

Centres d'urgence hospitaliers: Recommandations structurelles et organisationnelles en matière d'assurance qualité

Groupe de travail de la Communauté d'intérêts directeurs médicaux des urgences *

Deutsch erschienen
in Nr. 32-33/2005

Les synonymes suivants sont utilisés pour les «services d'urgence»:

- Centres d'urgence (f)
- Pronto Soccorso (i)
- Notfallstation (d)
- Notfalleufnahme (d)
- Notfallzentrum (d)

Antécédents

La Communauté d'intérêts directeurs médicaux des urgences est une association récente qui depuis janvier 2002 est placée sous le parrainage de la SSMUS (Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage). Elle se destine à améliorer la qualité fonctionnelle des centres d'urgence par l'entremise d'un certain nombre de critères structurels et organisationnels ayant valeur de standards. Son second but est de permettre les échanges scientifiques et d'idées entre les centres.

Une première version de ce guide a fait l'objet en avril 2003 d'une large consultation auprès des Services cantonaux de santé, des directions d'hôpitaux, d'organisations et de collègues. Les nombreuses remarques, suggestions et critiques (>100) ont permis la finalisation de ce document.

Introduction

La médecine d'urgence ne constitue pas encore en Suisse une spécialité médicale à part entière. Elle n'est pas reconnue en tant que telle par la FMH, si ce n'est sous forme d'un certificat de capacité de médecin d'urgence, dont les caractéristiques ont été fixées par la SSMUS (Société Suisse de Médecine d'Urgence et Sauvetage) et concernent exclusivement la médecine d'urgence préhospitalière.

Malgré ceci, l'ensemble des hôpitaux suisses assumant des urgences a vu au cours des dernières années une augmentation importante de leur activité, observée de manière identique dans

tous les pays occidentaux, et imposant une adaptation des structures médicales, infirmières et d'organisation, voire également architecturales, sans qu'un référentiel de qualité concernant ces points ne soit disponible en Suisse. Dès lors, ce sont des aménagements locaux qui ont été faits, dont le contenu a bien plus pris en compte des avis personnels et préservé des structures historiques locales que remis en question la structure fondamentale des services d'urgence et redéfini leurs missions. On trouve donc à ce jour une myriade de structures de direction, d'organisation médicale ou infirmière, ou encore d'organisation des flux de patients, des ressources en locaux ou en services de soutien.

Malgré cette disparité organisationnelle, l'ensemble de ces centres d'urgence est exposée à un certain nombre de problèmes communs, dont, pour exemple, on peut citer la direction du Centre, l'organisation médicale, la collaboration interdisciplinaire, la répartition des ressources etc.

Les auteurs de ce guide se sont réunis pour proposer un certain nombre de critères de qualité quand à la structure des centres d'urgence suisses. Ils ont reçu pour ce faire mandat de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage (SSMUS), qui parraine ce travail. Outre l'utilisation de ce guide à fin de référentiel de structure pour la modernisation ou la construction nouvelle de centres d'urgence, il se veut également être un outil d'évaluation permettant l'étude et la comparaison des centres d'urgence actuels.

Les auteurs ne considèrent pas les critères mentionnés ci-dessous comme des conditions actuelles, mais surtout comme des buts à atteindre dans les années prochaines.

Méthode

Le groupe de travail a utilisé les référentiels structurels existant dans la littérature [1-10] et les a adaptés à la situation suisse plutôt que de développer de novo un référentiel entièrement nou-

* **Groupe de travail**
Prof. Bertrand Yersin, CIU, CHUV, Lausanne; Dr Kaspar Meier, Notfallstation, Kantonsspital, Münsterlingen; Dr Ulrich Bürgi, Notfallstation, Kantonsspital, Aarau; Dr Gian Reto Kleger, Notfallstation, Kantonsspital, Coire; PD Dr Hanspeter Kohler, Notfallstation, Inselspital, Berne; Martin Herzog, Pflegeleitung Notfallstation, Triemlispital, Zurich

Avec collaboration de: PD Dr Joseph Osterwalder, Zentrale Notfalleufnahme, Kantonsspital St-Gall; PD Dr Bernard Vermeulen, CAU, HCUGE, Genève; PD Dr Heinz Zimmermann, Notfallstation, Inselspital, Berne

Correspondance:
Prof. Dr Bertrand Yersin
CHUV, CIU
CH-1011 Lausanne

E-mail:
bertrand.yersin@chuv.hospvd.ch

veau. Dans ce travail d'adaptation, le groupe s'est efforcé de prendre en compte le contexte sanitaire suisse, en particulier la dimension moyenne voire modeste des centres d'urgence helvétiques (voir ci-dessous), le contexte d'une organisation cantonale des soins, l'existence de centres de référence de divers types (centres cantonaux et centres universitaires). En aucune manière ce référentiel ne peut s'appliquer tel quel à toutes les structures hospitalières suisses; il doit plutôt être considéré comme une liste de propositions idéales («critères d'optimisation») à adapter selon le contexte local et régional concerné.

Par contre, le groupe de travail a estimé souhaitable le maintien d'un concept fondamental général de multidisciplinarité pour les médecins actifs au sein des centres d'urgence.

Les auteurs de ces recommandations sont de l'avis que toute modification structurelle ou organisationnelle d'un centre d'urgence doit principalement être justifiée par l'intérêt des patients. Les structures historiques des services cliniques hospitaliers ne peuvent en aucun cas prévaloir sur cette priorité.

Au vu des différences importantes de taille des centres d'urgence en Suisse, les auteurs de ces recommandations les ont classés en trois groupes.

Cette méthode de classification a été un des points les plus discutés lors de la consultation de 2003. Elle ne vise ici qu'à la description pratique des aspects structurels et organisationnels.

En aucun cas, cette classification n'a pour buts ou ne devrait être utilisée pour:

- établir des différences de tarification des prestations;
- constituer un guide pour l'orientation des patients dans la chaîne des urgences;
- accréditer les centres d'urgence dans leur mission de formation.

Le groupe de travail a pris connaissance du projet de la Plate-forme de sauvetage de la FMH, dont l'intention est de créer une catégorisation des centres d'urgence dans le but d'améliorer l'orientation des patients selon leur gravité.

En accord avec la Plate-forme FMH, il a été décidé de ne pas associer les deux classifications pour le moment, car leurs buts sont totalement différents.

Si les travaux de la Plate-forme FMH aboutissent et sera acceptés et appliqués dans l'ensemble du pays, les présentes recommandations seront révisées et adaptées à la classification FMH.

Tableau 1

Classification des centres d'urgences suisses dans trois groupes. Voir les remarques ci-dessous!

Groupe	Description	Consultations
III	Centre d'urgence d'un hôpital de référence: fonctionne comme hôpital tertiaire. Majorité des disciplines spécialisées disponibles 24/24 h	>15 000/an
II	Centre d'urgence d'un hôpital cantonal ou régional important disposant de moyens médicaux conséquents Disciplines de base disponibles 24/24 h (= chirurgie / orthopédie-traumatologie / médecine interne / gynécologie-obstétrique). Le transfert secondaire de patients vers un hôpital de référence est organisé et fonctionnel.	7000–20 000/an
I	Centre d'urgence d'un petit hôpital périphérique: hôpital cantonal ou régional de petite taille, assumant l'accueil des urgences 24/24 h, avec une capacité médicale limitée. Les mêmes critères sont applicables (avec certaines limitations) pour l'accueil des urgences dans les permanences. Le transfert secondaire de patients vers un hôpital de référence est organisé et fonctionnel.	<10 000/an

Remarques

Le groupe de travail a choisi la dénomination des groupes dans cet ordre pour respecter les habitudes de la littérature, où en parle de soins primaires = soins de base, et respectivement de soins tertiaires = soins maximaux.

Le nombre de consultations ne constitue pas un critère absolu. La classification doit plutôt considérer les autres caractéristiques de l'hôpital pour l'attribution des urgences en groupe III ou II.

Pour les centres d'urgence prenant en charge moins de 10 000 patients par année, seuls des *critères minimaux* ont été établis. Il est en effet difficile d'établir des critères optimaux pour ces centres d'urgence, car ils dépendent trop de la situation géographique et de la structure hospitalière locale. Une adaptation aux critères de degré II est conseillée de cas en cas.

Liste des recommandations

1. Service médical

	Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Le Centre d'urgence est dirigé par un médecin cadre ayant fonction de directeur médical	A plein temps	Au moins 50 %	A temps partiel	Le statut et le cahier des charges dépendent des structures de l'hôpital considéré. Lors d'une occupation à temps partiel, il est souhaitable de partager la responsabilité avec celle de médecin cadre (chef ou remplaçant) d'un service clinique impliqué, soit d'un service de soutien comme l'anesthésie.
B	Un médecin responsable remplaçant est désigné	En règle générale à plein temps	Au moins à temps partiel	Remplacement par un autre médecin cadre	Le statut et le cahier des charges dépendent des fonctions attribuées, surtout dans le domaine clinique. Une dotation élevée (plusieurs postes) doit être prévue si la fonction médicale nécessite une permanence, par exemple chef de groupe accueillant des polytraumatisés
C	Service de piquet de direction médicale 24/24 h	Par des médecins cadres du Centre	Couverture par les services de disciplines médicales impliquées de l'hôpital		Engagement selon les fonctions attribuées ou lors d'événements particuliers (quantitatifs ou qualitatifs)
D	Cahier des charges	Le directeur médical du Centre et son remplaçant exercent leur activité sur la base d'un cahier des charges accepté par les médecins-chefs des services et par la Direction de l'établissement			En particulier sont déterminés: subordination, devoirs, compétences (droit d'ordre aux médecins des cliniques travaillant aux urgences, édition des directives)
E	Responsabilité opérationnelle	Directeur médical du Centre			
F	Responsabilité médicale	Doit être déterminée de cas en cas et précisée sur le cahier des charges. La décision médicale finale appartient au directeur médical du Centre ou à son remplaçant. Les procédures de travail multidisciplinaire sont réglées par le directeur médical consensuellement avec les disciplines concernées			En particulier sont déterminés: délimitation entre les responsabilités médicales spécifiques du directeur médical du Centre et les directions médicales des services hospitaliers; procédures pour l'édition de directives
G	Le rattachement hiérarchique du Centre est défini	Dans la règle, Direction de l'établissement.	Comme I ou rattachement à l'un ou l'autre des services cliniques	Normalement rattachement à l'un ou l'autre des services cliniques	En particulier sont déterminés: dotation en personnel attribué au Centre; voies hiérarchiques; compétences budgétaires; droits des cliniques participantes
H	L'organisation médicale est préparée en collaboration avec les services cliniques, ce plan d'organisation étant validé par les Directions médicales des services et la Direction de l'établissement	Présence permanente de médecins-assistants et si possible de médecins cadres, mais au moins disponibles en priorité. Consultations spécialisées prioritaires.	Présence permanente de médecins assistants. Médecins-cadres et spécialistes disponibles de manière priorisée.	Médecins-assistants présents en permanence ou disponibles de manière priorisée. Cadres disponibles de manière priorisée. Consultations spécialisées possibles.	Médecin-cadre = médecin spécialisé ou fonction correspondante attribuée personnellement par le médecin-chef. En particulier sont déterminés: dotation et présences; attribution des postes pour la formation postgraduée et pour les spécialisations; délai maximal d'arrivée pour les médecins disponibles en priorité; connaissances minimales des médecins assistants attribués; durée de la rotation au Centre; système de remplacement en cas de service militaire, maladie, vacances; système de qualification
I	Le Centre est organisé de manière à disposer de médecins compétents lors de l'accueil d'urgences vitales	Un teamleader formé ACLS/ATLS (et/ou PALS) est disponible dans les 10 minutes, 24/24 h.	Un teamleader formé ACLS/ATLS (et/ou PALS) est disponible dans les 10 minutes, 24/24 h.	Médecins-cadres formés ACLS, ATLS (évent. PALS). Formation interne des autres médecins à l'accueil des urgences vitales.	Remplacement des formations ACLS/ATLS/PALS par des cours équivalents possible. Exercices réguliers avec les services concernés (anesthésie, médecine interne, traumatologie et chirurgie)
J	Disponibilité des médecins spécialisés des disciplines principales	Pour le traitement des urgences vitales Pour le traitement des urgences relatives Comme consultant	au maximum 10 minutes au maximum 30 minutes à fixer individuellement		Ces limites doivent être adaptées aux caractéristiques de l'hôpital, ainsi qu'en respectant les conditions des services de garde et de piquet définies par la loi sur le travail. Ces services peuvent être assurés par des médecins externes si les délais mentionnés sont respectés

2. Plateau technique

Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A Disponibilité du bloc opératoire	24/24 h	24/24 h	24/24 h ou transfert organisé dans un centre de référence	
B Disponibilité des lits de soins intensifs	24/24 h	24/24 h	24/24 h ou transfert organisé dans un centre de référence	
C Cathétérisme cardiaque (coronarographie)	24/24 h	24/24 h ou à temps partiel. Si pas disponible, transfert organisé dans un centre de référence	Normalement transfert organisé dans un centre de référence	
D Disponibilité de procédures thérapeutiques spécialisées (radiologie interventionnelle (lyse ou/et embolisation); PTCA en urgence, stroke-unit, unité pour brûlés, paraplogies, etc.) pour les hôpitaux qui en disposent	Selon les spécialités	Selon les spécialités		Les procédures touchant à la disponibilité concernent les médecins et le personnel paramédical
E Transferts	Le transfert des patients nécessitant un traitement spécialisé dans un autre centre est organisé de manière anticipée (contrats de collaboration)			De manière optimale, le Centre dispose pour ces cas de protocoles établis avec l'hôpital de référence, assurant un transfert rapide
F Le Centre dispose d'un système d'information compétent permettant de répondre dans un délai de 10 minutes sur la capacité d'accueil des patients (annonces directes ou transferts)	24/24 h	24/24 h		Fonction et joignabilité définies, check-lists à disposition. Cette fonction peut être attribuée au personnel paramédical (par exemple, cadre infirmier expérimenté)
G Le Centre dispose d'un système de triage des patients	Fonction attribuée spécifiquement avec formation adéquate	Si possible, fonction attribuée spécifiquement avec formation adéquate	Si possible, fonction attribuée spécifiquement avec formation adéquate	Algorithme de triage validé, documentation écrite avec formulaire de tri, normalement attribué au personnel soignant
H Organisation en cas d'accident majeur ou de catastrophe (afflux de victimes)	Le directeur médical et son remplaçant sont responsables du plan d'organisation de l'hôpital en cas d'accident majeur ou de catastrophe			En fonction des structures de l'hôpital, l'attribution de la responsabilité principale du plan catastrophe leur est confiée
I Patients à hospitaliser	Protocoles de transfert pour la prise en charge par les services cliniques concernés			En particulier sont déterminés: Prise en charge pendant la nuit et les week-ends; Décongestion du Centre en cas d'engorgement

3. Organisation infirmière

Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A Le Centre dispose d'un infirmier-chef	A plein temps	A plein temps	A temps partiel, normalement en complément à un autre poste de cadre	Remplacement: selon l'importance et l'organisation du Centre, à plein temps ou en complément à une autre tâche (responsable de la formation, chef de groupe, etc.)
B Qualification professionnelle spécialisée «urgences» des soignants	Au moins 50% du personnel soignant	Au moins l'infirmier-chef et les chefs de groupe	Au moins l'infirmier-chef, si possible les chefs de groupe	Amélioration continue de l'identité professionnelle du personnel soignant. Reconnaissance des autres spécialités infirmières: anesthésie, soins intensifs, infirmière clinicienne
C Chaque secteur d'activité infirmière du Centre dispose d'une infirmière responsable, ayant le rôle d'infirmière de référence en matière de soins dans ce secteur	Tous les secteurs	Uniquement pour les secteurs importants	Uniquement pour les secteurs importants	Exemples: formation, unité d'hospitalisation brève, traitement des plaies, triage, etc.
D Dotation	La dotation doit garantir en tout temps des soins adéquats pour les patients et les proches			
E Système de renfort en personnel du Centre lors d'engorgement	Aide temporaire de soignants d'autres unités ou services			
F Procédures diagnostiques	Le personnel infirmier est compétent pour exécuter rapidement (<5') 24/24 h les électrocardiogrammes			Prétriage du patient avec syndrome coronarien aigu
G Le Centre dispose 24/24 h d'une personne compétente pour confectionner les plâtres	Présente au maximum 60' après l'appel.	Présente au maximum 60' après l'appel.	Présente au maximum 120' après l'appel.	Cette tâche peut être exécutée en collaboration avec d'autres services (par exemple avec le bloc opératoire ou l'orthopédie)

Lors de la présentation de la version provisoire de ce guide, quelques répondants ont sollicité des recommandations concernant la dotation spécifique du personnel soignant (en analogie avec les dotations en vigueur aux soins intensifs).

Une enquête préliminaire dans quelques centres (sélectionnés au hasard) a relevé des dotations très différentes, en rapport à des missions très diverses: diagnostic provisoire ou définitif avant transfert dans les services cliniques, exploitation d'une unité d'hospitalisation brève, participation au service d'ambulances, rôle limité aux vraies urgences ou consultations de contrôle secondaires au Centre d'urgence. De telles recommandations demandent dès lors une enquête approfondie et le développement de modèles de calcul. Ceci dépasse clairement le but de ces recommandations et la mission du groupe de travail. La question sera traitée ultérieurement par un autre groupe de travail.

4. Organisation des Services de Soutien

	Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Le Centre dispose de l'accès à un laboratoire d'analyses médicales dans l'hôpital 24/24 h dont les résultats des analyses simples sont fournis au maximum 60' après leur réception par le laboratoire. Les examens de laboratoire vitaux sont disponibles rapidement* (analyses des gaz sanguins, glycémie, électrolytes)	* en 15', détermination au Centre En priorité, salles de radiologie intégrées au Centre	* en 15', détermination au Centre souhaitable En priorité, si possible salles de radiologie intégrées au Centre	Éventuellement en collaboration avec un laboratoire externe * délai maximal de 30' Délai maximal de 30'	
B	Radiographies conventionnelles disponibles 24/24 h	En priorité, si possible appareil intégré au Centre, délai maximal 60'	En priorité, délai maximal 60'	Ct-scan et angiographies interventionnelles en collaboration fixée par contrat avec un hôpital de référence avec délai maximal de 6h	Les résultats des examens spéciaux pratiqués par un radiologue (sonographies, scans, angiographies, etc.) sont documentés immédiatement par écrit, aux moins par un rapport provisoire
C	Ct-scan disponible 24/24 h	en 6 h	en 6 h, éventuellement en collaboration avec un hôpital de référence		
D	Angiographie interventionnelle disponible 24/24 h (angiographie coronaire; voir 2.C)	en 15'	en 15'	en 30'	Exécuté par un radiologue ou par un médecin formé spécifiquement
E	Sonographie d'urgence (abdominale, thoracique) disponible 24/24 h	fournis au maximum 60' après leur commande	fournis au maximum 60' après leur commande	fournis au maximum 60' après leur commande	
F	Le Centre dispose de l'accès à un laboratoire de transfusion 24/24 h pour les produits sanguins simples (CE, PFC)	permettant un réapprovisionnement au maximum 120' après l'appel.	permettant un réapprovisionnement au maximum 120' après l'appel.	Event. en collaboration avec une pharmacie externe ou un hôpital de référence	La disponibilité des antidotes est réglée par les critères du Centre suisse de toxicologie et la Société suisse de pharmacie
G	Le Centre dispose d'un accès à la pharmacie centrale de l'hôpital 24/24 h	Le Centre dispose d'une liste des personnes compétentes pour des interventions de crises (médecins, soignants, prêtres/pasteurs, assistants sociaux etc.)	service de sécurité de l'hôpital		
H	Interventions de crise	service de sécurité de l'hôpital	service de sécurité de l'hôpital ou possibilité de recours 24/24 h aux services de police		
I	Le Centre dispose de la possibilité de recours 24/24 h à un service de sécurité lors d'agressions	dans un délai maximal de 180' après l'appel	dans un délai maximal de 180' après l'appel		Système d'alarme agression (bouton rouge) dans tous les secteurs du Centre
J	Le Centre dispose d'un accès 24/24 h aux services techniques et magasin central: – nettoyage/désinfection; – lingerie, matériel stérile ou à usage unique			Selon les possibilités locales	

5. Procédures et recommandations de pratique

	Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Des recommandations de pratique sont disponibles quand à la prise en charge des situations fréquentes; situations rares pour lesquelles une prise en charge immédiate est nécessaire (p. ex. infections rapidement fatales)	Normalement, recommandations établies par le Centre. Pour les cas rares, adoption des recommandations des services cliniques. Format électronique	Recommandations établies par le Centre, ou adoption des recommandations des services cliniques. Format électronique	Normalement adoption des recommandations des services cliniques. Format électronique ou imprimé	Les recommandations internationales ACLS, ATLS et PALS sont appliquées. Les recommandations sont établies et adaptées selon les méthodes validées de la littérature médicale [12]. Elles sont révisées au minimum tous les 2 ans. Les données suivantes sont précisées: auteurs, dates d'élaboration et de révision(s)
B	Recommandations conseillées	admission, triage, départ, et transfert des patients; prise en charge et transmissions par les services d'ambulances; accès à des informations toxicologiques; refus de traitement; patients sans identité; sécurité et liens avec la police et les juges; gestion de la violence (y.c. protocole de contention); urgences internes, y compris en cas d'alarme incendie; rapport sur la iatrogénicité, les chutes et accidents des patients; gestion des plaintes; constats et certificats de coups et blessures; procédure en cas de violence sexuelle; accompagnement des proches; procédures de sédation; hygiène hospitalière; accident chimique; admission non volontaire; prise en charge des détenus; procédures d'accueil des situations particulières (VIP) (appel aux cadres supérieurs, direction de l'hôpital)			Adapter la liste selon les conditions locales
C	Plan catastrophe. Le Centre dispose d'un plan catastrophe (afflux de patients) établi avec la Direction de l'établissement, dans lequel figurent au minimum:	coordination avec le plan catastrophe cantonal; système d'alarme; système de renfort en personnel; organisation et conduite du Centre; locaux spécifiques et plan de gestion des locaux; système de triage; réserve de matériel et médicaments; système de communications et d'information interne et externe			Adapter la liste selon les conditions locales

6. Intégration et formation continue du personnel

Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Intégration Le Centre dispose d'une documentation comportant les directives internes pour l'introduction du nouveau personnel médical et infirmier			(comportant des check-lists)
B	Les médecins assistants en rotation au Centre doivent disposer au préalable d'une formation clinique*, dont** dans la discipline exercée au Centre	* au minimum 2 ans ** au minimum 1 an	* au minimum 6 mois; idéalement 1 an ** au minimum 6 mois	Adaptation des critères selon la présence et supervision par un médecin spécialiste. Exceptions possibles pendant les heures de services, si supervision garantie
C	Durée de tournus pour les médecins-assistants au Centre	Au minimum 3 mois	Au minimum 3 mois	
D	Instruction (avec test) en BLS et défibrillation	Au début de la rotation au Centre pour tous les assistants et infirmières diplômées		Infirmières: Instruction obligatoire au défibrillateur semi-automatique (AED)
E	Cours de réanimation pour les médecins cadres	ACLS (internistes), ATLS (chirurgiens), éventuellement les deux selon fonction; PALS pour les centres avec admissions nombreuses d'enfants	ACLS (internistes), ATLS (chirurgiens), éventuellement les deux selon fonction	Ou formation équivalente
F	Littérature médicale et systèmes d'information	Le Centre met à disposition une bibliothèque de médecine d'urgence et un accès à Internet pour les systèmes d'information médicale		Bibliothèque adaptée à l'importance de la station
G	Des colloques mortalité-morbidité sont organisés sous la conduite d'un médecin-cadre expert en médecine d'urgence	Chaque semaine	Mensuel	Conduits par un médecin expérimenté en médecine d'urgence
H	Le Centre encourage la formation de ses infirmières à la spécialité «Urgences»	Si possible toutes, au minimum 50%	Le plus possible, au minimum tous les chefs d'unité	
I	Formation continue des soignants	Le personnel infirmier participe régulièrement à la formation continue		Dans les grands centres, des formations internes sont organisées, si possible
J	Supervision des procédures invasives par les assistants	Les procédures invasives, dans la mesure où elles sont pratiquées au Centre, sont à exécuter au minimum 3 fois sous supervision		Voie veineuse périphérique, voie veineuse centrale, ponction artérielle, ponction lombaire, ponction pleurale, drain thoracique, ponction d'ascite, sondage vésical, ponction sus-pubienne, sutures simples, réduction et contention plâtrée simples

7. Recommandations pour locaux et équipement

Critères	Groupe I			Remarques
	Groupe III	Groupe II	Groupe I	
A Accès extérieur	<p>Patients à pied: autant que possible directement depuis l'entrée de l'hôpital</p> <p>Ambulances: accès protégé, décharge à l'abri, si possible séparé de celui des patients à pied; autant que possible proche de la salle de réanimation si possible sans nécessité de transport par ambulance</p> <p>Hélicoptères: à éviter, sinon avec commande prioritaire pour les urgences</p> <p>Ascenseurs: à éviter, sinon avec commande prioritaire pour les urgences</p>			<p>Si possible douche de décontamination proche de l'accès des ambulances.</p> <p>Un accès aisé (et un équipement adéquat) de tous les locaux est garanti pour les handicapés (y compris WC adaptés aux fauteuils roulants).</p> <p>L'accès au Centre est signalé clairement à l'extérieur et à l'intérieur de l'hôpital, l'utilisation du signe «étoile de vie» est conseillée</p> <p>Ascenseurs: à éviter, sinon avec commande prioritaire pour les urgences</p>
B Circulation interne	Accès le plus simple à la radiologie, aux soins intensifs et au bloc opératoire			
C Appareils et matériel	Le Centre dispose d'un parc de matériel identifié et répertorié; son contrôle et sa maintenance sont assurés par un cadre responsable du parc matériel (selon la réglementation concernant les appareils médicaux)			
D Salle de réanimation/déchochage	Le Centre dispose au minimum d'un local pour traiter des patients grièvement malades ou blessés.			Y compris équipement pédiatrique
E Accueil des enfants	Ces locaux disposent d'un matériel spécifique répondant aux besoins des premières mesures des protocoles ACLS et ATLS (traitement des urgences vitales) et d'un programme quotidien de vérification, ainsi qu'après chaque utilisation	Au minimum une chambre spécialement préparée	Autant que possible une chambre spécialement préparée	Au minimum des jouets sont prévus en salle d'attente et dans les salles de soin
F Salle(s) d'attente	Le Centre dispose d'un volume adéquat dédié aux zones d'attente pour les patients et les familles, ces zones étant pourvues de téléphones publics, de distributeurs de boissons et de nourriture, salle de jeux, ainsi que de matériel d'information (plaquelette d'information sur le Centre et l'hôpital, matériel de promotion de la santé, etc.)			
G Locaux destinés à l'entretien avec les patients et les familles (parloirs)	Locaux spécifiques	Local spécifique	Local proche du Centre	
H Système d'alarme et d'appel	Le Centre dispose d'un système d'alarme à disposition des patients, présent dans les boxes ou chambres, ainsi que dans les toilettes, salles d'attente, entrée et garage des ambulances			
I Hospitalisation de courte durée	Le Centre dispose d'un lieu d'hospitalisation de courte durée sous sa responsabilité		Eventuellement hôpital de nuit	Eventuellement hôpital de nuit. Organisation en collaboration avec les services cliniques
J Le Centre dispose pour une partie de ses lits d'un système de monitoring	Enregistrement électronique des signes vitaux (bedside)		Postes isolés	EKG, TA non invasive, oxymétrie de pouls

8. Administration

Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Dossier médical Le Centre dispose pour chaque patient admis d'un dossier médical et infirmier standardisé et adapté à l'activité d'urgence. Chaque dossier médical de patient contient, outre les informations médicales, les ordres médicaux écrits, ainsi que les dossiers spécifiques éventuellement nécessaires (dossier réa, constats de coups et blessures, décharge du patient en cas de départ contre avis médical, certificat d'incapacité de travail, etc.), si possible scores de priorité/gravité validés			Autant que possible en accord avec les dossiers des services cliniques. Documents simplifiés pour les patients ambulatoires. Notification de sortie rapide aux médecins traitants. Les prescriptions légales sont à appliquer, surtout concernant le droit des patients et le secret médical
B	Accès aux dossiers médicaux Les dossiers internes de l'hôpital sont classés dans les archives et disponibles 24/24 h			Au minimum accès électronique aux rapports de sortie et aux rapports d'investigations spéciales (laboratoire, radiologie, endoscopies etc.)
C	Statistique* Le Centre dispose d'une statistique qui exprime au minimum les fréquences, la répartition par responsabilité clinique, les groupes diagnostiques, la gravité et la durée du séjour. Pour chaque patient sont enregistrés les diagnostics et traitements afin de pouvoir exposer les prestations assumées par le Centre			Si possible électronique, éventuellement combinée avec l'enregistrement des prestations et avec le programme d'assurance qualité (v. 9.C). Statistiques d'activité et enregistrement des prestations (facturation) sont à exploiter spécifiquement pour le Centre

* Les centres d'urgence suisses ne disposent pas d'une statistique d'activité homogène. L'élaboration d'un concept commun de données statistiques de bases permettant des comparaisons statistiques entre les centres d'urgence est fortement souhaitable. Cette tâche est au-delà des missions des présentes recommandations; elle nécessite un travail complémentaire.

9. Programme qualité

Critères	Groupe III	Groupe II	Groupe I	Remarques
A	Projet de service Le Centre dispose d'un projet de service (idées directrices, missions, objectifs) auquel tous les collaborateurs ont accès			
B	Cahier des charges Tous les collaborateurs du Centre disposent d'un cahier des charges explicite et d'une évaluation périodique par leurs supérieurs			
C	Assurance qualité Le Centre exploite un programme d'assurance qualité avec des indicateurs de son activité, tels que le nombre de patients admis et leur orientation ainsi que leur durée de séjour, délais d'attente, door-to-needle-time pour les thrombolyse, surveillance imagerie TCC, etc. [11]			Si possible en combinaison avec la documentation des prestations et avec la statistique (voir 8.C). Autant que possible participation à un programme externe pour surveiller la qualité du résultat (outcomes) et pour un benchmarking
D	Critical incident reporting system (CIRS) Système interne de l'hôpital ou participation à un système extérieur (régional)			
E	Traitement des plaintes Le Centre répond aux plaintes par écrit et en fait une analyse régulière			

Bibliographie

- 1 Irish Society for Quality in Healthcare. Accident and emergency department assessment standards. Dublin, 2000. www.isqh.ie.
- 2 Commission de médecine d'urgence de la Société de réanimation de langue française (SRLF). Recommandations concernant l'évaluation de l'activité des services d'accueil des urgences (SAU). Réan Urg 1994;3:299-306.
- 3 Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Critères d'évaluation des services d'urgence. Mars 2001. www.sfm.fr.
- 4 Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Audit d'un service d'urgence; méthode. Mars 1999. www.sfm.fr.
- 5 Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. 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;14:144-52.
- 6 Rosen RA (ed.). Managing to get it right: the ACEP user's guide to emergency department management. Dallas: American College of Emergency Physicians (ACEP); 1998.
- 7 Huddy Jon (ed.). Emergency department design; a practical guide to planning for the future. Dallas: American College of Emergency Physicians (ACEP); 2002.
- 8 Commission des urgences de la Société de réanimation de langue française (SRLF) et Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU). Guide des outils d'évaluation aux urgences. Paris: Arnette & Blackwell; 1996.
- 9 American Academy of Pediatrics. Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. Pediatrics 2001;107:777-81.
- 10 Groupe de travail du Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec. Projet Urgence 2000; de paratonnerre à plaque tournante (document de réflexion). Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec; 1999.
- 11 Donabedian A. The quality of care; how can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8.
- 12 Stiell IG, Wells GA. Methodologic standards for the development of clinical decision rules in emergency medicine. Ann Emerg Med 1999;33:437-47.