Grille d’autoévaluation de la démarche d’amélioration de la qualité du SAMU



| Critère | Oui | Part[[1]](#footnote-1) | Non | NA[[2]](#footnote-2) |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Management** |  |  |  |  |
| 1.1 Management stratégique |  |  |  |  |
| Le responsable du SAMU avec la direction générale, la direction qualité et gestion des risques de l’établissement et la Commission médicale d’établissement (CME) s’engagent pour assurer le bon fonctionnement du SAMU et le déploiement de la démarche d’amélioration de la qualité des soins |  |  |  |  |
| Un projet de service est défini |  |  |  |  |
| Des politiques y sont définies sur des sujets-clés : |  |  |  |  |
| * accueil et prise en charge des appels
 |  |  |  |  |
| * qualité des soins et sécurité des patients
 |  |  |  |  |
| * droits des patients
 |  |  |  |  |
| * ressources humaines et management des compétences
 |  |  |  |  |
| * qualité de vie au travail et prévention des risques psychosociaux
 |  |  |  |  |
| * système d’information
 |  |  |  |  |
| Un dispositif de gestion des crises est en place |  |  |  |  |
| 1.2 Management de la qualité et de la sécurité des soins |  |  |  |  |
| Une politique qualité pour le SAMU est définie |  |  |  |  |
| Des objectifs d’amélioration mesurables sont définis |  |  |  |  |
| Les responsabilités pour la démarche d’amélioration sont définies |  |  |  |  |
| Le responsable du SAMU s’implique dans la mise en place et le suivi de la démarche d’amélioration |  |  |  |  |
| Des ressources sont dédiées à l’animation de la démarche d’amélioration |  |  |  |  |
| Une cartographie des processus est établie |  |  |  |  |
| Les processus critiques sont identifiés et font l’objet d’une démarche structurée pour en assurer la maîtrise |  |  |  |  |
| Les risques pour les patients sont identifiés et une cartographie en est établie |  |  |  |  |
| 1.3 Management opérationnel |  |  |  |  |
| Un règlement intérieur est établi et sert de référence au fonctionnement du service |  |  |  |  |
| Un médecin responsable du SAMU assure la direction du service |  |  |  |  |
| Le temps de travail en salle de régulation, y compris la gestion des pauses, est organisé |  |  |  |  |
| Les fonctions assurées au sein du CRRA sont définies (*front office*, *back office*, ARM coordinateur, superviseur) |  |  |  |  |
| Il existe une supervision de la salle de régulation pour assurer un bon fonctionnement et apporter un appui aux professionnels (ARM, médecins régulateurs) en charge de la réponse aux appels |  |  |  |  |
| Un pilotage de l’activité est en place sur la base d’un tableau de bord des appels permettant de gérer les flux et d’optimiser la planification des ressources (ARM, médecins) en fonction de la charge d’appels prévisibles |  |  |  |  |
| Les informations en temps réel sur la disponibilité des ressources externes au SAMU nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles (effecteurs, lits d’hospitalisation, plateaux techniques...) |  |  |  |  |
| Les équipes sont mobilisées autour de la démarche qualité et de la gestion des risques |  |  |  |  |
| La qualité du travail en équipe est évaluée et promue |  |  |  |  |
| Des réunions de service sont organisées et l’ensemble des professionnels est incité fortement à y participer |  |  |  |  |
| **2. Activités support** |  |  |  |  |
| 2.1 Gestion des ressources humaines |  |  |  |  |
| Les compétences nécessaires au fonctionnement du SAMU sur les plans qualitatif et quantitatif sont identifiées |  |  |  |  |
| Les effectifs médicaux et non médicaux nécessaires au fonctionnement du SAMU sont définis en prenant en compte le nombre d’appels et ses variations, le recours à des professionnels à temps plein et à temps partiel et les temps d’activité non cliniques |  |  |  |  |
| Il existe un processus de recrutement et d’intégration des professionnels recrutés. Un tutorat et une supervision sont réalisés pour les postes qui le justifient |  |  |  |  |
| Les professionnels bénéficient d’une formation continue et sont engagés dans un développement professionnel continu |  |  |  |  |
| Les problèmes liés à la compétence qui surviennent ou les défauts de compétences des professionnels sont identifiés et font l’objet des mesures correctives adaptéesDes entretiens annuels entre les différents professionnels et leur responsable hiérarchique et/ou fonctionnel sont conduits sous une forme adaptée à la nature du posteUne évaluation des pratiques professionnelles individuelle et en équipe est en placeLe SAMU a défini sa stratégie concernant la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociauxLes salariés sont suivis de façon régulière par le service de santé au travail |  |  |  |  |
| 2.2 Gestion des locaux et infrastructures |  |  |  |  |
| La salle de régulation médicale est exclusivement dédiée et adaptée à cette activité permettant d’intégrer les équipements nécessaires et les éventuels partenaires |  |  |  |  |
| Les locaux répondent aux normes architecturales et sonores ainsi qu’à celles relatives à l’ambiance lumineuse édictées pour les centres d’appels téléphoniques |  |  |  |  |
| Il existe une salle de crise dédiée attenante à la salle de régulation |  |  |  |  |
| Il existe une salle de détente pour les professionnels |  |  |  |  |
| L’accès aux locaux est sécurisé (contrôle d’accès, protection contre l’intrusion) |  |  |  |  |
| 2.3 Gestion du système d’information |  |  |  |  |
| Il existe un schéma directeur du système d’information qui permet la mise en place et l’évolution du système d’information |  |  |  |  |
| Il intègre la perspective de montée en charge du système d’information national SI-Samu |  |  |  |  |
| La gestion du système d’information : |  |  |  |  |
| * fournit les fonctionnalités nécessaires :
 |  |  |  |  |
| * + téléphonie
 |  |  |  |  |
| * + interconnexion entre les différents partenaires
 |  |  |  |  |
| * + gestion des dossiers
 |  |  |  |  |
| * + aide à la décision lors de la prise en charge
 |  |  |  |  |
| * + appui aux processus opérationnels (alertes, reconnaissance des rappels de patients, listes de patients à rappeler)
 |  |  |  |  |
| * + accès aux bases de données (médicaments, intoxications)
 |  |  |  |  |
| * + traçabilité des appels, statistiques
 |  |  |  |  |
| * assure la disponibilité du système d’information
 |  |  |  |  |
| * assure la continuité des activités en cas de panne
 |  |  |  |  |
| * assure la sécurité des données et leur confidentialité
 |  |  |  |  |
| Les modalités d’utilisation du système d’information sont connues des professionnels |  |  |  |  |
| Les règles de recueil des informations et la codification des informations suivent les recommandations des référentiels nationaux (1) |  |  |  |  |
| 2.4 Gestion des ressources financières |  |  |  |  |
| Les ressources financières nécessaires à la conduite de la mission sont identifiées |  |  |  |  |
| Les sources de financement sont identifiées |  |  |  |  |
| Un budget est établi annuellement |  |  |  |  |
| Les différentes unités fonctionnelles du SAMU y sont différenciées |  |  |  |  |
| 2.5 Gestion des relations avec les partenaires |  |  |  |  |
| **Partenaires et réseau des urgences** |  |  |  |  |
| L’établissement siège du SAMU participe au réseau des urgences |  |  |  |  |
| Le SAMU a identifié les partenaires opérationnels pour l’exercice de ses missions |  |  |  |  |
| Il existe des conventions avec les partenaires-clés notamment : |  |  |  |  |
| * les SAMU limitrophes (convention entre son ES et l’ES siège du SAMU limitrophe)
 |  |  |  |  |
| * les SMUR de son territoire (convention entre son ES et l’ES siège du SMUR)
 |  |  |  |  |
| * les sociétés de transport sanitaire privées agréées par l’ARS
 |  |  |  |  |
| * le service d’incendie et de secours (référentiel national décliné en fonction des spécificités territoriales)
 |  |  |  |  |
| Le SAMU dispose de médecins correspondants du SAMU permettant d’agir dans les secteurs qui le nécessitent |  |  |  |  |
| Le SAMU dispose des listes de garde des médecins participant à la PDSA, des localisations et des horaires d’ouverture des maisons médicales |  |  |  |  |
| Il existe des échanges d’information avec les partenaires, des réunions communes régulières assurant mobilisation et coordination |  |  |  |  |
| **Filières de prise en charge et réseau de soins** |  |  |  |  |
| Les filières sur le territoire sont identifiées |  |  |  |  |
| Les filières de prise en charge des patients sur le territoire sont identifiées notamment pour les situations clés suivantes : |  |  |  |  |
| * accident vasculaire cérébral
 |  |  |  |  |
| * maladie coronarienne
 |  |  |  |  |
| * traumatologie grave
 |  |  |  |  |
| * arrêt cardio-respiratoire
 |  |  |  |  |
| Des accès directs dans les services sans passage par les urgences sont prévus dans ces situations |  |  |  |  |
| **3. Activités opérationnelles** |  |  |  |  |
| 3.1 Processus de traitement des appels avant le décroché |  |  |  |  |
| Un processus de traitement des appels avant le décroché est défini et permet une préqualification de l’appel et un traitement priorisé des situations d’urgence |  |  |  |  |
| 3.2 Processus de gestion du flux d’appel |  |  |  |  |
| Les variations prévisibles des flux d’appels sont anticipées et sont prises en compte dans la planification des ressources humaines |  |  |  |  |
| L’activité du CRRA est suivie en temps réel et des modalités d’adaptation des ressources humaines aux pics d’activités sont mises en œuvre dans la mesure du possible |  |  |  |  |
| 3.3 Processus de réception des appels et décision initiale |  |  |  |  |
| Le taux de charge, le taux d’accueil des appels et la qualité de service sont mesurés et donnent lieu si besoin à des actions d’amélioration |  |  |  |  |
| L’adéquation entre le taux de charge et le niveau d’activité de la régulation est évaluée |  |  |  |  |
| Les décisions de régulation médicale sont prises ou validées par le médecin régulateur |  |  |  |  |
| Les délais de réponse aux appels dans les cas d’urgence vitale sont mesurés et donnent lieu si besoin à des actions d’amélioration |  |  |  |  |
| Des protocoles de régulation médicale sont définis pour les situations qui le nécessitent (*cf.* liste p 53 et 54) |  |  |  |  |
| Les patients ayant raccroché lors du passage de l’appel de l’ARM au médecin sont rappelés |  |  |  |  |
| La traçabilité de l’intervention du médecin régulateur, de sa prise de décision ou de sa validation de la régulation médicale est assurée dans le dossier de régulation médicale |  |  |  |  |
| 3.4 Processus d’engagement de moyens, d’acheminement, de prise en charge et bilan des effecteurs |  |  |  |  |
| Le SAMU a une connaissance actualisée des effecteurs disponibles sur son territoire |  |  |  |  |
| Une coordination ambulancière est en place au sein du SAMU |  |  |  |  |
| Des mesures sont mises en place pour fiabiliser l’envoi des moyens (vérification de la réception de la demande, vérification du départ, alertes informatique…) |  |  |  |  |
| Les délais de départ et d’acheminement des effecteurs sont mesurés et donnent lieu si besoin à des actions d’amélioration |  |  |  |  |
| Les effecteurs envoyés peuvent être géolocalisés |  |  |  |  |
| Les modalités de réalisation des bilans sont définies en lien avec les effecteurs |  |  |  |  |
| Des moyens permettant la facilitation de la réception des bilans sont en place |  |  |  |  |
| Une alerte présente dans le système d’information permet d’informer de la non-réception d’un bilan dans le délai imparti |  |  |  |  |
| 3.5 Processus d’orientation du patient |  |  |  |  |
| Les modalités d’analyse des bilans des effecteurs sont définies |  |  |  |  |
| Une approche proactive du SAMU permet de connaître en temps réel les moyens d’hospitalisation disponibles |  |  |  |  |
| Des filières de prises en charge sont définies au moins pour certaines situations cliniques (accident vasculaire cérébral, syndrome coronarien aigu ST+, arrêt cardiorespiratoire, traumatisme grave) avec une entrée directe dans les services |  |  |  |  |
| L’orientation des patients dans ces filières de prise en charge fait l’objet d’un suivi et si besoin d’actions d’amélioration |  |  |  |  |
| Les préférences du patient sont prises en compte dans le choix du lieu d’hospitalisation |  |  |  |  |
| Les lieux d’accueil sont prévenus de l’arrivée du patient et le dossier de régulation médicale est transmis |  |  |  |  |
| 3.6 Processus de transport et suivi de l’admission |  |  |  |  |
| Les modalités de surveillance du patient pendant le transport par les effecteurs sont définies, connues des effecteurs et leur application est évaluée |  |  |  |  |
| Les difficultés de repérage du lieu d’accueil du patient sont identifiées, font l’objet d’un suivi et si besoin d’actions d’amélioration |  |  |  |  |
| Le suivi du transport et de l’admission du patient est assuré par le SAMU |  |  |  |  |
| 3.7 Processus de rappel des patients non pris en charge par un effecteur |  |  |  |  |
| Une réflexion partagée au sein du SAMU a permis de définir les situations qui doivent conduire à un rappel des patients |  |  |  |  |
| Les médecins régulateurs précisent la nécessité et les modalités du rappel lorsque ce rappel est indiqué pour un patient |  |  |  |  |
| Les patients pour lesquels le médecin régulateur a mentionné l’indication d’un rappel sont rappelés selon les modalités définies |  |  |  |  |
| Le système d’information dispose de fonctionnalités facilitant le rappel des patients (listes de patients à rappeler, alertes en cas d’oubli de rappel, clôture impossible d’un dossier pour lequel un rappel est prévu, etc.) |  |  |  |  |
| 3.8 Critères s’appliquant à l’ensemble des processus opérationnels |  |  |  |  |
| Les processus opérationnels sont décrits et font l’objet de procédures en rapport |  |  |  |  |
| Des protocoles spécifiques sont en place pour les situations qui le nécessitent |  |  |  |  |
| Les procédures et protocoles sont connus des professionnels |  |  |  |  |
| Le fonctionnement des processus et le respect des procédures sont évalués |  |  |  |  |
| Il existe une démarche de réflexion éthique collégiale au sein du SAMU |  |  |  |  |
| Il existe une démarche d’équipe sur le respect des droits des patients |  |  |  |  |
| Il existe une démarche de réflexion sur le libre choix du patient |  |  |  |  |
| La confidentialité des informations concernant le patient et la préservation du secret professionnel sont assurées |  |  |  |  |
| L’accès du patient à son dossier médical et à l’ensemble des informations concernant sa santé est organisé |  |  |  |  |
| La Commission des usagers est associée à toute démarche concernant les droits des patients |  |  |  |  |
| Des dispositions sont en place pour assurer la traçabilité des appels et la bonne tenue des dossiers |  |  |  |  |
| La validation des dossiers de régulation médicale permet de s’assurer que la prise en charge du patient par le SAMU est complète |  |  |  |  |
| **4. Évaluation et amélioration** |  |  |  |  |
| 4.1 Stratégie globale d’évaluation du fonctionnement du SAMU |  |  |  |  |
| Le SAMU a défini les objectifs prioritaires et les modalités qu’il choisit d’utiliser pour évaluer la qualité et la sécurité des soins |  |  |  |  |
| 4.2 Indicateurs |  |  |  |  |
| Les indicateurs nécessaires au pilotage de la qualité du SAMU sont définis, recueillis et font l’objet d’un tableau de bord |  |  |  |  |
| Les indicateurs sont définis et analysés en équipe |  |  |  |  |
| Les objectifs sont fixés en équipe de manière graduelle |  |  |  |  |
| 4.3 Gestion des risques |  |  |  |  |
| Les risques pouvant survenir au SAMU sont identifiés |  |  |  |  |
| Le SAMU dispose d’une cartographie des risques |  |  |  |  |
| Les modalités de déclaration des événements indésirables sont définies et connues des professionnels |  |  |  |  |
| Les événements indésirables font l’objet de déclarations selon les modalités définies |  |  |  |  |
| Certaines situations prédéfinies (*triggers*) font l’objet d’une recherche d’événements indésirables ou de problèmes survenus dans la prise en charge |  |  |  |  |
| Les plaintes et réclamations sont prises en compte pour identifier les événements indésirables |  |  |  |  |
| Les déclarations d’événements indésirables font l’objet d’une analyse et de mesures correctives |  |  |  |  |
| Une revue de mortalité et de morbidité est conduite dans les situations qui le nécessitent |  |  |  |  |
| Les événements indésirables graves qui le nécessitent sont déclarés au niveau de l’établissement siège du SAMU puis sur le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables |  |  |  |  |
| 4.4 Évaluation de la satisfaction et de l’expérience des patients |  |  |  |  |
| Les modalités d’évaluation de la satisfaction et de l’expérience des patients sont définies et mises en œuvre |  |  |  |  |
| 4.5 Évaluation des pratiques professionnelles |  |  |  |  |
| Les modalités d’évaluation des pratiques professionnelles sont définies |  |  |  |  |
| Elles comportent des réécoutes d’enregistrements anonymisés, des évaluations de dossiers de régulation anonymisés |  |  |  |  |
| 4.6 Synthèse et pilotage |  |  |  |  |
| **Autoévaluation de l’organisation et du système de management de la qualité** |  |  |  |  |
| L’organisation et le système de management de la qualité et de la sécurité en place au SAMU font l’objet d’une autoévaluation ou d’un audit interne de façon régulière |  |  |  |  |
| **Revue de direction** |  |  |  |  |
| Une revue de direction qui permet une étude systématique de l’efficacité du système de management de la qualité en place est conduite régulièrement et au moins annuellement |  |  |  |  |
| **Plan d’action d’amélioration** |  |  |  |  |
| Des actions de résolution de problèmes et/ou d’amélioration sont en place sur la base des résultats d’évaluation et des différentes sources de retour d’expérience |  |  |  |  |
| L’ensemble des résultats d’évaluation conduit à la mise en œuvre d’actions d’amélioration |  |  |  |  |
| Un plan d’action d’amélioration régulièrement mis à jour est en place et fait l’objet d’un suivi régulier de son avancement |  |  |  |  |

Cet outil est issu du guide méthodologique SAMU : amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
Toutes nos publications sont téléchargeables sur[**www.has-sante.fr**](http://www.has-sante.fr)

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Octobre 2020

1. Partiellement [↑](#footnote-ref-1)
2. Non applicable [↑](#footnote-ref-2)