



Projet de règlement grand-ducal modifiant le 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 loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, et notamment ses articles 4, paragraphe 7, et 10 ;

Vu l'avis du Collège médical ;

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

Vu l'avis du Conseil supérieur de certaines professions de santé ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

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

Arrêtons :

Art. 1^{er}. L'article 3 du 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 est remplacé par la disposition suivante :

« **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 1^{er} juin 2021.

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 au plus tard le 1^{er} janvier 2024. »

Art. 2. Le point 1.2 de l'annexe du même règlement grand-ducal est modifié comme suit :

1° le point f est complété in fine par les termes « ou locale » ;

2° suite au point o.) est ajouté un point p.) libellé comme suit :

« p.) Une salle équipée pour l'accueil d'un patient suspect d'être atteint d'une pathologie infectieuse à transmission aérienne, disposant d'un système de filtration d'air de type filtre à particules aériennes à haute efficacité (Hepa) et si possible d'un sas. »

Art. 3. Les points p.), q.), r.), s.), t.), u.), v.) et k.) du point 2.1 de l'annexe du même règlement grand-ducal sont renommés k.), l.), m.), n.), o.), p.), q.) et r.).

Art. 4. A la suite du point 3.4 de l'annexe du même règlement grand-ducal est ajouté un nouveau point 3.5 libellé comme suit :

« 3.5 Personnel supplémentaire stratégique



En cas de mise en place de la filière telle que définie au paragraphe 4.7, le nombre de médecins et de personnel soignant nécessaire à son fonctionnement doit y être mis à disposition par le centre hospitalier. »

Art. 5. Le point a.) du point 4.1 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacé par le libellé suivant :

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

Art. 6. Le premier alinéa du point 4.3 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacé par le texte suivant :

« Chaque établissement hospitalier hébergeant un 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, un scanner ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique nucléaire. »

Art. 7. Les trois premiers alinéas du point 4.4 de l'annexe du même règlement grand-ducal sont remplacés par le libellé suivant :

« 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 connus du personnel médical et soignant travaillant au service d'urgence. »

Art. 8. Le dernier alinéa du point 4.5 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacé par le libellé suivant :

« Chaque centre hospitalier possède un protocole en cas de d'engorgement du service d'urgence et d'indisponibilité de lits d'hospitalisation appelé « Protocole hôpital sous tension » qu'il transmet pour information au ministre ayant la Santé dans ses attributions, désigné ci-après «le ministre ». L'activation de ce « Protocole hôpital sous tension » est notifiée aux autres centres hospitaliers et au ministre. »

Art. 9. Dans la première phrase du point 4.6 de l'annexe du même règlement grand-ducal le terme « cinq » est remplacé par le terme « six ».

Art. 10. Les deux derniers alinéas du point 4.6.1 de l'annexe du même règlement grand-ducal sont remplacés par le libellé suivant :

« Chaque patient de plus de soixante-quinze ans doit bénéficier au sein du service d'urgence, d'un dépistage de sa fragilité gériatrique à l'aide d'un score internationalement reconnu selon les recommandations en vigueur du Conseil scientifique du domaine de la Santé.



Tout patient de plus de soixante-quinze ans dont le score révèle qu'il est à risque doit bénéficier d'une évaluation par l'équipe gériatrique soit durant son séjour hospitalier, soit programmée à distance en concertation avec le médecin généraliste. »

Art. 11. Les troisième et quatrième alinéas du point 4.6.2 de l'annexe du même règlement grand-ducal sont remplacés par le libellé suivant :

« Conformément à l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une convention entre chaque centre hospitalier et le centre hospitalier hébergeant le service national d'urgence pédiatrique précisant les critères d'admission et d'orientation entre ces établissements doit être rédigée, signée et transmise pour information au ministre.

Tout enfant dont le niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité se situe entre un et trois doit être vu en urgence par un médecin spécialiste en pédiatrie ou par un autre médecin spécialiste selon la pathologie qu'il présente. L'enfant après stabilisation est adressé, avec accord du médecin receveur, au service national d'urgence pédiatrique dans les plus brefs délais si son état clinique le justifie, selon les termes de la convention visée à l'alinéa qui précède. Si le service national ne peut l'accueillir, le transfert se fera vers 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. »

Art. 12. La dernière phrase du point 4.6.3 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacée par le texte suivant :

« Le psychologue et l'infirmier psychiatrique travaillent sous la responsabilité du psychiatre ou du médecin urgentiste de garde. »

Art. 13. Le point 4.7 de l'annexe du même règlement grand-ducal est modifié comme suit:

1° sont intitulé est libellé comme suit :

« 4.7 Afflux de patient / Situations de catastrophe / Filière spécifique »

2° Au début de ce point sont ajoutés trois nouveaux alinéas libellés comme suit :

« Chaque établissement doit disposer d'un plan tel que défini dans le règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques. Ce plan, ci-après désigné par « plan blanc », doit notamment être adapté aux situations suivantes : afflux massif de victimes, accueil et prise en charge de patients contaminés radiologiques ou chimiques, pandémie.

Une filière spécifique est définie dans le plan blanc pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination. Elle assure la protection du personnel et des autres patients vis-à-vis du risque en mettant en place une séparation par cohortes des patients et du personnel.



Ce plan peut être déclenché selon la nature des événements par le directeur général du centre hospitalier qui en informe le ministre, ou sur décision du ministre ou du Haut-Commissariat à la Protection Nationale. »

Art. 14. Le dernier alinéa du point 5 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacé par le texte suivant :

« Un résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence est transmis au médecin traitant (ou au médecin indiqué par le patient). Sauf raison majeure, un double de ce courrier doit être remis au patient. Le motif de sollicitation du service d'urgence par le patient est codé selon la dernière version actualisée de la classification unique ICPC (« international classification of primary care») de l'Organisation Mondiale de la Santé. »

Art. 15. Le point 6 de l'annexe du même règlement grand-ducal est remplacé par le texte suivant :

« **6. Veille sanitaire**

Chaque service d'urgence participe à la veille sanitaire en rapport avec la protection de la santé publique. Il recueille et transmet les informations demandées par le ministre dans les délais et selon les moyens de communication que ce dernier définit. »

Art. 16. Suite au point 6 de l'annexe du même règlement grand-ducal est ajouté un nouveau point 7 libellé comme suit :

« **7. Indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence**

Chaque établissement fournit annuellement au ministre un rapport annuel comportant :

7.1 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 par tranche horaire.

7.2 Le caractère démographique des patients

- Nombre d'enfants de 0 à moins de 3 mois admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 3 mois à moins de deux ans admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 2 ans à moins de 8 ans admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 8 ans à moins de 16 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.



7.3 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 l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Degré d'urgence : Distribution des patients admis par niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité par an.

7.4 les indicateurs de processus au et en aval du service d'urgence

- Pourcentage de patients bénéficiant d'un triage par l'infirmière d'accueil et d'orientation endéans 10 minutes.
- Délai moyen entre l'admission et le 1er contact médical selon les 5 degrés d'urgence de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences selon le niveau de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences des patients de plus de 75 ans selon le niveau de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Délai moyen entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du patient du service d'urgence
- Délai d'obtention des résultats de laboratoire.
- Délai d'obtention des comptes-rendus d'imagerie médicale.
- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'occupation des lits-portes.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par médecin par heure.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par soignant par heure.

7.5 les indicateurs des filières de prise en charge

- filière AVC: Délai moyen entre l'heure de début des symptômes neurologiques et l'heure d'admission au service d'urgence.
- filière AVC: Délai moyen entre l'heure d'admission au service d'urgence et la thrombolyse.
- filière AVC: Pourcentage de patients de la filière AVC transférés vers la stroke unit de niveau 2.
- filière coronarienne: délai moyen entre l'admission au service d'urgence et la coronarographie.
- filière coronarienne: pourcentage de patients de la filière coronarienne Stemi-positifs transférés à l'INCCI.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'un scoring de fragilité gériatrique.



- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans avec score de fragilité pathologique bénéficiant d'une demande d'évaluation gériatrique ultérieure.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques transférés au service hospitalier national de pédiatrie selon les 5 degrés de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques vus par un médecin spécialiste en pédiatre.
- filière psychiatrique: nombre de patients admis pour tentative de suicide.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques ambulatoires avec proposition de prise en charge ambulatoire. »

Art. 17. Le ministre ayant la Santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Projet de règlement grand-ducal modifiant le 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

Exposé des motifs

L'article 4 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière dispose dans son paragraphe 1^{er} que « *Chaque centre hospitalier dispose au maximum de trois sites hospitaliers et participe au service d'urgence sur un seul de ses sites.* »

Par ailleurs, le même article 4 prévoit dans son paragraphe 7 qu'« *un règlement grand-ducal précise les exigences auxquelles les services d'urgence doivent répondre en ce qui concerne leur équipement et la présence effective ou la disponibilité du personnel médical et soignant, ainsi que les modalités suivant lesquelles ces services assurent la prise en charge des urgences.* »

L'article 10 de la loi du 8 mars 2018 retient encore que des « *normes de services peuvent être précisées pour tous les services hospitaliers qui figurent à l'annexe 2 de la loi et qui ont trait à :*

- 1. l'aménagement, l'organisation générale ainsi que le taux d'occupation du service ;*
- 2. les effectifs médicaux requis, les spécialités médicales concernées, les professionnels de santé et leur dotation ;*
- 3. le niveau de continuité de service à respecter ;*
- 4. l'environnement, l'infrastructure et l'architecture requis sur le site hospitalier abritant le service, dont la disponibilité d'autres services et de compétences médicales et professionnelles extérieures au service ;*
- 5. les procédures, les activités ainsi que les modalités de documentation de l'activité et de l'évaluation des résultats d'activité ;*
- 6. la politique d'admission, de transfert et de sortie de patients.* »

Le 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 vise à établir ces normes et exigences.

Le présent projet de règlement grand-ducal modifie le prédit règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 en tenant compte des travaux de la Plateforme nationale de coordination des urgences qui regroupe notamment les acteurs principaux du terrain et qui vise à mettre en œuvre certaines recommandations retenues dans l'étude sur le fonctionnement des services d'urgences des établissements hospitaliers luxembourgeois, commanditée en mars 2017 par les ministres ayant respectivement la santé et la sécurité sociale dans leurs compétences, et présentée en janvier 2018.

Il prévoit notamment que la garde parallèle pendant la journée des services d'urgences des deux centres hospitaliers à Luxembourg-ville sera opérationnelle à partir du 1er juin 2021, la mise en place dans tous les services d'urgence des centres hospitaliers d'une filière spécifique pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination de même que d'un certain nombre d'indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence.



Projet de règlement grand-ducal modifiant le 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

Commentaire des articles

Article 1^{er}

La date du 1^{er} janvier 2020 est modifiée par celle du 1^{er} juin 2021. En effet, la mise en place de ce nouveau régime de garde présuppose au préalable la réalisation d'un certain nombre de travaux d'infrastructure pour se conformer au règlement grand-ducal et donc de permettre aux deux établissements concernés d'être en mesure d'assurer la garde parallèle.

Il convient d'également rectifier une erreur matérielle à l'article 3 alinéa 2 alors que les termes « se fera » y sont indiqués à deux reprises.

Article 2

Cet ajout correspond à une précision technique alors que les explorations et sutures de plaies pourront être effectuées soit sous anesthésie locale, soit sous anesthésie loco-régionale, qui sont deux techniques médicales différentes.

Par ailleurs, il prévoit que le service d'urgence doit être équipé d'une salle pouvant accueillir des patients suspects d'être atteint d'une pathologie infectieuse à transmission aérienne.

Article 3

Cette disposition vise à corriger une erreur matérielle dans l'énumération en lettres de l'équipement minimal dont chaque service d'urgence doit disposer telle que mentionnée au point 2.1. de l'annexe.

Article 4

Ce nouveau point 3.5. vise à assurer que lorsqu'un hôpital met en place une filière spécifique pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination (point 4.7), le nombre de médecins et de personnel soignant nécessaire à son fonctionnement doit y être affecté par le centre hospitalier. Les moyens y afférents seront mis à disposition par la CNS.

Article 5

Le scanner pourra être installé à proximité immédiate ou au sein-même du service d'urgence.

Article 6

Cette modification est une simplification de la liste des examens devant pouvoir être réalisés au sein d'un service d'urgence.



Article 7

Cette modification est une simple uniformisation de l'utilisation des lettres majuscules et minuscules de l'intitulé de l'outil de triage utilisé.

Article 8

Il est important pour le ministère de la Santé et la Direction de la santé de connaître les critères de déclaration du statut « hôpital sous tension ». En cas d'activation de ce statut, les autres établissements doivent en être avertis afin de pouvoir se préparer à une augmentation temporaire d'activité. De même, le ministère de la Santé et la Direction de la Santé doivent pouvoir être à même d'anticiper certaines situations critiques pouvant impacter l'ensemble du pays, dans le cas où plusieurs établissements se trouvent simultanément « sous tension ».

Article 9

Il s'agit de redresser une erreur matériel car en principe chaque service d'urgence, à l'exception du service national d'urgence pédiatrique, sera composé de six, et non de cinq, filières spécifiques.

Article 10

L'intitulé du score (Identification of Senior at risk) a été supprimé pour s'adapter aux recommandations en vigueur du Conseil scientifique du domaine de la Santé.

L'évaluation gériatrique ne doit pas nécessairement être effectuée aux urgences mais peut être différée en cas d'hospitalisation. Si le choix d'une évaluation en ambulatoire est pris, le rôle central du médecin généraliste doit être introduit dans le texte, car c'est bien souvent lui qui assurera le suivi ultérieur.

Article 11

Une référence au texte de loi applicable, à savoir la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière est introduite dans cet article.

L'Echelle canadienne de Triage et de Gravité (ETG) comprend 5 niveaux, allant du niveau 1 au niveau 5, du plus grave au moins grave. Le terme « réanimation », non adapté aux ETG 3, est à remplacer par celui de « stabilisation ». De plus, le texte actuel implique un transfert systématique de tout enfant ETG 1 à 3 au service national d'urgence pédiatrique, alors que pour une part importante, le recours à la compétence du service national n'est plus justifié après traitement médical adapté assorti d'une surveillance de courte durée. Le but de cette modification est donc de limiter des transports inadaptés vers le service national d'urgence pédiatrique tout en insistant sur la nécessité d'une prise en charge sur chaque site par un pédiatre ou un médecin spécialiste qualifié selon la pathologie présentée.

Article 12

Certaines situations ne justifient pas le recours à l'expertise du médecin psychiatre. Dans ces cas, le médecin urgentiste doit pouvoir garder le pouvoir décisionnel.



Article 13

Cet article précise que chaque établissement doit disposer plan blanc qui définit également une filière spécifique pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination

Article 14

Le terme « courrier de sortie » est remplacé par « résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence ». La notion d'envoi est remplacée par la transmission, le rapport pouvant être transmis par voie électronique ou versé au dossier de soins partagé du patient.

La classification ICPC est adaptée à la caractérisation des motifs de consultations au service d'urgence. L'emploi du terme « dernière version actualisée » est préconisé, car il permet d'éviter une modification du contenu du présent règlement grand-ducal à chaque fois qu'il y a une mise à jour de cette classification.

Articles 15 et 16

Les indicateurs ayant figuré dans la version initiale du règlement grand-ducal étaient incomplets et ne permettaient pas une collecte de données objectives et comparables. La nouvelle liste d'indicateurs introduits dans le règlement grand-ducal permet d'y remédier. Elle a été définie et validée par l'ensemble des membres de la Plateforme nationale de coordination des urgences.



Projet de règlement grand-ducal modifiant le 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

Fiche Financière

Le présent projet de règlement grand-ducal devrait avoir un impact neutre, pour ne pas prévoir de mesure à charge du Budget de l'Etat.



Observations: Les modifications apportées par le projet de règlement grand-ducal au règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 sont indiquées en gras dans le texte coordonné.

Texte coordonné

Règlement grand-ducal modifié 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 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'Etat 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. 1^{er}. 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~~ **centres hospitaliers** de Luxembourg-ville se fera au plus tard le 1^{er} ~~janvier~~ **juin 2020 2021**.



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

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 1^{er} 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.



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 m² 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 **ou locale**.
- 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 monitoring 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.
- p.) Une salle équipée pour l'accueil d'un patient suspect d'être atteint d'une pathologie infectieuse à transmission aérienne, disposant d'un système de filtration d'air de type filtre à particules aériennes à haute efficacité (Hepa) et si possible d'un sas.**

2. Equipements spécifiques

2.1 Equipement 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 monitoring 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 monitoring du rythme cardiaque, dont au moins un mobile (deux défibrillateurs pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- e.) Six poussoirs-seringues pourvus de batteries (quatre poussoirs-seringues pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- f.) Trois appareils permettant le monitoring en continu en O₂ et CO₂, 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.)~~ k.) Un appareil de massage cardiaque (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique).
- ~~q.)~~ l.) Deux plateaux d'intubation classique pour enfants et deux pour adultes (sauf pour le service hospitalier national d'urgence pédiatrique) et vidéolaryngoscope.
- ~~r.)~~ m.) Insufflateurs manuels.
- ~~s.)~~ n.) Du matériel permettant l'accès veineux périphérique, l'accès intra-osseux et vasculaire central.
- ~~t.)~~ o.) Un réchauffeur pour transfusion rapide.
- ~~u.)~~ p.) Un système de couverture chauffante.
- ~~v.)~~ q.) Un appareil de mesure instantanée de l'hémoglobine.



k) r.) 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 Equipement 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) Equipement digital permettant la pratique de la télémedecine 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.

3.5 Personnel supplémentaire stratégique

En cas de mise en place de la filière telle que définie au paragraphe 4.7, le nombre de médecins et de personnel soignant nécessaire à son fonctionnement doit y être mise à disposition par le centre hospitalier.

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'au moins une salle de radiographie standard et d'un scanner d'une proximité directe du dédié 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 1^{er} 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 1^{er} 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 un 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, un scanner ~~thoraco-abdomino-pelvien et un scanner cérébral~~, ainsi qu'une imagerie par résonance 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 au 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 ~~centre~~ ~~établissement~~ hospitalier ~~doit posséder~~ possède un protocole en cas de d'engorgement du service d'urgence et ~~de disponibilité~~ d'indisponibilité de lits d'hospitalisation appelé « Protocole hôpital sous tension » **qu'il transmet pour information au ministre ayant la Santé dans ses attributions, désigné ci-après « le ministre ».** L'activation de ce « Protocole hôpital sous tension » est notifiée aux autres centres hospitaliers et au ministre.



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~~ **six** 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 **gériatrique** à l'aide d'un score internationalement **reconnu par l'infirmier d'accueil et d'orientation (type Score ISAR (Identification of Senior At Risk))** selon les recommandations en vigueur du Conseil scientifique du domaine de la Santé.

Tout patient de plus de soixante-quinze ans dont le score révèle qu'il est à risque doit bénéficier **d'une évaluation par l'équipe gériatrique soit durant son séjour hospitalier, soit programmée à distance en concertation avec le médecin généraliste 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.

Conformément à l'annexe 2 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, une convention entre chaque centre hospitalier et le centre hospitalier hébergeant le service national d'urgence pédiatrique précisant les critères d'admission **et d'orientation entre ces établissements dans ce dernier** doit être rédigée **et**, signée **et transmise pour information au ministre.**

Tout enfant dont le niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité se situe entre un et trois doit **être bénéficier d'un avis par un médecin spécialiste en pédiatrie ou par un autre médecin spécialiste selon la pathologie qu'il présente. L'enfant après réanimation stabilisation est** adressé, ~~après~~ avec accord du médecin receveur, au service national d'urgence pédiatrique dans les plus brefs délais **si son état clinique le justifie, selon les termes de la convention visée à l'alinéa qui précède. ou par défaut, si celui-ci** Si le service national d'urgence pédiatrique ne peut l'accueillir, le transfert se fera vers 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 **ou du médecin urgentiste** 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 / Filière spécifique

Chaque établissement doit disposer d'un plan tel que défini dans le règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques. Ce plan, ci-après désigné par « plan blanc », doit notamment être adapté aux situations suivantes : afflux massif de victimes, accueil et prise en charge de patients contaminés radiologiques ou chimiques, pandémie.



Une filière spécifique est définie dans le plan blanc pour assurer une prise en charge rapide et adaptée de patients suspects de présenter un risque de transfert de contamination. Elle assure la protection du personnel et des autres patients vis-à-vis du risque en mettant en place une séparation par cohortes des patients et du personnel.

Ce plan peut être déclenché selon la nature des événements par le directeur général du centre hospitalier qui en informe le ministre, ou sur décision du ministre ou du Haut-Commissariat à la Protection Nationale.

Le personnel affecté aux urgences doit connaître le fonctionnement du « Plan Blanc » de son établissement, y compris en cas de menace chimique, radiologique, nucléaire et connaître 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 clinique, 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 résumé clinique de la prise en charge du patient au service d'urgence ~~courrier de sortie~~ est envoyé-transmis 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. Le motif de sollicitation du service d'urgence par le patient est codé selon la dernière version actualisée de la classification unique ICPC (« international classification of primary care») de l'Organisation Mondiale de la Santé.

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

Chaque service d'urgence participe à la veille sanitaire **en rapport avec** ~~visant à~~ la protection de la santé **publique** ; ~~il~~ Il recueille et transmet les informations demandées par le ministre



~~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 1^{er} 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.~~

7. Indicateurs d'activité et de processus des services d'urgence

Chaque établissement fournit annuellement au ministre un rapport annuel comportant :

7.1 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 par tranche horaire.

7.2 Le caractère démographique des patients

- Nombre d'enfants de 0 à moins de 3 mois admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 3 mois à moins de deux ans admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 2 ans à moins de 8 ans admis aux urgences par an.
- Nombre d'enfants de 8 ans à moins de 16 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.

7.3 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 patients admis par niveau de priorité de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité par an.

7.4 les indicateurs de processus au et en aval du service d'urgence

- Pourcentage de patients bénéficiant d'un triage par l'infirmière d'accueil et d'orientation endéans 10 minutes.
- Délai moyen entre l'admission et le 1er contact médical selon les 5 degrés d'urgence de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences selon le niveau de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Durée moyenne de séjour aux urgences des patients de plus de 75 ans selon le niveau de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- Délai moyen entre la décision médicale de sortie et la sortie effective du patient du service d'urgence
- Délai d'obtention des résultats de laboratoire.
- Délai d'obtention des compte-rendus d'imagerie médicale.
- Nombre d'hospitalisations et pourcentage par rapport aux admissions.
- Taux mensuel d'occupation des lits-portes.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par médecin par heure.
- Ratio de patients admis au service d'urgence par soignant par heure.

7.5 les indicateurs des filières de prise en charge



- filière AVC: Délai moyen entre l'heure de début des symptômes neurologiques et l'heure d'admission au service d'urgence.
- filière AVC: Délai moyen entre l'heure d'admission au service d'urgence et la thrombolyse.
- filière AVC: Pourcentage de patients de la filière AVC transférés vers la stroke unit de niveau 2.
- filière coronarienne: délai moyen entre l'admission au service d'urgence et la coronarographie.
- filière coronarienne: pourcentage de patients de la filière coronarienne Stemi-positifs transférés à l'INCCI.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans ayant bénéficié d'un scoring de fragilité gériatrique.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière gériatrique: pourcentage de patients de plus de 75 ans avec score de fragilité pathologique bénéficiant d'une demande d'évaluation gériatrique ultérieure.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques transférés au service hospitalier national de pédiatrie selon les 5 degrés de l'Échelle canadienne de Triage et de Gravité.
- filière pédiatrique: pourcentage de patients pédiatriques vus par un médecin spécialiste en pédiatre.
- filière psychiatrique: nombre de patients admis pour tentative de suicide.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques hospitalisés suite au passage au service d'urgence.
- filière psychiatrique: pourcentage de patients psychiatriques ambulatoires avec proposition de prise en charge ambulatoire.
- filière spécifique : Nombre de patients traités dans la filière spécifique
- filière spécifique : Pourcentage de patients vus au service d'urgence traités dans la filière spécifique



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

- filière spécifique : pourcentage de patients hospitalisés suite au passage dans la filière spécifique »