JOURNAL OFFICIEL

DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

MÉMORIAL A

N° 53 du 1 février 2019

Règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et notamment ses articles 4, paragraphe 7, et 10 ;

Vu la fiche financière ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Vu l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier ;

L'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé ayant été demandé ;

Notre Conseil d'État entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et de Notre Ministre des Finances, et après délibération du Gouvernement en conseil ;

Arrêtons :

Art. 1er.

Les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique doivent répondre aux exigences et aux normes déterminées à l'annexe du présent règlement.

Art. 2.

Le règlement grand-ducal modifié du 29 août 1979 établissant les normes auxquelles doivent répondre les établissements hospitaliers qui participent au service d'urgence est abrogé.

Art. 3.

La mise en place d'une ouverture diurne de sept heures à dix-sept heures les jours ouvrables du service hospitalier d'urgence des deux hôpitaux de Luxembourg-ville se fera au plus tard le 1er janvier 2020.

La mise en place d'une garde à Luxembourg-ville avec ouverture en parallèle et en continu des services d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept des deux hôpitaux concernés se fera se fera au plus tard le 1er janvier 2024.

Art. 4.

Notre Ministre de la Santé, Notre Ministre des Finances et Notre Ministre de la Sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le Ministre de la Santé,
Étienne Schneider

Le Ministre des Finances,
Pierre Gramegna

Le Ministre de la Sécurité sociale,
Romain Schneider

Palais de Luxembourg, le 25 janvier 2019.
Henri

Annexe

1. Normes architecturales

Le service d'urgence est composé d'une partie administrative et d'une partie technique qui forment un ensemble continu et cohérent des points de vue architectural et fonctionnel.

L'ensemble des locaux du service d'urgence est accessible aux personnes à mobilité réduite.

L'ensemble des locaux du service d'urgence doit permettre de garantir l'intimité des patients.

La conception architecturale du service d'urgence doit permettre une gestion efficace des flux de patients valides et de patients alités.

Le service d'urgence dispose d'une entrée clairement identifiée permettant l'accès vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Cette entrée comporte deux accès séparés, l'un piéton et l'autre pour ambulances, couvert, chauffé, pouvant être fermé.

1.1 Partie administrative.

La partie administrative se compose au minimum :

a.) D'un espace de réception des patients et de réalisation des formalités administratives permettant un accueil garantissant la confidentialité.

b.) D'une salle d'attente assise pour les patients et leurs accompagnants.

c.) Des installations sanitaires publiques hommes et femmes séparées, dont au moins une installation sanitaire accessible aux personnes à mobilité réduite.

d.) D'un espace avec table à langer.

e.) Des installations sanitaires pour le personnel du service d'urgence, hommes et femmes séparées.

f.) Des bureaux adaptés aux besoins des médecins.

g.) D'un bureau destiné au chef soignant du service.

h.) Des locaux de travail adaptés aux besoins du personnel soignant.

i.) D'une pièce de repos et repas pour le personnel permettant d'accueillir de manière assise au moins la moitié du personnel en poste du service d'urgence.

j.) D'une pièce de repos (agrémentée d'un lit) par médecin travaillant de minuit à 6 heures du matin, située dans une partie attenante au service d'urgence.

1.2 Partie technique.

La zone technique est composée d'un ensemble d'espaces et de pièces qui permettent la prise en charge des patients.

Chaque espace ou pièce a une vocation définie mais doit être polyvalent pour l'accueil des patients.

Chaque espace ou pièce sauf celui mentionné aux points k) et o) ci-dessous doit disposer d'un site de lavage de mains.

La partie technique du service d'urgence comprend au minimum :

a.) Une pièce à accès sécurisé hébergeant une réserve de médicaments et de matériel médical permettant de faire face aux urgences.

b.) Au minimum deux pièces dédiées à l'accueil et au triage des patients.

c.) Des salles d'examen polyvalentes et de soins, avec arrivées fixes d'oxygène, air et vide.

d.) Une salle dédiée constituée de deux espaces de déchoquage d'au moins 25 m^2 chacun, permettant la préservation, la stabilisation et la restauration des fonctions vitales, avec arrivées

fixes d'oxygène, air et vide, à l'exception du service national d'urgence pédiatrique qui ne peut disposer que d'un espace de déchoquage.

e.) Une salle d'accueil dédiée aux urgences pédiatriques, avec arrivées fixes d'oxygène, air et vide (sauf pour le service national d'urgence pédiatrique dont l'ensemble des salles a vocation à accueillir les patients de moins de seize ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans).

f.) Une pièce équipée pour la petite chirurgie réalisée sous anesthésie locorégionale.

g.) Une pièce équipée pour la pose de plâtre, ou à défaut un chariot mobile dédié à la pose de plâtre.

h.) Un espace proche de l'entrée permettant un triage supplémentaire si besoin, avec accès fixes d'oxygène et vide.

i.) Une salle permettant l'accueil d'un patient souffrant de troubles psychiatriques (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique) avec des fenêtres sécurisées.

j.) Une salle de bain permettant de prodiguer des soins d'hygiène au patient même alité.

k.) Des locaux pour le stockage du linge, du matériel, des vêtements et un coffre permettant de stocker les objets de valeur des patients. Ces locaux peuvent être partagés avec un autre service.

l.) Si le service d'urgence dispose de lits-portes, chaque lit-porte est équipé de matériel de surveillance adapté à un patient nécessitant un suivi continu des paramètres vitaux et relié à un dispositif de monitorage centralisé. Chaque lit-porte possède un accès fixe d'oxygène, air et vide et est équipé d'un système d'appel.

m.) Les salles d'examen, les espaces de déchoquage et la salle d'examen d'urgence pédiatrique doivent permettre l'utilisation d'appareils mobiles d'imagerie médicale (radiographie et échographie).

n.) Un espace d'attente pour patients allongés sur brancard.

o.) Une salle permettant de recevoir les accompagnants.

2. Équipements spécifiques

2.1 Équipement médical

Chaque service d'urgence, doit disposer de matériel adapté permettant les prises en charge des urgences vitales de l'adulte et de l'enfant, à l'exception du service d'urgence pédiatrique qui se limitera à l'équipement pédiatrique.

L'équipement minimum obligatoire pour chaque service d'urgence est composé des éléments suivants :

a.) Trois appareillages de ventilation artificielle permettant une ventilation contrôlée et assistée ainsi que la pression expiratoire positive, dont un appareillage mobile permettant le transport du malade. (deux appareils pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

b.) Un appareil permettant la ventilation non invasive (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

c.) Trois appareils de monitorage électrocardioscopique dont un au moins mobile (sauf le service hospitalier national d'urgence pédiatrique : deux appareils adaptés aux enfants dont au moins un mobile).

d.) Trois défibrillateurs avec écran pour le monitorage du rythme cardiaque, dont au moins un mobile (deux défibrillateurs pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

e.) Six pousses-seringues pourvus de batteries (quatre pousse-seringues pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

f.) Trois appareils permettant le monitorage en continu en O^2 et CO^2, dont au moins un mobile (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique : deux appareils adaptés aux enfants dont au moins de transport).

g.) Trois aspirateurs électriques de mucosité (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique : un appareil adapté aux enfants).

h.) Deux électrocardiographes permettant l'enregistrement selon les douze dérivations connectables au réseau informatique de l'établissement (sauf le service hospitalier national d'urgence pédiatrique : un appareil adapté aux enfants).

i.) Le matériel de réanimation cardio respiratoire de l'enfant et de l'adulte.

j.) Des sources d'oxygène portable permettant le transport intra hospitalier.

p.) Un appareil de massage cardiaque (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).

q.) Deux plateaux d'intubation classique pour enfants et deux pour adultes (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique) et vidéolaryngoscope.

r.) Insufflateurs manuels.

s.) Du matériel permettant l'accès veineux périphérique, l'accès intra-osseux et vasculaire central.

t.) Un réchauffeur pour transfusion rapide.

u.) Un système de couverture chauffante.

v.) Un appareil de mesure instantanée de l'hémoglobine.

k.) Un nombre adapté de brancards permettant la réanimation cardiopulmonaire et équipés de barrières dont au moins un bariatrique. Le brancard bariatrique n'est pas exigé dans le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

2.2 Équipement logistique

Le service d'urgence doit disposer des moyens suivants :

a) Postes de travail équipés de logiciel informatique spécifique aux urgences permettant la tenue des dossiers médicaux et de soins, horodatés, couplés à l'échelle nationale de tri unique compatibles avec l'environnement informatique de l'hôpital et le Dossier de Soins Partagés, dans chaque salle d'examen et de soins ainsi que dans chaque pièce dédiée à l'accueil et au triage des patients et dans les bureaux des médecins et personnels de soins.

b) Équipement digital permettant la pratique de la télémédecine composée de matériel informatique, audio et vidéo permettant la réalisation au lit du malade de consultations et examens audiovisuels à distance, ainsi que la transmission sécurisée de données médicales.

c) Liens fonctionnels et procédures permettant un accès rapide à la banque de sang gérée par l'établissement hospitalier.

En cas de panne électrique, l'ensemble des matériels électriques sus mentionnés doit être automatiquement connecté à la source autonome électrique de l'établissement hospitalier.

Le service d'urgence doit disposer d'au moins une ligne téléphonique indépendante du central téléphonique de l'établissement hospitalier lui permettant de communiquer directement avec l'extérieur de l'établissement hospitalier et inversement.

3. Ressources humaines et organigramme

3.1 Gestion du service

L'organisation et la gestion du service sont assurés par un binôme médico-soignant composé d'un médecin du service, appelé médecin chef de service, et d'un chef soignant.

Le chef soignant est chargé de la gestion du personnel soignant, de la gestion administrative du service d'urgence et des liens avec le directeur des soins et le directeur administratif et financier.

Le médecin chef de service coordonne et planifie l'action médicale au sein du service d'urgence et assure le lien avec le directeur médical de l'établissement et le cas échéant, le médecin coordinateur. Il est responsable du planning de garde des médecins intervenants dans le service d'urgence.

3.2 Personnel médical

La garde médicale est continue vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et s'effectue au sein même du service d'urgence.

Est présent au minimum, vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans les locaux du service d'urgence, un médecin titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique en médecine générale ou d'une spécialité en médecine reconnue au Luxembourg.

Pour exercer au service d'urgence, le médecin doit y exercer régulièrement sur base d'un contrat avec l'hôpital.

Des médecins pourront de façon ponctuelle effectuer des gardes dans le service d'urgence après accord du médecin chef de service et du directeur médical et selon le règlement de chaque hôpital.

Le nombre de médecins par service d'urgence doit être adapté à une prise en charge de qualité et permettre de garantir la sécurité des patients se présentant au service d'urgence. Un médecin ne peut prendre en charge, sur trois mois lissés, plus de quarante-huit patients par vingt-quatre heures.

3.3 Personnel soignant.

Le personnel soignant se compose de chefs soignants, d'infirmiers et d'aides-soignants.

Le nombre de personnel soignant doit être adapté à une prise en charge de qualité et permettre de garantir la sécurité des patients se présentant aux services d'urgence.

Chacune des fonctions suivantes doit être assurée par au moins un infirmier :

a.) Tri et orientation des malades.

b.) Coordination et gestion des flux et des filières de patients.

c.) Prise en charge du flux des patients valides.

d.) Prise en charge du flux des patients alités.

e.) Prise en charge du déchoquage.

f.) Prise en charge des lits portes.

g.) Gestion des lits et de la sortie des patients.

L'équipe infirmière présente au service d'urgence ne doit pas compter plus de deux infirmiers non affectés à temps plein au service d'urgence, représentant au plus 50 % de l'équipe infirmière en poste sauf en cas de catastrophe sanitaire ou plan blanc.

Le nombre d'aides-soignants doit permettre d'assurer simultanément la prise en charge des patients au sein de la zone de prise en charge des urgences et des lits-portes.

3.4 Personnel administratif, logistique et social

L'établissement hospitalier doit mettre à disposition du service d'urgence en nombre suffisant pour assurer une prise en charge de qualité :

a.) Des agents dédiés à l'accueil administratif.

b.) Un service de transport des malades.

c.) Une équipe de nettoyage.

d.) Un service de sécurité.

Un assistant social doit être disponible pour les urgences en journée pendant les jours ouvrables.

4. Normes fonctionnelles

4.1 Services présents

L'établissement hospitalier exploitant un service hospitalier d'urgence doit au minimum comporter les services et unités de soins ci-dessous qui sont localisés sur le même site :

a.) Service d'imagerie médicale, avec nécessité d'une proximité directe au service d'urgence d'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner.

b.) Service de médecine interne générale,

c.) Service de traumatologie,

d.) Service de chirurgie viscérale,

e.) Service de soins intensifs et anesthésie,

f.) Service de psychiatrie aigue,

g.) Plateau technique de chirurgie

Le service d'urgence doit avoir organisé des liens fonctionnels avec ces services et unités de soins afin d'assurer la coordination et la sécurité des prises en charge des patients.

Chaque service d'urgence doit disposer d'un protocole fixant les modalités de transfert inter-hospitaliers du service d'urgence vers un service d'un autre hôpital, le cas échéant dans un service national.

4.2 Accès aux compétences médicales

Le médecin du service d'urgence doit pouvoir faire appel à tout moment et selon des modalités pré- établies au sein de chaque établissement à un médecin hospitalier pour tout service hospitalier autorisé de cet établissement.

L'hôpital organise sur prescription médicale le transfert du patient dans les services nationaux pour lesquels la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit une obligation de permanence 24 h /24 et 7j/7 respectivement un lien fonctionnel avec le service des urgences.

Les médecins hospitaliers visés à l'alinéa 1er doivent pouvoir fournir un avis médical sur place ou à distance dès que la demande leur en est faite et se rendre, si nécessaire, au service d'urgence dans un délai adapté à l'état clinique du patient.

Lorsqu'après avis du médecin hospitalier visé à l'alinéa 1er une décision d'hospitalisation est prise, ni la consultation de ce médecin ni la réalisation d'examens complémentaires non indispensables à la prise en charge ne doivent retarder l'admission du patient dans le service d'hospitalisation, sauf raison médicale justifiée.

4.3 Accès aux examens d'imagerie et de laboratoire

Chaque établissement hospitalier hébergeant une service d'urgence doit s'assurer de pouvoir réaliser en urgence en son sein et à tout moment un examen de radiologie conventionnelle, une échographie scanner thoraco-abdomino-pelvien et un scanner cérébral, ainsi qu'une Imagerie par résonnance magnétique nucléaire.

Le délai d'obtention d'un examen d'imagerie est fonction du degré d'urgence de l'état du patient.

Le délai maximum de réalisation d'un examen après la demande du médecin urgentiste au radiologue est d'une heure sauf en cas d'urgence réelle ou suspectée annoncée par le médecin urgentiste où le délai doit être réduit au minimum.

Le compte-rendu écrit de scanner, d'échographie ou d'IRM doit être fourni au maximum une demi-heure après la réalisation de l'examen sauf urgence avérée où le compte-rendu écrit est remis immédiatement au médecin du service d'urgence.

Les résultats d'examens de laboratoire doivent être disponibles et validés au maximum une heure après l'arrivée du prélèvement au laboratoire, sauf impossibilité technique justifiée.

4.4 Tri unique

La dernière version actualisée de l'échelle canadienne de triage et de gravité est utilisée dans chaque service d'urgence permettant de définir cinq niveaux de priorités.

Tout infirmier occupant le poste d'Infirmier d'accueil et d'orientation doit avoir été formé à l'utilisation de l'échelle canadienne de Triage et de Gravité et avoir au minimum une ancienneté d'un an dans un service d'urgence.

Les niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité doivent être connues du personnel médical et soignant travaillant au service d'urgence.

Tout patient se présentant au service d'urgence doit bénéficier du tri dès son arrivée aux urgences.

La prise en charge des patients aux services d'urgence est réalisée en fonction du niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.

4.5 Flux des patients.

Il existe pour chaque service d'urgence deux circuits permettant la gestion des flux de patients valides et alités : l'un dit debout et l'autre couché.

La gestion des lits d'hospitalisation doit être réalisée par le gestionnaire de lit selon des protocoles décisionnels mis en place dans chaque établissement.

Chaque établissement hospitalier doit posséder un protocole en cas de d'engorgement du service d'urgence et de disponibilité de lits d'hospitalisation appelé « Protocole hôpital sous tension ».

4.6. Filières de prises en charges spécifiques

Chaque service d'urgence, à l'exception du service national d'urgence pédiatrique, doit mettre en place au minimum les cinq filières décrites aux alinéas suivants :

4.6.1 Filière gériatrique.

Cette filière concerne les patients de soixante-quinze ans et plus.

Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients de plus de soixante-quinze ans.

Chaque patient de plus de soixante-quinze ans doit bénéficier au sein du service d'urgence, d'un dépistage de sa fragilité à l'aide d'un score internationalement reconnu par l'infirmier d'accueil et d'orientation (type Score ISAR (Identification of Senior At Risk).

Tout patient de plus de soixante-quinze ans dont le score révèle qu'il est à risque doit bénéficier d'un avis gériatrique ou durant son séjour au service d'urgence ou programmé à distance.

4.6.2 Filière pédiatrique

La filière pédiatrique concerne les patients de moins de 16 ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans.

Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients de moins de seize ans et le cas échéant jusqu'à dix-huit ans.

Une convention entre chaque centre hospitalier et le centre hospitalier hébergeant le service national d'urgence pédiatrique précisant les critères d'admission dans ce dernier doit être rédigée et signée.

Tout enfant dont le niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité se situe entre un et trois doit être, après réanimation, adressé, après accord du médecin receveur, au service national d'urgence pédiatrique dans les plus brefs délais ou par défaut, si celui-ci ne peut l'accueillir, à un service spécialisé en pédiatrie à l'étranger ayant des capacités de prise en charge au moins similaires à celles du service national d'urgence pédiatrique.

Tout enfant vu pour le même motif à deux reprises aux urgences en moins de vingt-quatre heures doit être vu par un pédiatre en urgence ou adressé au service national d'urgence pédiatrique pour avis spécialisé.

4.6.3 Filière psychiatrique

Chaque établissement doit mettre en place une filière permettant la prise en charge adaptée, efficace et rapide de patients présentant une pathologie psychiatrique et veiller à ce que le parcours de soins assure la sécurisation des patients à risque pour eux-mêmes ou autrui.

Chaque patient présentant une pathologie psychiatrique, doit pouvoir bénéficier après examen par le médecin du service d'urgence et à la demande de celui-ci, d'un entretien psychiatrique effectué soit par un psychologue soit par un infirmier psychiatrique soit encore par un psychiatre. Le psychologue et l'infirmier psychiatrique travaillent sous la responsabilité du psychiatre de garde.

4.6.4 Filière Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques avec indication de thrombolyse ou thrombectomie selon les recommandations en vigueur du Conseil Scientifique dans le domaine de la Santé.

4.6.5 Filière coronaropathie.

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge des « ST-segment elevation myocardial infarction » (STEMI) selon les recommandations en vigueur du Conseil Scientifique dans le domaine de la Santé.

4.6.6 Filière gynéco-obstétrique

Chaque établissement possède un protocole de prise en charge spécifique à la gynécologie et l'obstétrique.

4.7 Afflux de patient / Situations de catastrophe

Le personnel affecté aux urgences doit connaitre le fonctionnement du « Plan Blanc » de son établissement, y compris en cas de menace chimique, radiologique, nucléaire et connaitre le rôle et les missions qui sont les siennes lors de son déclenchement.

Un exercice de mise en œuvre du « Plan Blanc » est effectué annuellement au sein de chaque établissement.

Un exercice d'accueil de patients contaminés radioactifs ou chimiques est mis en place annuellement à l'accueil du service d'urgence de chaque établissement.

5. Dossier médical et courrier de sortie

L'ensemble des données médicales et soignantes de tout patient pris en charge dans le service des urgences doit être consigné dans un dossier informatisé horodaté.

Le dossier médical et soignant du service d'urgence comporte le motif d'admission, le niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité, l'histoire de la maladie, les antécédents et allergies, l'examen cliniques, les résultats des examens paracliniques, des hypothèses diagnostiques ou une conclusion ainsi que les soins et traitements entrepris au service d'urgence et les traitements de sortie.

Un courrier de sortie est envoyé le jour même au médecin traitant du patient (ou au médecin indiqué par le patient), reprenant les éléments du dossier médical. Sauf raison majeure, un double de ce courrier doit être remis au patient.

6. Base des données sanitaires et indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence

Chaque service d'urgence participe à la veille sanitaire visant à la protection de la santé publique ; il recueille et transmet les informations demandées par l'autorité compétente dans les délais et selon les moyens de communication que cette dernière définit.

Chaque établissement doit pouvoir fournir annuellement au ministre ayant la Santé dans ses attributions un rapport annuel comportant :

6.1 Les indicateurs d'activité :

- Le nombre de passages aux urgences par an.
- Le nombre de passages aux urgences par jour de la semaine.
- Le nombre de passages aux urgences tranche horaire.

6.2 Le caractère démographique des patients :

- Nombre enfants 0-2 ans admis aux urgences par an.
- Nombre enfants 2-18 ans admis aux urgences par an.
- Nombre patients de 75 ans et plus admis aux urgences par an.
- Distribution des admissions aux urgences par classes d'âge de 10 ans.
- Sexe des patients admis aux urgences.

6.3 Les indicateurs de processus : en amont du service d'urgence

- Mode d'entrée.
- Provenance du patient.
- Motif d'admission selon la classification la plus récente International Classification of Primary Care (ICPC) de la World Health Organization.
- Degré d'urgence : Distribution des niveaux de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité par an.

6.4. les indicateurs de processus : délais :

- Délai admission-tri infirmier d'accueil et d'orientation.
- Délai admission -1er contact médical.
- Délai de premier contact médical en fonction du niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée de séjour aux urgences en fonction du niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée de séjour aux urgences des patients de plus de soixante-quinze ans corrélée au niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Délai de réalisation et d'obtention des résultats pour une demande de biologie.
- Délai de réalisation pour une radiographie simple.
- Délai de réalisation et d'obtention des résultats pour un examen d'imagerie médicale (échographie, scan, IRM, etc.).
- Délai d'obtention d'un avis spécialisé.
- Temps de passage aux urgences par niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.

6.5 les indicateurs de processus : en aval du service d'urgence (valeur absolue et pourcentage)

- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'utilisation des lits-portes.
- Ambulance : délai entre appel et arrivée.
- Délai entre la prise de décision de l'hospitalisation et la sortie effective du service d'urgence.
- Fréquence et motif (classification ICD10 codage à 4 caractères) de transferts dans des établissements hospitaliers situés à l'étranger.
- Taux de réadmission du patient dans les vingt-quatre heures et quarante-huit heures suivant sa sortie du service d'urgence.