAUV) est effectuée par le personnel (organisation du poste, pénibilité, adaptation au flux...) <i>Dans l'objectif d'une amélioration continue de la qualité de la prise en charge du patient</i>	S				

5.5. EVALUATION

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un bilan annuel d'activité infirmière fait partie du rapport d'activité du service.	E				
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
4	Le personnel dispose d'un nombre suffisant de tenues vestimentaires pour que ces dernières soient toujours propres.	E				
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				
6	Il existe une procédure d'évaluation à l'embauche et à période définie.	S				

5.6 REFERENCES

- Guide des outils d'évaluation aux urgences SFUM / SRLF - Ed. Arnette, 1996
- Référentiel professionnel IOA – SFMU
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.(Journal officiel du 5 mars 2002)
- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. ANAES
- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- Conférence de consensus sur la maltraitance aux urgences. Nantes. SFMU. Décembre 2004 : formation spécifique

6. LA SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES

6.1. SECURITE INTRUSION ET VIOLENCE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une équipe de sécurité (vigile, brancardiers, etc..) appelable immédiatement en cas de violence.	E				
2	Il existe une formation spécifique concernant la violence aux urgences.	E				
3	L'accès à l'intérieur des zones d'examen 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				

6.2. SECURITE INCENDIE - ELECTRICITE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Les accès d'évacuation de secours sont libres.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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 respectées.	E				

6.3. SECURITE INFORMATIQUE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une confidentialité d'accès aux ordinateurs : physique, et logique (mot de passe régulièrement changé, de longueur suffisante).	E				
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. SECURITE TRANSFUSION

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le personnel des urgences est informé à périodicité définie des risques liés aux "accidents liés aux expositions du sang".	E				
2	Les procédures de traçabilité des produits sanguins sont respectées.	E				
3	Il existe une fiche transfusionnelle pour chaque malade.	E				
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 évènements indésirables relatifs à l'utilisation des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang.	E				

6.5. SECURITE DU PERSONNEL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	Il existe une boîte à aiguilles dans chaque poste d'examens.	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				
8	Le relevé des accidents du travail est connu du chef de service et du cadre infirmier.	E				

6.6. GESTION DES RISQUES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un système de signalement des évènements indésirables est en place. <i>Un registre des dysfonctionnements est tenu conformément aux textes en vigueur</i>	E				
2	Les évènements indésirables sont analysés et les mesures d'amélioration utiles sont prises.	E				
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 matério-vigilance - la collecte et l'élimination des déchets - les fluides - la pharmacovigilance 	E				
4	Le fonctionnement du système de signalement des évènements indésirables est évalué.	E				
5	L'efficacité du programme de gestion des risques est évaluée.	E				
6	La traçabilité des produits et dispositifs médicaux est assurée quand elle est nécessaire.	E				

6.7. SECURITE INFECTIEUSE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés.	E				
2	Le personnel bénéficie d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux.	E				
3	Des recommandations concernant la prescription des antibiotiques sont émises.	E				
4	Un suivi annuel de la consommation des antibiotiques pour l'établissement et pour les urgences est assuré.	E				
5	Des actions sont menées pour prévenir les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques.	E				
6	Un dispositif de notification, de recueil, d'analyse de ces accidents et de prise en charge des personnes concernées est en place.	E				
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				

6.8. BIBLIOGRAPHIE

- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Actualisation. juin 2003. ANAES.
- Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Septembre 2004. ANAES

7. INFRASTRUCTURE

7.1.2 LOCAUX EXTERIEURS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'entrée est située sur un même niveau et de plein pied, facilement accessible aux piétons et aux véhicules par des accès distincts.	E				
2	L'accès des ambulances permet le déchargement des malades à l'abri, en sécurité et au chaud.	E				
3	Seules les équipes du SMUR pénètrent directement dans le service d'urgences jusqu'à la SAUV.	E				
4	Les portes sont automatiques.	E				
5	Une large zone de stationnement « de dégagement » et de manœuvre réservée au stationnement des véhicules de secours permet de libérer rapidement l'entrée.	E				
6	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				
7	Les locaux sont accessibles aux personnes handicapées.	E				
8	Une zone de lavage des mains, un vidoir, l'emplacement du linge propre, du linge sale et des déchets contaminés sont prévus	S				
9	Des espaces rangement brancards et fauteuils roulants sont mis à disposition..	S				
10	L'accueil des urgences est unique et permanent pour tous les types d'urgences (excepté obstétrique).	E				
11	Il peut exister un accueil pédiatrique distinct pour des volumes d'activité élevés.					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
12	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				
13	L'ensemble des patients (« piétons » et « véhicules ») converge vers la zone d'Organisation de l'Accueil	E				
14	Il existe une hélisurface conforme à la réglementation, dans l'établissement ou à proximité immédiate.	E				
15	Elle est proche du service d'urgences pour éviter les transferts motorisés	S				

7.1.3. LOCAUX INTERIEURS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le service est réparti en zones fonctionnelles : zone d'accueil, zone de soins, zone de service, UHCD	E				
2	L'architecture tient compte des flux. Les malades sont orientés dans les différentes zones en fonction de leur gravité.	E				
3	Tous les malades se présentant au service d'urgences sont accueillis dans une même zone d'accueil et d'orientation.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	La zone d'accueil et d'orientation permet à l'infirmière ou au médecin d'accueil d'examiner rapidement et d'orienter plusieurs malades couchés ou debout simultanés. Elle comporte : <ul style="list-style-type: none"> o le point d'accueil avec un poste de travail où se tient l'infirmière qui dispose de l'ensemble du matériel permettant l'évaluation du patient ainsi qu'un point d'eau. o l'antenne du bureau des admissions le cas échéant, à proximité de l'IOA o une salle d'attente, o un local de réception des familles respectant la confidentialité, o des sanitaires réservés au public, dont un est accessible aux fauteuils roulants avec possibilité de transfert 	E E E S E S S				
5	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 	E E S S				
6	Il existe une salle de bains, de décontamination et de dégravillonnage à proximité du SAS	S				
7	Le service des urgences n'est traversé par aucun flux étranger à son activité. <i>Visiteurs et patients de l'hôpital, personnel extérieur au service....</i>	E				
9	Le contrôle de la température est assuré dans toutes les circonstances	S				
10	Les locaux sont maintenus propres 24h/24	E				

7.1.4. LOCAUX D'EXAMENS ET DE SOINS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'accès à la zone de soins est réservé aux seules personnes autorisées : malades, accompagnants, personnel, grâce à des portes à ouverture contrôlée.	E				
2	Les circulations des patients et des accompagnants ne traversent pas les zones de soins	E				
3	La zone de soins, selon l'importance des flux, peut être différenciée en zones secondaires, plutôt qu'organisée en une seule vaste zone	S				
4	Lorsque la zone de soins est divisée en zones secondaires, leur architecture, leur organisation, leur équipement, permettent de garder un caractère polyvalent, adaptable à l'évolution des besoins.	E				
5	La standardisation et l'uniformité des salles d'examen facilitent l'ergonomie et la prise en charge des malades.	E				
6	L'agencement des locaux permet une surveillance efficace des patients, la protection (visuelle, acoustique) de leur intimité et de leur confidentialité.	E				
7	Il existe une séparation des zones adultes et enfants	E				
8	Des salles de soins spécifiques sont réservées pour la pédiatrie.	S				
9	Cette zone comprend une Salle d'Accueil des Urgences Vitales conforme aux recommandations de la SFMU	E				
10	Les salles de soins de 14 m ² minimum sont équipées de fluides médicaux et d'une paillasse de soins équipée d'un point d'eau.	E				
11	S'il existe une salle de plâtre ou une salle de suture individualisées, elles ne sont pas comptabilisées comme salles d'examen	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
12	Selon la taille du service, le secteur psychiatrie fait l'objet ou non d'une entité géographique distincte, proche de l'accueil, mais en dehors de la circulation principale ; les patients psychiatriques n'ont pas à traverser l'ensemble de la zone de soins.	S				
13	En plus de la salle d'attente des familles à l'extérieur de la zone de soins, il existe des salles d'attentes intérieures dans les zones secondaires.	S				
14	Les attentes ne sont pas organisées dans les couloirs	E				
15	Une salle de radiologie conventionnelle est prévue dans cette zone ou à proximité immédiate.	E				
16	Une salle d'échographie est prévue dans cette zone ou à proximité immédiate.	E				
17	Il existe une zone de travail médical.	E				
18	Le câblage informatique du service permet de disposer d'ordinateurs pour traiter ou recevoir l'information en temps réel.	E				
19	Les locaux sont vérifiés selon une procédure programmée, écrite, avec identification des intervenants	E				

7.1.5. LOCAUX DE SERVICE ET DU PERSONNEL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une salle de détente pour le personnel, séparée de la zone de soins. <i>Si le tabac est autorisé, elle comporte une zone fumeurs et une zone non fumeurs.</i>	E S				
2	Il existe une salle de réunions et d'enseignement.	S				
3	Les médecins disposent de bureaux	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	Le secrétariat est situé à la jonction de la zone de soins, des bureaux et de l'entrée du service, accessible au public	S				
5	Les chambres de garde sont situées à moins de deux minutes des soins pour les médecins, les internes.	E				
6	Les chambres de garde sont équipées de WC, de douche, de téléphone.	S				
7	Il existe des sanitaires, des douches et des vestiaires pour le personnel.	E				
8	Il existe un local destiné aux archives, accessible 24h/24	S				
9	Il existe des locaux utilitaires, de stockage, de gestion des déchets avec une circulation séparée ou au moins protégée des matériels « propre » et « sale »	E				

7.1.6. ACCES AUX AUTRES SERVICES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le service de radiologie est contigu au service d'urgences ou une antenne de radiologie est implantée à l'intérieur du service d'urgences.	E				
2	L'accès au service de réanimation est facile	E				
3	L'accès au bloc opératoire est facile	E				
4	Lorsque le laboratoire est éloigné les prélèvements sont acheminés par un moyen rapide, fiable et automatique.	E				

7.2. MATERIEL

7.2.1 EQUIPEMENT MATERIEL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	Un enseignement aux corps médical et paramédical est pratiqué dès la mise en route d'un nouvel appareil et régulièrement renouvelé.	E				
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				
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				
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	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
10	Il existe un appareil d'échographie abdomino-pelvienne mobile d'utilisation simple.	E				
11	Si le service d'urgence 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				

7.2.2 SALLE D'ACCUEIL DES URGENCES VITALES (SAUV)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	La salle de déchoquage est ouverte 24h sur 24					
2	Elle ne correspond ni à un lit d'hospitalisation, ni à un lit de réanimation, ni à un lit de surveillance post-interventionnelle.					
3	Elle est située de préférence dans l'enceinte des urgences					
4	La signalétique d'accès est présente dès l'arrivée dans le service des urgences					
5	L'accès doit être de plain-pied, les couloirs sont larges et non encombrés pour ne pas entraver la circulation.					
6	Le nombre d'emplacements est adapté à son activité (au moins 2 à partir de 15000 passages)					
7	La salle de déchoquage revêt une superficie de 25 m2 minimum.					
8	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, pansement brûlure, trachéotomie...).					
9	Les rangements de la SAUV sont exclusivement réservés au matériel nécessaire à la prise en charge des patients qui y sont admis					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
10	La SAUV doit comporter au moins : un site de lavage des mains, un dispositif d'affichage des radios, un plan de travail					
11	La SAUV doit comporter au moins un téléphone avec accès vers l'extérieur et un dispositif d'appel de renfort sans quitter la pièce					
12	La SAUV dispose d'un ordinateur avec accès au réseau hospitalier.					
13	La SAUV a une alimentation électrique qui permet le branchement d'appareils lourds (amplificateur de brillance, appareils pour radiographies mobiles, échographe).					
13	La SAUV a un dispositif d'éclairage type scialytique qui permet la réalisation de gestes techniques avec éclairage mobile complémentaire.	S				
14	Chaque poste est équipé de prises de fluides : au moins 2 pour l'oxygènes, 1 pour l'air, 3 pour le vide et de 6 prises électriques, dont deux au moins sont sécurisées.	E				
15	Chaque poste est équipé d'au moins : un système d'accrochage des perfusions un support pour les appareils de surveillance et les pousse-seringues.					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
16	<p>Chaque poste est équipé pour la réanimation respiratoire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de dispositifs permettant l'administration des fluides médicaux (manodétendeurs, masques, sondes, nébuliseurs, bouteilles) • d'un ventilateur automatique au moins de type transport, permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la PEP, il doit être équipé d'un monitoring de la ventilation et de systèmes d'alarme conformes à la réglementation • un dispositif permettant de réaliser une ventilation non invasive est souhaitable • un nécessaire pour intubation trachéale, un insufflateur manuel avec des masques de tailles variables • du matériel adapté en cas d'intubation difficile* • un aspirateur électrique de mucosités et un jeu de sondes d'aspirations • un dispositif d'aspiration manuel de secours • un monitoring de la saturation pulsée en oxygène et un monitoring par capnographe du CO2 expiratoire • un app. permettant la mesure du débit exp. de pointe • un dispositif de drainage thoracique 					
17	<p>Chaque poste est équipé pour la réa. cardio-vasculaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un monitoring électrocardioscope • d'un appareil de mesure automatique de la PA et d'un appareil manuel avec brassards adaptés à la taille des patients • d'un scope de transport défibrillateur • d'un dispositif de stimulation transthoracique • d'un appareil d'électrocardiographie multipiste • d'au moins deux pousse-seringues électriques • les matériels permettant l'accès veineux périphériques ou central, sous forme préconditionné • les dispositifs permettant l'accélération et le réchauffement de perfusion, l'autotransfusion*, un garrot pneumatique* • un appareil de mesure de l'hémoglobine • un aimant pour contrôle des pace maker 					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
18	Chaque scope est transportable avec batterie interne.	S				
19	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				
20	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				
21	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 trousseaux d'urgence sont réapprovisionnés et vérifiés après chaque utilisation.</i>	E				
22	Il existe une procédure de contrôle régulier de l'état opérationnel de la salle de déchoquage.	E				
23	Divers : appareil de mesure de la glycémie, thermomètre dont un hypotherme, appareil de réchauffement corporel, dispositif de drainage sus pubien des urines, lot de sondes gastriques et de poches de récupération					
24	La remise à disponibilité et en état de la SAUV doit être la plus courte possible selon une procédure définie					
25	Des procédures sont mises en place dans la SAUV, notamment les procédures de prise en charge des pathologies les plus fréquemment rencontrées, réalisées à partir des données de la médecine basée sur les preuves					

7.2.3 VERIFICATION PAR LE SERVICE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Il existe une vérification régulière du matériel selon une procédure programmée écrite avec identification des intervenants.	E				
3	Le SU est associé aux choix du matériel et aux procédures d'achat	E				
4	Il existe une procédure de contrôle régulier de l'état opérationnel de la salle de déchoquage.	E				
5	Il existe une fiche technique d'utilisation complète (facilement disponible) pour les équipements sophistiqués. <i>Concerner les conditions d'utilisation, de maintenance, de nettoyage, etc...</i>	E				
6	Le personnel connaît la procédure à suivre en cas de panne d'un appareil biomédical.	E				
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				

7.2.4 MAINTENANCE PAR L'HOPITAL OU L'EXTERIEUR

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Il existe une procédure de relevé des incidents et accidents du matériel (matéριο-vigilance).	E				
3	Il existe au service biomédical un fichier des correspondants et fournisseurs.	E				
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				
7	Il existe une procédure d'évaluation de la maintenance biomédicale.	E				

7.2.5 GESTION DU PETIT MATERIEL

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				

7.2.6 GESTION DE LA PHARMACIE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
10	Une procédure est définie avec les pharmaciens de l'établissement pour fournir des médicaments aux personnes démunies.	E				

7.2.7 GESTION DES FLUIDES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				

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

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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				
5	Il existe un fax permettant l'émission et la réception de documents.	E				
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				
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				
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, consultation des banques de données, accès à la bibliographie médicale et aux références professionnelles)	E				

7.4. BIBLIOGRAPHIE

- **Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV).** Conférence d'experts de la Société francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), de Samu de France, de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).
<http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/sauv.pdf>

- **Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques**
Conférence d'experts de la Société francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), du Groupe Francophone de Réanimation et Urgence Pédiatrique (GFRUP), du Samu de France, de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), de L'association des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'expression Française (ADARPEF) *JEUR, 2003, 16, 148-154*

- **Architecture des services d'urgence.** Groupe de travail SFMU.
- http://www.sfmu.org/documents/ressources/referentiels/recom_sfmu_archi_service_urg.pdf

- Guide des outils d'évaluation aux urgences SFUM / SRLF - Ed. Arnette, 1996, 91-103.

- 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

- 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.

8. 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.

8.1. LES MEDECINS CONSULTANTS (Structure d'urgence (SU) de référence uniquement)

La prise en charge de toutes les pathologies rencontrées dans les structure d'urgence de référence 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.

8.1.1. APPEL DES CONSULTANTS (considérations générales)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le niveau de compétence de chaque spécialiste consultant est défini, et validé par la commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)	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 de la SU 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. Ces protocoles sont décrits dans les chartes spécifiques passées entre la SU et les services médicaux chirurgicaux et médico-techniques de l'établissement	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				
6	Tout changement apporté à ce tableau est signalé immédiatement à la SU.	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 de l'organisation de la permanence des soins (COPS)	E				
10	La disponibilité réelle des médecins de garde ou d'astreinte est contrôlée par la COPS 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 la CACNP	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
12	Les consultants spécialistes de garde présents dans l'hôpital doivent disposer d'un système d'appel personnel, portable et permanent. <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 minutes. - le chirurgien et tous les spécialistes doivent pouvoir être sur place dans les 30 minutes.	E				

8.1.2. LE REANIMATEUR (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
2	Un réanimateur de garde sur place dans l'hôpital est disponible rapidement (SU). <i>Les procédures d'appel doivent être précisées dans les structures plus petites</i>	E				

8.1.3. LES CHIRURGIENS (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Les SU de référence 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 considérée comme la seule solution. Les chirurgiens généralistes, quand ils existent et qu'ils possèdent un bagage suffisant peuvent constituer une alternative satisfaisante.</i>	E				
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				
3	Il existe des procédures d'appel d'extrême urgence des chirurgiens en cas de détresse vitale chirurgicale.	E				
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				

8.1.4. L'ANESTHESISTE (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il est disponible à toute heure dans tous les sites d'urgences amenés à réaliser des actes d'anesthésie.	E				
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				

8.1.5. LE RADIOLOGUE (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une garde ou une astreinte de radiologie 24h/24 et 7j/j (SAU).	E				

8.1.6. LE GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un gynécologue obstétricien est de garde dans tous les sites comportant une maternité.	E				

8.1.7. LE PEDIATRE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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. La sectorisation éventuelle permet des circuits de prise en charge spécifiques.	E				
4	Le recours à un pédiatre consultant de garde ou d'astreinte est possible.	E				

8.1.8. LE PSYCHIATRE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'accès à un avis psychiatrique spécialisé 24h/24 et 7j/7 est organisé dans les SU de référence. <i>Cet accès est possible par garde sur place ou par astreinte.</i>	E				
2	Si l'établissement est également autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, le responsable de la SU et le responsable de la structure de psychiatrie ont défini un protocole de prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques	E				
3	L'accès à un avis spécialisé est souhaitable dans les autres structures d'Urgences (astreinte de psychiatrie).	S				
4	L'existence d'une UHCD est associée à une organisation de l'intervention des psychiatres.	E				
5	En l'absence de service de psychiatrie dans l'établissement, une convention est passée avec un établissement autorisé à exercer l'activité de psychiatrie afin de permettre l'hospitalisation des malades psychiatriques.	E				

8.1.9. LE CARDIOLOGUE (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une astreinte ou une garde de cardiologie dans l'établissement siège d'une SU de référence.	E				
2	Dans les autres structures, il existe une convention avec les services de cardiologie.	E				

8.1.10. ORL-OPHTALMO-STOMATO (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Ces spécialistes sont joignables à toute heure soit par astreinte, soit par convention. (SAU)	E				

8.1.11. GERIATRE (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'organisation de la gériatrie inclut la prise en charge des malades des urgences.	E				
2	Une convention est passée avec le service de gériatrie pour la prise en charge des personnes âgées	E				

8.2 LE PLATEAU TECHNIQUE DE L'HOPITAL

8.2.1. L'IMAGERIE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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. Le système de radiographie standard est numérisé.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	Les demandes d'examens 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 échographies générales sont obtenues à toute heure. (SU DE REFERENCE) <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le radiologue.</i>	E				
6	Les échographies les plus urgentes, notamment abdomino-pelviennes, sont obtenues dans un délai inférieur à 30 minutes. (SU DE REFERENCE)	E				
7	Les échographies cardiaques urgentes sont obtenues dans un délai de 60 min (SU DE REFERENCE) <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le cardiologue.</i>	E				
8	Les dopplers veineux et artériels sont obtenus en urgence aux heures "ouvrables" (SU DE REFERENCE) <i>Les demandes sont formulées par un médecin senior et discutées avec le doppleriste.</i>	E S				
9	Les dopplers veineux et artériels sont disponibles aux heures "non ouvrables" selon un protocole défini, en fonction des présentations cliniques. (SU DE REFERENCE)					
10	La tomodensitométrie est obtenue tous les jours 24h/24 (SU DE REFERENCE). <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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
11	Une artériographie est obtenue tous les jours 24h/24 (SU DE REFERENCE). <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				
12	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				
13	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				
14	Les conditions de relecture des clichés radiographiques standards sont définies dans des procédures écrites et appliquées.	E				
15	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. En cas de dispositif de lecture différé, il existe une procédure d'alerte en cas de discordance de lecture entre l'urgentiste et le radiologue.</i>	E				
16	Pour les malades hospitalisés, en cas d'incertitude d'interprétation, il existe une double lecture immédiate des radios standards par un radiologue.	S				
17	Il existe des procédures d'évaluation de la qualité des radios effectués par le radiologue et dont les résultats sont transmis aux urgences.	S				
18	Si l'établissement ne possède pas de coronarographie, une convention est passée avec un centre de coronarographie et d'angioplastie coronaire.	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
19	Si l'établissement ne possède pas de scintigraphie, une convention est passée avec un service de scintigraphie.	S				
20	Si l'établissement ne possède pas d'IRM, une convention est passée avec un service d'imagerie.					

8.2.2. LE LABORATOIRE

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

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Les résultats sont rendus dans un délai maximal de 2h, 24h/24.	E				
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 biologiques utiles est définie en accord avec les biologistes (ionogramme, fonction rénale, numérations et formules globulaires, gazométries artérielles et bilans de coagulation, examens toxicologiques).	E				
6	Les examens bactériologiques, particulièrement la bactériologie du LCR, doivent être techniqués 24h/24.	E				
7	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				
8	Il existe des appareils de biologie déportée.	O				
9	La biologie déportée dans le service est sous le contrôle qualitatif des biochimistes ou biologistes dans le respect du guide des GBEA.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
10	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				
11	Lorsqu'il existe des dispositifs de biologie déportée (automates), des procédures de contrôles et d'assurance qualité réguliers sont effectuées					

8.2.3. LA TRANSFUSION SANGUINE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le sang et le plasma frais congelé sont obtenus en moins de 2h, 24h/24.	E				
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 (SU DE REFERENCE).	E				
4	Les procédures de demande de produits sanguins sont conformes à la réglementation.	E				
5	Les procédures de traçabilité des produits dérivés du sang sont respectées et contrôlées régulièrement					

8.2.4. LA PHARMACIE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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				

8.2.5. LE BLOC OPERATOIRE (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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	Une salle de réveil est disponible conformément aux obligations légales. <i>Le service des urgences (y compris l'UHCD) n'a pas vocation à se transformer en salle de réveil aux heures de fermeture de celle-ci.</i>	E				
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				

8.2.6. LES ENDOSCOPIES (SU DE REFERENCE)

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Une fibroscopie oesogastroduodénale peut être obtenue 24h/24 (SU DE REFERENCE). A défaut, une convention avec un autre établissement est passée.	E				
2	Aux heures non ouvrables dans les SU d'urgence de référence, 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				

8.2.7 ELECTRO-ENCEPHALOGRAMMES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'EEG est disponible aux heures ouvrables.	S				

8.3. BIBLIOGRAPHIE

- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- Articles R 6123-1 à 6123-32 , du code de la santé publique sur les conditions d'implantation de l'accueil et du traitement des urgences
- Circulaire DHOS /O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (création d'une commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)). (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2003-30)

- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements public d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (création de la COPS) (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2003-18)
- Société Francophone de médecine d'urgence. Charte de Médecine d'urgence. Paris SFMU, 2003
- Articles R 6123 – 4 à 6123 – 7 du code de la santé publique relatif à la mission de contractualisation des services et unités de soins
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions, 2005. site : <http://www.sfmu.org>
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. (Bulletin Officiel du Ministère de la santé n° 2002-14)
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10^{ème} conférence de consensus sur la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans dans les services d'urgences. Strasbourg, 5 décembre 2003. site : <http://www.sfmu.org>
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Temps d'attente aux urgences. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005
- Article L 6121-1 du code de la santé publique relatif au schéma d'organisation sanitaire (SROS)
- Article L 6121-3 du code de la santé publique relatif au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
- ANAES. Etat des lieux de la télé-imagerie médicale en France et perspectives de développement. Rapport d'étape, 2003
- Articles R 1221-27 du code de la santé publique sur la traçabilité et le contrôle de la délivrance et du suivi des produits dérivés du sang
- Articles D. 6124-26-6 à D. 6124-26-10 du code de santé publique sur l'accueil des urgences psychiatriques

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

L'UHCD fait partie intégrante du service des urgences et en est architecturalement contiguë. Elle permet, par une présence médicale et soignante 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, des examens cliniques, des prises de décisions diagnostiques, thérapeutiques et d'orientation ainsi qu'une surveillance. La surveillance et les soins y sont réalisés par la même équipe médicale et paramédicale qu'à l'accueil des urgences.

Ce chapitre inclut toutes les zones « frontières » sortant du cadre défini de l'UHCD, qui génèrent des activités et des actes :

- La zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD)
- La zone de « transit » ou d'observation, qui permet de regrouper et de surveiller les malades qui sont aujourd'hui dans les couloirs
- ou toute zone individualisée d'attente avec surveillance des malades.

9.1. ORGANISATION DE L'UHCD

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une structure d'UHCD identifiée dans l'établissement. L'UHCD fait partie des urgences dont elle constitue une unité fonctionnelle UF.	E				
2	L'UHCD est sous la responsabilité du chef de service des urgences, déléguable à un praticien hospitalier titulaire appartenant au service des urgences.	E				
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 procédure écrite et validée par les instances médicales de l'établissement décrivant la nature des patients de l'UHCD	E				
5	Il existe une procédure écrite concernant les modalités de transfert des patients de l'UHCD vers les autres services et/ou les autres établissements.	E				
6	Il existe une fiche de transfert/mutation pour chaque patient transféré ou muté.	E				
7	Il existe des possibilités de surveillance continue de certains patients, (infirmière en permanence, monitoring de sécurité) pouvant justifier une garde médicale sur place (lits monitorés, nombre de passages à l'accueil > 50000).	E				
8	La DMS moyenne est inférieure à 24H (elle est comptabilisée en heures)	E				
9	La durée de séjour en UHCD n'excède pas deux nuits consécutives ou 36 heures	E				
10	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E				
11	Il existe un dossier patient qui comprend un volet médical et un volet paramédical.	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
12	Il existe un compte rendu d'hospitalisation pour chaque malade hospitalisé en UHCD.	E				
13	Le compte rendu d'un malade sortant est envoyé au médecin traitant le jour de sa sortie ou est remis au patient	E				
14	Les patients hospitalisés à l'UHCD donnent lieu à la réalisation d'un résumé d'unité médicale (RUM)	E				
15	Il existe un codage diagnostique des malades hospitalisés à l'UHCD conforme aux recommandations SFMU.	E				
16	Il existe une procédure de facturation pour chaque passage selon les actes diagnostiques et/ou thérapeutiques (CCAM) réalisés, pour les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.	O				
17	Il existe des procédures spécifiques d'évaluation de la qualité des soins à l'UHCD.	S				
18	Il existe un tableau de bord d'activité de l'UHCD conforme aux recommandations de la SFMU.	E				

9.2. LOCAUX D'HOSPITALISATION DE COURTE DUREE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'UHCD comporte 3 à 5 lits/10 000 passages pour un SAU ou 2 à 4 lits/10 000 pour une UPATOU	E				
2	L'UHCD doit être distincte architecturalement mais contiguë à l'accueil des urgences	E				
3	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>					

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	Chaque chambre est équipée de fluides (air, oxygène, vide) et d'appel malade					
5	Il existe un équipement de monitoring non invasif pour certains lits (pression artérielle, SpO ₂ , fréquence cardiaque)					
6	La superficie de chaque chambre permet les gestes d'urgence					
7	La surveillance usuelle et/ou monitorée est possible depuis le poste infirmier					
8	L'UHCD est équipée d'un chariot de réanimation d'urgence					
9	L'unité comporte un poste infirmier de surveillance et les locaux utilitaires habituels nécessaires aux soins et à l'hospitalisation (sanitaires, office, rangement, vidoirs).					
10	Il existe une salle d'accueil pour les familles	S				
11	Il existe un bureau pour l'entretien avec les familles	S				
12	Il existe un bureau médical et un bureau de cadre infirmier lorsqu'il est spécifiquement affecté à l'UHCD	E				
13	Il existe une salle de détente et des sanitaires pour le personnel	E				
14	Lorsqu'il existe une garde médicale spécifique, il existe une chambre de garde	O				

9.3. PERSONNELS DE L' UHCD

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un médecin responsable de l'UHCD, appartenant au SAU	O				
2	Il existe un cadre infirmier spécifiquement affecté à l'UHCD					
3	Il existe un médecin sénior quotidiennement en charge des patients de l'UHCD					
4	Il existe une rotation du personnel médical et du personnel paramédical entre l'UHCD et l'accueil des urgences					
5	Le personnel médical de l'UHCD est déchargé de l'accueil aux heures ouvrables, et en permanence en cas de garde médicale sur place.					
6	Il existe au minimum un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état, un(e) aide soignant(e) et un agent des services hospitaliers présentes 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.					
7	Le personnel paramédical de l'UHCD est déchargé de l'accueil et de toute autre tâche.					
8	Lorsqu'il existe des lits monitorés, le ratio de personnel paramédical correspond à celui des unités de soins continus.					

9.4. BIBLIOGRAPHIE

- Articles D 6124 – 1 à D 6124 – 26 du code de la santé publique relatif à l'organisation et aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences.
- Articles R 6123-1 à 6123-32, section1 du code de la santé publique sur les conditions d'implantation de l'accueil et du traitement des urgences

- Circulaire DHOS /O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (création d'une commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)).(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 2003-20)
- Recommandations de la société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR, 2001 ; 14, 144-152.
- Circulaire DHOS/01 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.).(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 9-2005)
- Guide des outils d'évaluation aux urgences. G Bleichner. Edition Arnette Blackwell, Paris 1996
- Article L 6113-3 du code de la santé publique relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'optique d'une procédure d'accréditation.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Temps d'attente aux urgences. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005

10. GESTION DE L'AVAL

Dans son projet d'établissement, la structure hospitalière affiche clairement sa politique et les moyens de sa mise en œuvre dans l'organisation de l'aval des urgences

Le service des urgences connaît les structures aptes à poursuivre la prise en charge des malades après leur passage, dans l'établissement et dans le secteur sanitaire.

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

10.1. CORRESPONDANTS EXTERIEURS ET TRANSFERTS EXTERNES

Concernent les malades hospitalisés à l'extérieur de l'établissement.

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe une procédure écrite concernant les transferts.	E				
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				
4	Il existe une procédure de retour d'informations du service receveur (obtention du compte rendu d'hospitalisation).	S				
5	Il existe une procédure d'information des familles avant transfert	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
6	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				
7	S'il existe un serveur régional de recensement des lits disponibles, le service y a accès	S				
8	La structure hospitalière est organisée pour permettre le recensement des lits en temps réel.	S				
9	Le service des urgences est intégré et participe aux filières de prise en charge en pédiatrie, en gériatrie et psychiatrie.	S				
10	Les professionnels du service des urgences ont connaissance des filières de prise en charge en pédiatrie, en gériatrie et psychiatrie.	S				
11	Pour les hôpitaux qui n'ont pas de pédiatrie ou de maternité, il existe des conventions spécifiques et des procédures d'accueil adaptées.	S				
12	Il existe une procédure établie avec les services de gériatrie et des établissements de moyens et longs séjours publics ou privés pour la prise en charge des personnes âgées. <i>Cette procédure précise le profil des patients acceptés dans ces établissements.</i>	S				
13	Il existe des conventions (ou contrats relais) avec d'autres établissements pour les spécialités non représentées à l'hôpital.	S				
14	Le temps d'attente du transfert après la décision médicale est surveillé et analysé	E				
15	L'évaluation du respect de toutes ces conventions et procédures (entre établissements publics, entre établissements publics et privés et mutualistes) fait partie des missions de la commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP), et est régulièrement effectuée par elle.	E				

10.2. MUTATIONS INTERNES

Concernent les malades hospitalisés à l'intérieur du même établissement.

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	La direction administrative et médicale de l'établissement a formalisé sa politique en matière de gestion de l'aval des urgences, a défini des ressources adaptées, les a mises en œuvre, et évalue au moins annuellement l'efficacité de cette politique par rapport aux besoins.	E				
2	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				
3	Le service destinataire est prévenu avant l'arrivée du patient.	E				
4	Les relations entre le SU et les services d'aval, médicaux, chirurgicaux et médico-techniques, sont contractualisées. <i>La charte de l'urgence décline toutes les relations entre le SU et le service de spécialité : modalités d'appel au spécialiste, modalités d'intervention du spécialiste aux urgences, protocoles d'accord pour transfert des malades, typologie des malades, protocoles médicaux de bonnes pratiques. Cette charte est validée par la CME et régulièrement évaluée par la CACNP.</i>	E				
5	Il existe un état des lits disponibles dans les services, mis à jour au moins trois fois par jour. Il existe une procédure <u>fiable</u> et centralisée de recherche de lits disponibles dans l'établissement, tous les jours et en cas de besoin.	E				
6	Il existe dans le SU une personne coordinatrice de l'aval (médecin ou soignant)	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
7	Il existe une procédure validée par la CME permettant d'héberger des malades dans des services ne correspondant pas au problème médical posé. La responsabilité des différents intervenants est définie dans la procédure. <i>Système des « hébergements » de malades pour lesquels la pathologie est en inadéquation avec le service (par exemple : malade médical dans un service de chirurgie). La procédure comporte : la fiche de transfert avec la pathologie, le nom et les coordonnées du médecin urgentiste, du spécialiste prenant en charge le patient et le médecin « hébergeur », le traitement et la surveillance du malade jusqu'au lendemain matin en cas de transfert nocturne.</i>	S				
8	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	E				
9	Il existe une procédure écrite et validée par la CME et la direction générale de l'établissement permettant d'utiliser les lits vacants et les lits réservés pour les malades des urgences en cas d'afflux inhabituel de malades.	S				
10	Il existe une procédure institutionnelle prévoyant l'ouverture de lits supplémentaires dans l'établissement <i>Prévision en cas d'afflux inhabituel de patients aux urgences (épidémie, période estivale ou hivernale, ...) : ouverture d'unité provisoire saisonnière, procédure d'ouverture de lits supplémentaires dans certaines unités d'hospitalisation...</i>	S				
11	Il existe une procédure d'arbitrage en cas de refus d'hospitalisation par un service.	S				
12	Le tableau de bord de l'activité des urgences exprime le flux des patients hospitalisés par unité de soins ou service et la durée moyenne de séjour au SU avant hospitalisation. Ces données sont analysées et donnent lieu à des actions d'amélioration par la CACNP.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
13	Dans les tableaux de bord d'activités des urgences, il est possible d'évaluer l'adéquation et l'inadéquation entre la pathologie et l'orientation des malades par unité d'aval. Ces données sont analysées et donnent lieu à des actions d'amélioration par la CACNP.	S				
14	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				
15	La CACNP évalue et contrôle toutes les procédures de mutations internes	E				

10.3. SORTIE ET INFORMATIONS DES MALADES À LA SORTIE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Lors du retour du patient à son domicile, le personnel s'assure : <ul style="list-style-type: none"> • 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), 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... • que les conditions sociales et environnementales sont compatibles avec un retour à domicile 	E				
2	Les conclusions de l'examen sont portées à la connaissance du malade où à une personne de confiance.	E				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
3	Il existe une procédure hospitalière ou interne au service permettant à l'utilisateur d'obtenir une copie de son dossier médical.					
4	La prise de rendez-vous aux consultations externes est d'accès facile. <i>Il existe des protocoles établis permettant de programmer une consultation spécialisée ou généraliste à la sortie du malade des urgences</i> <i>Le rendez-vous est donné par écrit au patient.</i>	E				
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				
	Il existe une information sur les cabinets médicaux de gardes et sur les maisons médicales de gardes.	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	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 senior.	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				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
15	Il existe une procédure pour le retour dans une structure de soins (hôpital, moyen et long séjour, maisons de retraite médicalisées).	S				
16	Le tableau de bord d'activité des urgences permet d'évaluer le nombre de réadmissions précoces aux urgences. <i>Taux de réadmissions précoce dans les 8 jours qui suivent une admission aux urgences avec étude des motifs (social, médical...)</i>	S				

10.4. COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un courrier est adressé au médecin traitant pour les malades hospitalisés. <i>Ce courrier précise au minimum le motif ou le diagnostic d'admission, le lieu d'hospitalisation et ceci dans un délai inférieur à 48h.</i>	S				
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 de recours, les examens pratiqués et le traitement, le diagnostic retenu dans un délai inférieur à 48h.</i>	E				

10.5. LE DECES AUX URGENCES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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.	S				
4	La liste des services funéraires est disponible dans le service des urgences	S				
5	Le médecin traitant est informé du décès de son patient	E				
6	Un accompagnement psychologique de la famille est possible	S				

10.6. BIBLIOGRAPHIE

- Circulaire DHOS /O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (création d'une commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP)).).(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 2003-20)
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. 2005. site : <http://www.sfmu.org>
- Société Francophone de médecine d'urgence. Charte de Médecine d'urgence. Paris SFMU, 200
- Articles R 6123 – 4 à 6123 – 7 du code de la santé publique relatif à la mission de contractualisation des services et unités de soins
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.)).(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 2002-14)

- Circulaire DHOS/01 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.))(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 9-2005)
- Société Francophone de Médecine d'Urgence. 10^{ème} conférence de consensus. Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg, 5 décembre 2003. JEUR, 2004, 17, 183-201
- Guide des outils d'évaluation aux urgences. G Bleichner. Edition Arnette Blackwell, Paris 1996
- Article L 6113-3 du code de la santé publique relatif à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans l'optique d'une procédure d'accréditation.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Temps d'attente aux urgences. Paris : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2005
- Circulaire DHOS 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération.))(Bulletin Officiel du Ministère de la santé, n° 2004-13)
- Article L 6121-1 du code de la santé publique relatif au schéma d'organisation sanitaire (SROS)
- Article L 6121-3 du code de la santé publique relatif au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
- Article L 1111-6 du code de santé publique sur la désignation et les objectifs de la personne de confiance.
- Article R 1112-15 du code de santé publique relatif aux informations données aux familles des hospitalisés
- Articles D. 6124-26-6 à D. 6124-26-10 du code de santé publique sur l'accueil des urgences psychiatriques.

11. 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 de prise en charge 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.

11.1. GUIDE DES PROCEDURES ET/OU DES PROTOCOLES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Il existe un cahier de procédures médicales et de protocoles, unique, actualisé, disponible à tout moment, facilement accessible, connu de l'ensemble de l'équipe et présent dans le service.	E				
2	Les procédures et protocoles font référence à des conférences de Consensus ou à des recommandations pratiques cliniques nationales ou locales	S				
3	Ils ont été diffusées à l'ensemble des acteurs concernés dans le service des urgences	S				
4	Ils comportent une date de validation (réfèrent), d'approbation et de diffusion	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
5	Ils comportent un numéro de classement qui limite toute confusion avec un autre document	S				
6	Au minimum, les procédures et protocoles font l'objet d'une revue annuelle en vue de les reconduire ou de les actualiser	S				
7	Le secrétariat des urgences est en charge de la diffusion et de l'archivage des procédures et protocoles	O				
8	Un médecin du service des urgences est chargé de la gestion des procédures et des protocoles : liaison avec les services de spécialité, circuit de validation-approbation, préparation de la revue annuelle, veille documentaire scientifique	O				
9	L'évolution des pratiques médicales entraîne une mise à jour des procédures et des protocoles	S				
10	Les procédures obsolètes sont archivées et conservées par le SU pendant au moins 2 ans (en cas de contentieux médico-légal)	S				
11	<u>Des procédures et/ou des protocoles sont établis selon 4 chapitres :</u>	S				
11a	→ Procédures administratives					
11b	→ Procédures organisationnelles					
11c	→ Procédures de soins					
11d	→ Procédures techniques et logistiques					

11.2. EVALUATION

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un document, connu de tous, résume la politique d'évaluation du service des urgences	S				
2	<u>Au minimum, cette politique d'évaluation porte sur les points suivants :</u>	O				
2a	Bien fondé des examens radiologiques et biologiques					
2b	Qualité du dossier et de la surveillance infirmière.					
2c	Qualité des prescriptions					
2d	Satisfaction des médecins traitants					
2e	Satisfaction des patients et des familles					
2f	Qualité des observations médicales.					
3	Ce document est complété par un récapitulatif des actions d'évaluation prévues et réalisées pour l'année en cours (<i>alendrier, modalités, résultats, actions correctrices</i>).	O				
4	Il existe une relecture des dossiers médicaux pour les malades non admis qui ont posé des problèmes de prise en charge	S				
5	S'agissant de l'évaluation de la qualité des observations médicale, une méthodologie décrite dans un document est mise en oeuvre	O				
6	Les résultats des évaluations sont analysés et donnent lieu à des actions d'amélioration si cela est nécessaire	S				
7	Les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients et des familles sont communiqués au personnel du service des urgences	S				
8	Tout le personnel participe aux actions d'évaluation.	O				
9	Il existe une évaluation des divergences diagnostiques à la sortie des urgences et à la sortie de l'hôpital.	O				
10	Il existe une analyse des re-consultations précoces : consultation programmée, complication ou évolution, erreur diagnostique ou thérapeutique.	S				
11	Le temps nécessaire à l'évaluation est comptabilisé par les affaires médicales et entre en discussion lors de l'attribution de postes supplémentaires	S				
12	Des évaluations externes, utilisant d'autres outils que l'audit peuvent être demandées par le conseil de service	O				

11.3. INDICATEURS DE SUIVI QUALITE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Un tableau de bord de suivi de la qualité des soins est entretenu et actualisé par le service des urgences	O				
2	Ce tableau de bord comporte un nombre limité d'indicateurs (maximum 12) tous validés par la direction médicale du service	S				
3	En particulier 4 types d'indicateurs (une ligne par item)	S				
3a	1) des indicateurs issus du suivi de pathologies particulières, dites « traceuses »					
3b	2) les plaintes par typologie (médicales, fonctionnelles, relationnelles...)					
3c	3) le taux de conformité du dossier du patient aux recommandations de la HAS					
3d	4) des indicateurs issus du suivi d'évènements « sentinelles » pour exemple : <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'UHCD - retour non programmé dans les 8 jours pour un problème analogue - taux de réadmission ou ré-hospitalisation < 30 jours - chute dans le service des urgences - accident iatrogène - accidents de contamination du personnel 	S				
4	Les indicateurs sont analysés dans le cadre d'une revue annuelle	S				

11.4. PRISE EN CHARGE SOCIALE

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le règlement intérieur précise les missions sociales du service des urgences et leurs principales modalités de mise en oeuvre.	S				
2	Il existe une procédure de prise en charge médico-sociale qui précise les modalités de recours aux assistant(e)s socia(les)ux - aux heures ouvrables, - aux heures non ouvrables	S S				
3	Un ou des assistant(e)s socia(les)ux sont affecté(e)s au service des urgences.	E				
4	Le personnel des urgences a accès aux 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...).	S				
5	Il existe des procédures permettant de faire recouvrir leurs droits aux non assujettis sociaux	S				
6	Les problèmes sociaux et médico-sociaux les plus fréquents font l'objet d'un repérage et d procédures adaptées placement gériatrique, maintien à domicile impossible, enfants et femmes battus, mise sous tutelle, toxicomanie, ivresse, etc...	S				

11.5. ETHIQUE ET RESPECT DU DROIT DES MALADES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Le SU accueille toutes les personnes sans aucune distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale.	E				
2	La charte du patient hospitalisé est à la disposition du personnel, des patients et des familles	E				
3	Une démarche de sensibilisation sur les droits & information des patients et des familles est développée par le services des urgences auprès des personnels d'accueil et des équipes de soins.	S				
4	Le patient (ou son représentant) reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins, son état de santé, sa situation administrative et sociale. (note : l'évaluation est réalisé par une question spécifique sur le questionnaire d'évaluation de la satisfaction)	E				
5	Le service des urgences est organisé pour garantir 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				
6	Tous les travaux de recherche effectués par 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				
7	Les malades sont informés par écrit que les données les concernant figurent sur une base informatisée (en pratique : par le livret d'accueil)	S				
8	Il existe un registre des plaintes	S				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
9	Les plaintes sont analysées systématiquement selon une procédure écrite. Une réponse est fournie à chaque plainte	S				
10	Il existe une commission de conciliation conforme à la réglementation. Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.	E				
11	Le patient est examiné et peut s'entretenir avec les soignants dans des conditions d'intimité adaptées à un colloque singulier.	E				
12	Le consentement du patient est requis pour tout acte médical dans la mesure où l'urgence le permet.	E				
13	Une évaluation annuelle est réalisée sur la base des données collectées : cadre légal des recherches, traitement des plaintes, satisfaction des patients et des familles)	S				
14	Des actions d'amélioration sont mises en œuvre si cela est nécessaire et suivies (développement, évaluation des résultats)	S				

11.6. BIBLIOGRAPHIE

- Article L. 6112-1 du code de la santé publique : missions du service public
- Article L. 1112-2 : livret d'accueil et charte du patient hospitalisé
- Article L. 1111-2 du code de la santé publique : information du malade
- Article L. 1111-8 du code de la santé publique : données de santé à caractère personnel
- Article L. 1122-1 du code de la santé publique : information dans le cadre d'une recherche

- Article L. 1112-3 du code de la santé publique : commission des relations avec les usagers et de la qualité
- Article L. 1111-4 du code de la santé publique : consentement
- Dossier du patient . ANAES 2003
- Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. ANAES 2005
- Informations des patients. Recommandations destinées aux médecins. ANAES 2000

12. DOSSIER PATIENT ET INFORMATIONS MEDICALES

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

12.1. DOSSIER DU PATIENT

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	Chaque patient aux urgences bénéficie d'un numéro d'identification enregistré sur le logiciel des gestion des malades, d'une recherche d'antériorité et de l'ouverture d'un dossier patient	O				
2	Le dossier comporte une observation médicale pour chaque passage aux urgences du patient	E				
3	Il existe une tracabilité de l'analyse bénéfice-risque du traitement prescrit et, le cas échéant, de la réflexion conjointe avec le service de spécialité (<i>date & avis du référent de la spécialité concernée</i>)	O				

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
4	<p>Le dossier du patient est conforme aux recommandations de la HAS</p> <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 - le nom du médecin libéral référent du patient 	E				
5	Il existe des observations "pré-formatées". <i>Asthme, Sd coronarien...</i>	O				
6	Des actions d'évaluation de la qualité des observations médicales (relecture, staff, auto-évaluation,...) sont mises en oeuvre	E				
7	Le taux de conformité du dossier patient aux recommandations de la HAS est évalué chaque année par échantillonnage	S				
8	Il existe une procédure d'accès du patient à son dossier	E				
9	Un double du compte rendu est remis au patient en mains propres à sa demande	S				

12.2. DOSSIER INFIRMIER

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
1	L'infirmière et l'AS prenant en charge le patient et réalisant les prescriptions sont identifiées dans le dossier.	E				
2	Le dossier infirmier comporte : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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				

12.3. ARCHIVES

	CRITERES	ESO	Réponses services audités	Réponses auditeurs IV	V	Réponses auditeurs V2
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				
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				
4	Les compte-rendus d'hospitalisation des patients hospitalisés sont adressés aux urgences et peuvent être obtenus selon des modalités à préciser localement.	S				

12.4. BIBLIOGRAPHIE

- Article L. 1111-7 du code de la santé publique : accès au dossier
- Article R. 1112-2 du code de la santé publique : contenu du dossier
- Article R. 1112-7 du code de la santé publique : confidentialité du dossier
- Dossier du patient . ANAES 2003
- Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement. ANAES 2005
- Informations des patients. Recommandations destinées aux médecins. ANAES 2000