

MJEM

MEDITERRANEAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

Clinical care for sexual assault survivors: the use of a multimedia training tool

Triple rule-out MDCT-angiography for chest pain in emergency room

Analyse qualitative du conseil médical donné par les médecins généralistes et urgentistes du Service d'aide médicale urgente

A disconcerting leg: a case of deep vein thrombosis with negative D-dimers

Cardiac arrest caused by torsades de pointes?

La médecine d'urgence et le droit au Liban

Les urgences médicales en ophtalmologie

Toxicité des cathinones de synthèse

LA MÉDECINE D'URGENCE ET LE DROIT AU LIBAN

Emergency medicine and the law in Lebanon

DIAB N. Emergency medicine and the law in Lebanon. Med Emergency, MJEM 2015; 23:26-32.

Mots clés : Droit, médecine d'urgence, responsabilité médicale, urgentiste

Keywords: Emergency medicine, emergency room physician, law, medical responsibility

ABSTRACT

The Emergency physician always acts in an atmosphere perceived as dramatic by the patient and his family. He has to act quickly in line with the principle of the "Golden Hour" where every single minute counts. In this context of unplanned activity where one tries to predict the unpredictable some good management rules become a must and a set of responsibilities lies with the Emergency room (ER) physician as well as with Emergency departments (ED) in hospitals. This article attempts to review the Lebanese rules and regulations (with some punctual reference to the French Law) applicable to ED in general and ER physicians in particular.

Whilst the practitioner is under the obligation to provide care in line with the rules of the profession and the most recent scientific progress, he needs however to have the required skills to perform this polyvalent specialty and be able to manage complex cases. What is the legal nature of the emergency physician-patient relationship (that is different from the traditional physician-patient relationship) and what are the obligations of the ER physician? We shall try to answer these questions in the light of the Lebanese law and the French comparative Law.

Authors' affiliation:

Correspondent author: Nasri Antoine DIAB, PhD, LL.M

Avocat au Barreau de Paris et de Beyrouth

Professeur des Facultés de Droit

website: www.nad-lawfirm.com

Article history / info:

Category: Continuous education

Previously published: Diab N. Emergency medicine and the law in Lebanon.

Med Emergency, MJEM 2009; 1:53-6.

Revised and Reedited: May 15, 2015



Pr Nasri Diab

Conflict of interest statement:

There is no conflict of interest to declare

RÉSUMÉ

Le médecin urgentiste opère presque toujours dans une ambiance vécue comme dramatique par le patient et sa famille. Il doit agir rapidement, selon le principe de la "Golden hour" dans laquelle chaque minute compte. Dans ce contexte d'activité non programmée, où l'on tente de prévoir l'imprévu, des règles de bonne gestion s'imposent et des responsabilités pèsent aussi bien sur le médecin des urgences que sur les services d'urgences des hôpitaux. Cet article se propose d'exposer la réglementation libanaise (avec renvoi ponctuel aux droits français) applicable au service des urgences en général et au médecin urgentiste en particulier.

Si le praticien est soumis à une obligation de prodiguer des soins conformes aux règles de l'art et des données récentes de la science, encore faut-il qu'il ait les compétences requises par cette spécialité polyvalente pour pouvoir gérer les cas complexes. Quelle est la nature juridique de la relation malade-médecin des urgences (qui est différente de la relation traditionnelle liant le patient à son médecin traitant) et quelles sont les obligations qui pèsent sur ce dernier ? Nous allons tenter de répondre à ces questions à la lumière du droit libanais et du droit comparé français.

INTRODUCTION

En 1936, la Cour de cassation française posait, dans le célèbre arrêt « Epoux Mercier » [1;2], la pierre angulaire de la responsabilité civile du médecin :

« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat, comportant pour le praticien l'engagement, sinon, évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science. La violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».

La relation qui lie le médecin à son patient est de nature contractuelle. L'un comme l'autre se sont librement choisis et ont consciemment conclu un contrat. Celui-ci est l'aboutissement d'un échange de consentements éclairés à l'issue de discussions préalables, d'informations et de conseils donnés au patient. Le médecin est débiteur à l'égard de son patient d'une obligation principale (d'examen, de traitement, d'intervention, etc.) que le législateur libanais, suivant en cela la jurisprudence française, a expressément qualifiée *d'obligation de moyens et non pas de résultat* ; il est en outre débiteur de plusieurs autres obligations plus accessoires telles que la sécurité, l'information, etc., qui sont de plus en plus souvent considérées en jurisprudence comme des obligations de résultat.

Tous ces repères peuvent être remis en cause dans l'exercice de la médecine d'urgences. Les parties ne se sont pas choisies, parfois le médecin intervenant à la demande d'un tiers, le patient peut présenter une altération de la conscience rendant de facto impossible de l'informer pour qu'il puisse exprimer son consentement à cette prise en charge médicale. La prise en charge médicale a lieu à chaud et l'accueil dans l'établissement hospitalier se fait sans contact préalable. Il est alors illusoire de parler de relation contractuelle. L'établissement hospitalier, en tant que support du soin dispensé est aussi un partenaire important de la prise en charge. A ce stade de la réflexion retenons que la relation hôpital-patient est indépendante de la relation que le patient a avec son médecin. L'importance des structures d'urgences a été fortement mise en relief dans la deuxième version des *Accreditation Standards & Guidelines For Acute Hospitals* au Liban. Ce texte a été adopté par le ministère libanais de la Santé publique en 2005 et s'adresse aux établissements hospitaliers (et non pas aux médecins et personnel qui y travaillent). Une section entière du document est consacrée aux *Emergency Room Services (Table 1)* (ER ou Services d'accueil des urgences), évoquant 22 standards de prise en charge introduits par des *guidelines* (recommandations) [3]; le rôle vital du service d'urgence est expressément mis en exergue dans le premier paragraphe de ces recommandations: *« The ER is a vital department within the hospital as it is often the first point of contact for patients prior to admission ».*

Le but de ce travail était de rappeler le contenu des obligations inhérentes au médecin travaillant aux urgences après avoir analysé la nature juridique de la relation qui le lie à son patient, avant de nous pencher sur le contenu des obligations pesant à la charge du premier.

NATURE JURIDIQUE DE LA RELATION DU MEDECIN URGENTISTE AVEC SON PATIENT

L'article 119 du Code des obligations et des contrats [4] (COC) du Liban énonce quatre sources d'obligation pouvant lier un médecin à son patient : la loi, un délit, un enrichissement illégitime ou encore un acte juridique. Ce sont ainsi quatre types de difficultés que pourraient rencontrer le médecin urgentiste dans l'exercice de son art auprès de son patient : dans l'application de la loi, par l'exposition à des délits et des actes illicites, ou encore par l'enrichissement illégitime, voire la réalisation d'actes juridiques à son profit (unilatéraux ou par contrats). Ni la loi ni la jurisprudence ne semblent répondre clairement sur la nature juridique de la relation du médecin urgentiste avec son patient. Quelles pistes de réflexions, pour quelles solutions ?

Les solutions à écarter

- Il n'y a pas de contrat

Il existe une différence de nature entre la relation qui lie de manière plus ou moins durable le médecin non urgentiste à son patient, et celle qui lie, brièvement, le médecin urgentiste au patient avec lequel il n'a, en principe, pas entretenu de relation préalable.

Or, en droit libanais, il est aujourd'hui acquis que la relation qui lie le médecin à son patient est de nature contractuelle. C'est un acte juridique bilatéral, un contrat, qui leur donne des droits et met à leur charge des obligations [5]. Il est également acquis, aux termes de l'article 28 du Code libanais de déontologie médicale [6], que le médecin n'est tenu que d'une simple obligation de moyens à l'égard de son patient, et non pas d'une obligation de résultat. Avec diligence, le médecin doit fournir à son patient le meilleur traitement applicable en l'état actuel des données scientifiques, sans être tenu de le guérir. De manière plus accessoire le médecin est tenu à l'obligation d'information avec obligation de résultat devant pouvoir prouver qu'il a exposé au patient tous les risques afférents au traitement ou à l'intervention projetés [7;8]. En 2004, le législateur libanais a adopté la loi n°574 sur les droits des patients et le consentement éclairé [9] et ce, à la suite du législateur français qui avait adopté un texte similaire en 2002 (loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Ces solutions découlent de l'ordre naturel des choses, puisque hors les cas d'urgences, la relation entre le médecin et le patient s'établit à froid : les deux se choisissent librement, entrent en contact, discutent, s'informent mutuellement, décident des mesures à prendre, en assurent et suivent l'exécution, etc. Les consentements sont échangés entre deux personnes conscientes et éclairées, et se matérialisent dans un contrat, même non écrit.

La définition même de l'urgence médicale suffit à montrer que la situation est tout à fait différente en médecine d'urgence : *« An emergency condition is defined as one that requires immediate attention, which condition would be exacerbated if delayed »* [10]. Dans l'urgence, la liberté de choix, les contacts préalables, l'information et a fortiori la discussion sont particulièrement difficile et parfois ne peuvent avoir lieu. Le patient n'a pas choisi le médecin et l'établissement hospitalier, à l'instar du médecin qui ne choisi ni le patient, ni sa maladie à soigner. Il

est ainsi difficile d'informer un patient présentant des troubles du comportement ou de la conscience, lorsqu'une barrière de la langue est présente ou lorsque les sens sont altérés ou pas encore matures (personnes âgées, nourrisson, etc.) par exemple.

- Il n'y a pas de délit ni d'acte illicite

S'il est donc exclu que la relation urgentiste-patient soit qualifiée de contractuelle, il faut également exclure la qualification de délit ou d'acte illicite (civil). L'article 121 du COC définit le délit comme étant un « *acte par lequel on lèse injustement et intentionnellement les intérêts d'autrui* », et l'acte illicite (quasi-délit) comme un « *acte par lequel on porte atteinte injustement mais non intentionnellement aux intérêts d'autrui* ». Il est difficilement concevable d'assimiler l'intervention du médecin urgentiste à un acte qui lèse le patient, même si la conséquence de cette intervention pourrait s'avérer ultérieurement comme préjudiciable.

- Il n'y a pas d'enrichissement sans cause

Exclusion aussi de l'enrichissement illégitime (ou sans cause) qui est réglementé par les articles 140 et suivants du COC. Ces articles parlent d'enrichissement d'une personne en relation directe avec l'appauvrissement d'une autre sans que ce déséquilibre ne soit justifié par une relation juridique [11]. Ce cas ne trouve pas d'application à la relation du patient avec le médecin urgentiste.

Les solutions qui pourraient être retenues

- L'obligation par la loi

La loi est parfois une source directe d'obligations, comme le prévoit l'article 120 du COC. Sont des obligations légales « *celles qui découlent directement et uniquement de la loi* », rappelant par ailleurs que celles-ci « *naissent en dehors de la volonté des intéressés* ». Pour qu'il y ait une obligation légale, il faut qu'il y ait un texte de loi qui oblige le médecin urgentiste à accueillir le patient en urgences et qui réglemente la relation entre eux ; c'est alors que la loi se substituera, comme source de l'obligation, au contrat qui n'existe pas. A cet effet, deux séries de textes sont à rappeler :

- L'article 564 du Code Pénal punit quiconque qui, « *par négligence* » ou par « *imprudence ou inobservation des lois ou règlements* », aura occasionné la mort d'une personne. L'article 565 prévoit les cas où cette négligence a occasionné une lésion et non pas la mort. L'article 564 a souvent été utilisé par les magistrats libanais pour sanctionner les médecins urgentistes, mais aussi les hôpitaux qui ont refusé de recevoir aux urgences des patients non solvables [12]. Ainsi existe-t-il bien obligation pour le médecin urgentiste de recevoir les patients et de leur prodiguer des soins, cette dernière trouvant sa source directement dans la loi.

- Le second alinéa de l'article 5 du Code de déontologie médicale indique que « *le médecin ne peut pas s'abstenir de répondre à un appel relatif à une situation d'urgences, sauf s'il s'est assuré de l'absence de tout danger imminent pour le patient* ». Ce texte plus spécifique impose au médecin urgentiste une obligation de prise en charge dans un contexte médico-légal fortement suggéré.

- La gestion d'affaires pourrait également être retenue

L'article 149 du COC définit qu'il y a gestion d'affaires « *lorsqu'une*

personne prend sciemment l'initiative de gérer l'affaire d'autrui sans en avoir été chargée et avec l'intention d'agir pour le compte d'autrui ». Le patient qui arrive inconscient aux urgences n'est pas en état de conclure un contrat médical. Il y a été transporté par des connaissances, des secouristes, un bon samaritain ou une personne de confiance au sens l'article 8 de la loi n°574 de 2004. Si la personne de confiance peut juridiquement être qualifiée de mandataire du patient, les autres personnes n'ont aucun lien juridique spécifique avec ce dernier et pourraient être qualifiées de gérants au sens de la gestion d'affaires. Aux termes de l'article 161 du COC, le patient est alors tenu à certaines obligations envers ces gérants et a fortiori envers le médecin urgentiste [13].

LES OBLIGATIONS DU MEDECIN D'URGENCES

Ainsi quatre obligations principales pèsent certainement sur le médecin urgentiste : obligation d'accueil sans discrimination et sans limitation ; Obligation d'opérer un triage ; Obligation de prudence renforcée ; Obligation de documentation.

L'obligation d'accueil sans discrimination et sans limitation

Cette obligation est prévue par l'article 45 du Code de déontologie médicale. Elle stipule la nécessité d'accueillir toutes les personnes qui se présentent à la porte de la structure d'urgence, sans possibilité d'être refusée, sans discrimination et sans limitation. Le septième standard (ER 7) applicable aux services d'urgences exige que ceux-ci soient opérationnels 24 heures sur 24 heures et sans interruption. Le premier paragraphe des recommandations ainsi que le premier standard (ER 1) imposent que la structure d'urgence soit dirigée par un médecin à plein temps spécialisé en médecine d'urgence et assisté par un personnel infirmier qualifié. Le médecin urgentiste ne bénéficie pas de la liberté contractuelle dont jouit le médecin non urgentiste : quand il se trouve au service des urgences, le premier est tenu de prendre en charge tous les malades qui s'y présentent, sans possibilité de choisir ni de refuser. A l'inverse, le médecin non urgentiste jouit d'une entière liberté qui est consacrée de manière sacramentelle par l'article 166 du COC : il peut contracter ou ne pas contracter, comme il peut choisir son cocontractant, donc le patient ; ceci est confirmé au deuxième alinéa de l'article 27 du Code de déontologie médicale : « *Si le médecin accepte de traiter le patient...* », ainsi que dans la première partie de l'article 45 de ce Code qui permet au médecin de « *refuser de s'occuper du patient pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». En revanche, une fois que le médecin accepte de prendre un patient en charge, il n'est plus en mesure de mettre fin à son intervention : il a un devoir de continuité.

L'obligation d'opérer un triage

En France, un très fort accroissement du recours aux structures d'urgences hospitalières a été constaté, tant au niveau des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), qu'aux Antennes d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (ANACOR) au sein des établissements hospitaliers, ainsi que dans

les Services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) [14]. Ceci impose de plus en plus au médecin urgentiste de réaliser un triage, définissant ainsi une deuxième obligation principale à sa charge du médecin urgentiste. Double réalité particulièrement prégnante au quotidien : le médecin urgentiste doit établir des priorités de prise en charge à la porte et au sein de la structure d'urgence, mais ensuite dans l'orientation optimale de son patient dans une filière de soins ultérieure. Pour ce faire, le médecin urgentiste doit tenir compte de l'état de nécessité des patients qui se présentent en même temps. Le second alinéa de l'article 5 du Code de déontologie médicale autorise ainsi le médecin (qu'il soit urgentiste ou non), appelé à assister un malade en situation d'urgences, à s'abstenir de répondre à l'appel « *s'il est retenu par une situation d'urgences d'égale importance* » et a fortiori de plus grande importance. Le médecin urgentiste est ainsi doté d'un pouvoir discrétionnaire très large. Ce pouvoir est toutefois bordé par l'obligation qui lui est faite, dans ce même article, de motiver sa décision de ne pas répondre à l'appel.

A l'issue de la prise en charge en service d'urgence, le médecin urgentiste, respectant l'ordre de priorité de prise en charge des patients doit décider de la filière de soins que doit prendre son patient, vers quel service au sein de l'hôpital il doit l'expédier ou quel médecin non urgentiste il doit immédiatement appeler pour avis. Le deuxième paragraphe des recommandations indique : « *There should be a documented and operational triage system as evidenced by a notated triage indicator in the patient's medical record* ». Dans certains cas, l'orientation peut conduire le médecin urgentiste à adresser le patient à un autre établissement hospitalier plus spécialisé ou mieux équipé. Il faut être alors vigilant à ce que cette décision ne cache pas un refus d'admission dans la structure d'urgence. Il a été constaté en effet que le refus pouvait revêtir plusieurs formes, allant du rejet pur et simple de la demande d'admission dans la structure d'urgence à un transfert secondaire vers un autre établissement après mise en place de mesures de stabilisation minimales. Cette pratique est qualifiée aux Etats-Unis de patient dumping que la jurisprudence et les standards de la Joint commission for accreditation of hospitals (JCAH) considèrent comme générateur de responsabilité [15].

L'obligation de prudence renforcée

Le consentement, qui est à la base de toute relation, n'est donc pas de mise en matière d'urgences médicales écartant ainsi toutes les règles qui en découlent. En premier la validité même de ce consentement bien sûr, mais aussi et surtout du devoir d'information du patient qui se situe normalement « *au centre de la relation médecin-patient* » [16]. Cette obligation d'information a longtemps trouvé sa source en jurisprudence, en l'absence de tout texte normatif. Elle a fini par être consacrée par le législateur libanais au travers de l'article 6 de la loi n°574 de 2004. Celui-ci indique qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement préalable de la personne concernée d'une part, d'autre part que ce consentement doit être donné de manière éclairée. Le consentement doit être obtenu après avoir donné toutes les informations nécessaires, librement et avec la certitude qu'il puisse être retiré à tout moment. Pour les actes médicaux importants, d'autant plus si un délai et l'urgence le permet, le consentement du patient peut être demandé et recueilli par écrit.

Cependant, sont expressément exclues du champ d'application de l'article 2 de la loi n°574 relatif à l'information et de l'article 6 relatif au consentement du patient les situations « *d'urgences et d'impossibilité* », puisque le malade est dans l'incapacité physique de recevoir l'information et d'exprimer sa volonté [17]. Cette solution est également retenue dans deux textes du Code de déontologie médicale : le deuxième alinéa de l'article 3 et le troisième alinéa de l'article 27. Sont de même écartées dans les situations d'urgences et d'impossibilité les dispositions de l'article 9 du Code de déontologie médicale qui soumettent à l'accord de la personne de confiance tout acte médical et thérapeutique qui doit être pratiqué sur la personne dont l'état ne lui permet pas d'exprimer son consentement.

Le médecin urgentiste est donc libéré des obligations pesant à la charge de ses confrères non urgentistes. Son intervention, qui se fait à chaud, ne requiert pas le consentement préalable du patient, ni celle de la personne de confiance nommée le cas échéant par celui-ci ; Dès lors, tout son devoir d'information disparaît. N'ayant pas reçu l'accord du patient, ni sur le choix de sa personne ni sur l'acte médical qu'il préconise, il doit faire montre d'une prudence accrue : ne maîtrisant pas les aléas ou les risques que le patient aurait accepté de prendre consciemment [18] une fois dûment informé, il ne doit faire « *que ce qui est strictement justifié par l'état* » du malade.

L'obligation de documentation

Malgré le contexte d'urgence dans laquelle il travaille, le médecin urgentiste reste tenu à l'obligation de documentation comme rappelé par l'article 16 de la loi n°574 : un dossier médical doit être ouvert pour chaque patient hospitalisé, ceci étant valable pour les structures d'urgences. Quelle que soit la durée de son séjour, le patient doit bénéficier de l'ouverture d'un dossier médical individualisé, détaillé, professionnel et précis comme stipulé dans le sixième paragraphe des recommandations. Pour cela, il est d'usage d'utiliser de documents standardisés afin de faciliter la saisie et le suivi des éléments concernant le patient.

CONCLUSION

Au terme de ce survol, nous constatons que l'outillage législatif et réglementaire en matière médicale s'est beaucoup développé au Liban au cours des dernières années. Bien qu'ils semblent se tenir prudemment à la porte des services d'urgences pour ne prendre en charge le patient qu'après son admission dans les autres services hospitaliers, le législateur et le juge ne manquent pas de jeter un coup d'œil intéressé sur ce qui se passe durant ces quelques minutes d'urgences où, très souvent, le sort du malade se joue.

Le droit et les urgences peuvent cohabiter harmonieusement : ne pouvant plus s'ignorer, ils sont tenus de trouver un modus vivendi dont les premiers bénéficiaires seront les malades et, de manière générale, la qualité des soins.

RÉFÉRENCES

1. Cassation civ., arrêt « Epoux Mercier » du 20 mai 1936, DP 1936, 1, 88, concl. Matter, rapport Josserand, note EP.
2. Terré F, Lequette Y. Les grands arrêts de la jurisprudence civile, Dalloz 2008, 162pp.
3. Décret n°1263 du 4 mars 2005 du ministère de la Santé Publique, Journal Officiel, n°12 du 22 mars 2005, 1097p ; ce décret remplace et annule le décret n°7612 du 9 mars 2002.
4. Article 147 du Code des Obligations et des Contrats.
5. Diab N. La faute médicale en droit libanais. Revue du Barreau de Beyrouth. Ed. Al Adl 2000, 135p.
6. Code libanais de déontologie médicale promulgué par la loi n°288 du 22 février 1994 et amendé par la loi no 240 du 22 octobre 2012.
7. Dorsner-Dolivet A. Un médecin n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande. Note sous Cassation 1re civ., 18 janvier 2000.
8. Joint Certification Program (JCP), 2001, II, 10473.
9. Loi n°574 du 11 février 2004 relative aux droit des patients et au consentement éclairé.
10. Boumil MM, Elias C. The Law of Medical Liability. Ed West Publishing Co 1995; 213p.
11. Guillien R, Vincent J. Lexique des termes juridiques Ed Dalloz 1981; 180p.
12. Juge d'instruction de Tripoli, décision du 22 décembre 1994, cité in N Al Badawi Najjar. Les arrêts de la responsabilité. Ed. Al Mouassassa Al Haditha lil Kitab 1997; 196:302p. (en arabe).
13. Mémeteau G. Cours de droit médical. Ed. Les Etudes Hospitalières 2002; 255p. ; deux arrêts qu'il cite ont été rendus par la Chambre civile de la Cour de cassation, le 17 mai 1939, Ed JCP 1939; 1214. Obs. R.D.
14. Carli P. Urgence extra-hospitalières. Ed Lamy-Droit de la Santé 2002; 347:347-8 et suivants.
15. Dupont M et al. Droit hospitalier. Ed Dalloz 1997; 87.
16. Collège national des enseignants de réanimation médicale. Réanimation et urgences. Ed Masson 2002; 471p.
17. Ducher AL. Vade-mecum de la prévention des problèmes médico-légaux aux urgences. Ed Les Etudes Hospitalières 1999; 7.
18. Belissent J. La prise de risque, l'acceptation de l'aléa est l'un des critères essentiels de la distinction entre l'obligation de résultat et l'obligation de moyens: Contribution à l'analyse de la distinction des obligations de moyens et des obligations de résultat, Ed LGDJ 2001.

Standards of accreditation for Emergency Room Services as published by the Lebanese Ministry of Public Health

ER 1	Emergency Room is directed by a fulltime physician specialized in emergency medicine
ER 2	Emergency department has a resident with not less than five years minimum experience available in the department 24 hours a day
ER 3	A registered nurse qualified by education and training with a minimum of five years experience in the emergency room is supervisor of the department
ER 4	4.1 In a decentralized management system the whereby the emergency department holds personnel files for each individual staff member, the file must contain a signed job descriptions. Or 4.2 In a centralized system the head of each department must retain master copies of all job descriptions relevant to that department 4.3 In both cases personnel files must contain evidence of educational qualifications 4.4 Evidence must be provided that formal performance appraisals have been conducted 4.5 Job descriptions are reviewed regularly 4.6 A documented performance appraisal is conducted in line with the job descriptions
ER 5	5.1 Documented evidence of regular testing of staff competencies specific to roles and responsibilities in the department 5.2 Evidence of all staff in the unit having completed competency testing 5.3 Regular testing of staff competencies 5.4 Evidence of corrective action to ameliorate deficiencies identified following competency testing
ER 6	The emergency room must retain a list of all staff that contains: 6.1 Name 6.2 Contact details 6.3 Designation 6.4 A documented schedule with names and designation outlining 24-hour coverage by the department

Table 1: Standards de l'accréditation des services d'urgence au Liban

Standards of accreditation for Emergency Room Services as published by the Lebanese Ministry of Public Health	
ER 7	7.1 Emergency Room department is organized to provide 24-hour service 7.2 Specialist physicians are available to Emergency Room department on a 24-hour basis 7.3 A current list of physicians, medical specialists or consultants on emergency call is kept posted at all times in the emergency room
ER 8	An appropriately qualified staff member is scheduled to manage triage activities
ER 9	Emergency Crash Cart available. Its contents to include: 9.1 A defibrillator 9.2 Cardiac monitor 9.3 Emergency drugs 9.4 Oral airways of various sizes 9.5 Neonate, pediatric and adult endotracheal tubes 9.6 Resuscitation bag(s) (e.g. Ambu) suitable for pediatric and adult patients 9.7 Laryngoscope with blades of all sizes 9.8 Replacement batteries and bulbs to be available for the laryngoscope 9.9 Backboard 9.10 Documentation that the crash cart is checked every shift by a qualified designated individual duly recorded and signed 9.11 Defibrillator/ monitor are charged at all times
ER 10	Portable cardiac monitor/defibrillator is available for patient transport exclusive of the department crash cart
ER 11	A list of poison antidotes posted in a prominent place in the emergency department available at all times
ER 12	12.1 Emergency Room shall have supportive services available on a 24-hour basis as required e.g. Imaging, Laboratory etc. 12.2 A system to review all imaging by a radiologist within 24 hours and in conjunction with the clinical notes 12.3 Ability to perform acute blood tests and receive results within one hour for: 12.4 Arterial blood gases 12.5 Full blood picture, urea and electrolytes, plasma glucose etc 12.6 Blood levels for common overdose medications/agents 12.7 Coagulation studies
ER 13	13.1 Emergency Room shall have a separate entrance available for the admission of emergencies 13.2 The entrance must be suitably weather protected 13.4 Disabled access is available 13.5 Emergency Room has the ability to provide appropriate isolation facilities within the department
ER 14	Emergency room staff to have documented training every six months in cardiopulmonary resuscitation and the use of the defibrillator
ER 15	A comprehensive policy and procedure manual exists that is specific for the emergency department and the clinical policies and procedures must pertain to emergency department : 15.1 Policies and procedures pertaining to children must be clearly identifiable 15.2 Must be regularly reviewed 15.3 Policies are clearly identified 15.4 Policies and procedures are presented in a hospital wide uniform manner 15.5 The index for the policy and procedure manual is accurate Policies and procedures are provide for but are not limited to the following: 15.6 Emergency patient care services including triage function 15.7 Rapid decontamination of areas potentially infected by infectious patients 15.8 Protection of the dignity and confidentiality of patients being treated in the emergency room 15.9 Early transfer of severely ill or injured patients to special care units and other facilities 15.10 Established protocols for common serious conditions
ER 16	16.1 Documented occupational health and safety procedures which are specific to the emergency room with procedures that aim to reduce the risks identified in this area 16.2 A security alarm bell system linked to a central point is available and operational 16.3 Individual emergency rooms within the department have security alarm bells linked to a central point, where a response can be initiated 16.4 Security staff are immediately available when required in the emergency room 16.5 Security staff must provide evidence of two years experience or training in security activities

Table 1: Standards de l'accréditation des services d'urgence au Liban (suite)

Standards of accreditation for Emergency Room Services as published by the Lebanese Ministry of Public Health	
ER 17	A documented continuing education program exists in emergency medical care for nursing and medical staff
ER 18	18.1 A quality improvement plan that is consistent with the hospital wide QI plan must be developed for this department 18.2 The quality improvement plan to include clinical and non-clinical issues 18.3 It must contain key performance/ indicators that are measurable and realistic and have timelines 18.4 Evidence of continual monitoring of this plan must be available
ER 19	19.1 Emergency Room documentation should be on a specifically designed form and retained in the medical record 19.2 Documented evidence is available in all patients' medical record of triage activity
ER 20	20.1 Appropriate written instructions provided for follow-up care of all Emergency Room patients who are discharged from the ER is available Brochures to be available with respect to information on the care of patients; information is provided for a minimum of the following conditions: 20.2 Asthma 20.3 Febrile conditions 20.4 Cast care 20.5 Head injury 20.6 Typhoid 20.7 Gastroenteritis
ER 21	21.1 Data has been collected and computerized for Emergency Room activities 21.2 Rationale for data collection has been documented 21.3 Documented evidence of planned interventions in response to data analysis 21.4 Audit tools established for the emergency room area 21.5 Audits have been conducted 21.6 Analysis and planned intervention resulting from audits is documented
ER 22	22.1 Nursing staff has appropriate equipment and supplies to meet patient care goals 22.2 Each bed easily accessible for routine and emergency care 22.3 Each bed has a nurse call system to call for emergency assistance 22.4 All UPS electrical outlets are clearly identified 22.5 Department has at least one dedicated computer terminal that is linked to the hospital information system 22.6 Easily accessible, equipped hand washing facilities are available 22.7 There is clean supply area 22.8 There is a dirty utility area 22.9 Access to Emergency Room patient care area is controlled and restricted

Table 1: Standards de l'accréditation des services d'urgence au Liban (suite et fin)