
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE
METHODOLOGIQUE

**SAMU : améliorer
la qualité et la
sécurité des soins**

Descriptif de la publication

Titre	SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins Guide méthodologique
Méthode	Cadrage approuvé par le sous-comité qualité-SAMU du Conseil national de l'urgence hospitalière et validé par le Collège de la HAS. Phase préparatoire - recherche documentaire et analyse de la littérature ; - visites de SAMU et entretiens avec des responsables de SAMU ; - réalisation d'une enquête de pratique en partenariat avec la Société Française de Médecin d'Urgence (SFMU) et Samu-Urgences de France (SUdF). Phase d'élaboration - trois réunions d'un groupe de travail pluriprofessionnel associant des représentants des usagers ; - soumission à un groupe de lecture avec deux composantes : experts et parties prenantes puis prise en compte des remarques. Validation par le Collège de la HAS.
Objectif(s)	Permettre aux SAMU d'améliorer de façon continue la qualité des prises en charge des patients bénéficiant de la régulation médicale. Réduire les risques de survenue des événements indésirables graves touchant les patients.
Cibles concernées	Équipes opérationnelles des SAMU dans leurs différentes composantes professionnelles (assistants de régulation médicale, médecins régulateurs de l'aide médicale urgente, médecin régulateurs généralistes, superviseur de la salle de régulation...), des équipes de management des SAMU et des établissements de santé, des professionnels de la qualité et de la gestion des risques des SAMU et des établissements de santé.
Demandeur	Ministre des Solidarités et de la Santé.
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS).
Pilotage du projet	Dr Vincent MOUNIC et Dr Valérie LINDECKER-COURNIL.
Recherche documentaire	Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste et Mme Laurence FRIGERE, aide-documentaliste.
Auteurs	Groupe de travail.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Directeurs	Dr Catherine GRENIER, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS).
Validation	Collège de la HAS - prévue le 1 ^{er} octobre 2020.

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – service Communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – octobre 2020

Sommaire

Préambule	6
L'essentiel	8
1. Introduction	9
1.1. Les services d'aide médicale urgente	9
1.2. Enjeux de qualité et de sécurité des soins au sein des SAMU	10
1.3. Objectifs du guide	11
1.4. Périmètre du guide	12
2. Démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des SAMU	13
2.1. Management	14
2.1.1. Management stratégique	14
2.1.2. Management de la qualité et de la sécurité des soins	17
2.1.3. Management opérationnel	24
2.2. Fonctions support	29
2.2.1. Gestion des ressources humaines	29
2.2.2. Gestion des locaux et des infrastructures	33
2.2.3. Gestion du système d'information	34
2.2.4. Gestion des ressources financières	38
2.2.5. Gestion des relations avec les partenaires	39
2.3 Activités opérationnelles au service des patients et des usagers	45
2.3.1 Présentation générale des processus opérationnels	45
2.3.2 Maîtrise des processus opérationnels	46
Fiche n° 1 : processus de traitement des appels avant le décroché	47
Fiche n° 2 : processus de gestion du flux d'appel	52
Fiche n° 3 : processus de réception des appels, décision initiale et orientation du patient	55
Fiche n° 4 : processus d'engagement de moyens, d'acheminement, de prise en charge et bilan des effecteurs	64
Fiche n° 5 : processus de prise en compte du bilan des effecteurs et d'orientation du patient	70
Fiche n° 6 : processus de transport et suivi de l'admission	73
Fiche n° 7 : processus de suivi des patients après conseil médical	76

2.3.3	Dimensions communes à l'ensemble des processus	78
2.4.	Évaluation et amélioration	82
2.4.1.	Objectifs et moyens de l'évaluation du SAMU	82
2.4.2.	Indicateurs	83
2.4.3.	Gestion des risques	83
2.4.4.	Évaluation de la satisfaction et de l'expérience des patients	88
2.4.5.	Évaluation des pratiques professionnelles	89
2.4.6.	Certification de l'établissement de santé	93
2.4.7.	Synthèse et pilotage	93
3.	Outils	96
3.1.	Outil n° 1 : grille d'autoévaluation de la démarche d'amélioration de la qualité en place	96
3.2.	Outil n° 2 : grille d'analyse pour la réécoute d'un enregistrement d'appel dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles	105
	Références bibliographiques	109
	Participants	113
	Abréviations et acronymes	116

Préambule

L'élaboration de ce guide s'inscrit dans le cadre du plan d'action national pour l'amélioration de la qualité dans les services d'aide médicale urgente (SAMU) mis en place par la ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2018.

L'évolution du recours au SAMU au cours de la dernière décennie, son rôle dans le parcours de soins des patients et les événements indésirables graves survenus récemment rendent essentielle la consolidation de la politique qualité et sécurité des SAMU engagée par les professionnels.

Le contenu du guide

Ce guide traite de la régulation médicale des appels reçus par les centres de réception et de régulation des appels (CRRRA). Il traite de la réponse aux appels de demande de soins à l'exclusion de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Il propose une structuration de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des SAMU établie avec les professionnels concernés. Il se fonde sur les nombreux travaux élaborés depuis quelques années par la profession (1-4) et les recommandations antérieures de la HAS (5).

La cible et les modalités d'utilisation du guide

Ce guide s'adresse à l'ensemble des acteurs qui ont un rôle dans la qualité des soins dispensés par les SAMU :

- les professionnels des SAMU : responsable du SAMU, responsable qualité, superviseur, médecin régulateur, assistant de régulation médicale, coordonnateur ambulancier ;
- les professionnels des établissements sièges de SAMU : gouvernance, directions qualité, coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins.

Il aborde un ensemble de sujets de nature différente qui ont tous pour but d'apporter l'information utile pour la mise en place ou la consolidation d'une démarche d'amélioration dans les SAMU.

Chaque lecteur, selon son objectif, son rôle au SAMU et son implication dans la démarche qualité, pourra privilégier la lecture de certaines sections et y accéder directement.

L'équipe du SAMU et l'établissement pourront notamment choisir de progresser par étapes. Une utilisation pertinente du guide peut consister à réaliser une première étape d'autoévaluation à l'aide de l'outil n°1 puis, en fonction du diagnostic établi, à se référer aux chapitres concernés du guide et aux fiches opérationnelles pour conduire les actions d'amélioration.

L'attention du lecteur est attirée sur plusieurs points

– Le caractère évolutif du sujet traité

Le fonctionnement du SAMU sera amené à évoluer dans le cadre de la création annoncée du service d'accès aux soins (SAS). Si ce guide a été réalisé sur la base de l'existant, il constitue une « brique méthodologique » essentielle pour le nouveau service. Des ajustements pourront être nécessaires pour prendre en compte la nouvelle organisation.

Des innovations apparaissent régulièrement dans le domaine de la régulation médicale (nouveaux flux d'informations comme la vidéo ou Internet, intelligence artificielle...). Le guide pourra être actualisé périodiquement pour prendre en compte ces évolutions.

– La nécessité d'adapter les préconisations au contexte local

Ce guide formule des propositions pour mettre en place une démarche d'amélioration. Il ne constitue pas un recueil d'exigences minimales. En effet, plusieurs éléments nécessitent une mise en œuvre progressive et la définition d'un cheminement propre à chaque SAMU au regard de la complexité des organisations et des étapes nécessaires à l'installation d'une démarche et d'une culture d'amélioration. Ainsi, appartient-il à chaque SAMU de construire son projet en identifiant ses besoins, ses objectifs, pour mettre en place une démarche d'amélioration dont la maturité se construira progressivement et devra être suivie et évaluée.

– Les organisations et les ressources adaptées

Certaines cibles en termes de qualité sont dépendantes des ressources et des organisations en place : rapidité du décroché de tous les appels, qualité de la prise de décision, qualité de l'analyse des bilans, rappel des patients, approche réflexive sur la pratique, qualité de la prise en charge globale et satisfaction des patients. Plusieurs éléments sont identifiés comme déterminants pour le développement de la qualité des soins :

- une organisation performante du centre de régulation médicale (prévision d'activité, planification, pilotage opérationnel...) ;
- des ressources humaines adaptées en termes d'effectifs, de compétence et de formation ;
- des systèmes d'information et des logiciels de régulation performants, intégrant les différentes innovations ;
- une bonne information du public, facteur d'une bonne utilisation de ce système.

L'essentiel

S'appuyer sur une démarche qualité structurée et un travail en équipe pluriprofessionnelle

- ➔ Développer une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pilotée par le médecin responsable et le responsable qualité du SAMU, s'appuyant sur une équipe engagée et soutenue par l'établissement avec une cartographie des processus établie.
- ➔ Promouvoir le travail en équipe pluriprofessionnelle formée aux compétences techniques et non techniques en étant attentif à la qualité de vie au travail et à la prévention des risques psychosociaux.
- ➔ Consolider le fonctionnement des relations avec les partenaires (dont les effecteurs).

Chapitre 2.1
Management

+

Chapitre 2.2
Fonctions
support

Faciliter la gestion de tous les appels

- ➔ Anticiper la variabilité du flux d'appels et s'adapter en temps réel pour assurer la qualité du « décroché » en suivant des indicateurs-clés.
- ➔ S'approprier les innovations des systèmes d'information et de téléphonie avancée pour faire progresser la qualité de la régulation médicale.

Chapitre 2.3
Fiches n° 1 et
n° 2

Harmoniser les pratiques professionnelles

- ➔ Sécuriser la prise en charge d'un appel par le binôme ARM-médecin régulateur sous la responsabilité du médecin régulateur.
- ➔ Assurer au patient son orientation dans un parcours de soins adapté à sa situation.

Chapitre 2.3
Fiches n° 3 à
n° 7

Évaluer pour progresser

- ➔ Disposer d'indicateurs et de tableaux de bord pour piloter la qualité et adapter les ressources.
- ➔ Évaluer les pratiques, notamment par la réécoute des appels anonymisés.
- ➔ Développer le retour d'expérience et la culture de sécurité par l'analyse des événements indésirables identifiés par les déclarations et par les *triggers*.
- ➔ Définir et mettre en œuvre les modalités d'évaluation de la satisfaction des usagers.

Chapitre 2.4
Évaluation et
amélioration

1. Introduction

1.1. Les services d'aide médicale urgente

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) sont des services hospitaliers qui ont pour mission de service public de recevoir et traiter dans les conditions optimales les appels d'urgence médicale¹. Un numéro d'appel national unique est en place depuis 1978, le « 15 ». Il y a 105 SAMU au total en France.

La régulation médicale, un acteur essentiel du parcours de soins

Les SAMU occupent une place essentielle dans le système des urgences en France en prenant en charge à la fois les appels relevant de l'aide médicale urgente et ceux relevant des demandes de soins non programmés et en orientant les patients dans la meilleure filière de soins. En effet, le choix a été fait de mettre en place un dispositif de « régulation médicale en initiateur du parcours de soins ». Les médecins régulateurs interviennent dès la demande en urgence d'un patient afin de qualifier la demande et d'agir en conséquence (2). Ce système permet à tout appelant de bénéficier gratuitement de l'accès à un avis médical.

La régulation médicale est assurée par des médecins régulateurs de l'aide médicale urgente qui traitent prioritairement les appels relatifs à l'aide médicale urgente, et par des médecins régulateurs généralistes. Les médecins régulateurs généralistes, libéraux le plus souvent, assurent la régulation médicale des appels de demande de soins non programmés de médecine générale lors des périodes dites de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou sur des périodes plus larges (5) ; ils peuvent exercer, selon les organisations locales, soit sur place, soit de façon délocalisée. L'acte de régulation médicale est un acte de télémedecine².

Un centre de réception et de régulation des appels

Le « SAMU-Centre 15 » (SAMU dans la suite du guide) désigne le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) et tous les acteurs qui lui sont rattachés au sein d'une même plateforme : régulation de médecine d'urgence et, selon les cas, régulation de médecine générale sur place ou délocalisée, coordination ambulancière, régulation spécialisée (centres antipoison et de toxicovigilance, réseau de périnatalité...), ... (1).

Le CRRRA reçoit les appels au 15 et, selon les organisations locales, les appels qui y sont redirigés (cf. tableau n° 1).

¹ Code de santé publique Art L. 6311-1, L. 6311-2, R. 6311-1 à R. 6311-5. <http://www.legifrance.gouv.fr>.

² Article R. 6316-1 du CSP

Tableau n° 1 : numéros d'appel pris en charge par le SAMU (selon organisations locales)

Numéro	Fonction	Remarques
15	Numéro d'appel du SAMU	
112	Numéro général d'appel d'urgence européen	Attribué, en fonction des départements, soit au service d'incendie et de secours, soit au SAMU
116 117 ou Numéro à 10 chiffres	Permanence des soins ambulatoires	116 117 dans certaines régions uniquement Numéro à 10 chiffres variable en fonction de la région
Numéro à 10 chiffres	Centre antipoison et de toxicovigilance	Numéro variable en fonction de la région Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
115	SAMU Social	Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
Numéro à 10 chiffres	Téléassistance aux personnes âgées	Numéro variable en fonction de la région Reçu par un professionnel spécifique quand pris en charge au SAMU
Numéros à 10 chiffres	Numéros d'appel du SAMU	Des numéros d'appel spécifiques sont mis à disposition pour fournir un accès direct au SAMU. Des lignes sont ainsi dédiées au centre de traitement des appels des pompiers, aux services médicaux de garde, aux autres SAMU, au Centre national relais 114 (sourds et malentendants), à la préfecture...

Des secteurs d'activité à risque

La nature et le volume de leur activité font des SAMU des secteurs d'activité à risque :

- la nature de l'activité fait que le SAMU doit être à même de répondre à des situations extrêmement variées dans un contexte d'incertitude (exercice à distance, informations incomplètes sur le contexte, potentiel évolutif de la situation clinique...) et de contraintes temporelles fortes (urgence) ;
- le volume d'activité a fortement augmenté depuis 10 ans.

1.2. Enjeux de qualité et de sécurité des soins au sein des SAMU

Les enjeux de qualité et de sécurité des soins actuels au sein des SAMU sont les suivants :

- prendre en charge dans des délais adaptés un nombre croissant d'appels et ainsi assurer l'accessibilité à ce service et aux soins ;
- apporter une réponse de qualité à chacun des appels, notamment prendre une décision adaptée au réel besoin du patient, dans les meilleurs délais, sans perte de chance en cas d'urgence vitale ;
- orienter les patients dans les filières de soins les plus adaptées avec un impact sur la prise en charge des patients et sur la bonne utilisation des ressources du système de santé ;

- mettre en place des équipes et des « organisations hautement fiables » via un travail en équipe, le développement continu des compétences, une organisation du travail et une politique relative à la qualité de vie au travail dans un contexte de pénibilité lié aux multiples contraintes : continuité de service imposant du travail posté et du travail de nuit, activité d'urgence avec enjeu sanitaire, charge de travail, travail en centre d'appels (6) ;
- agir dans un environnement complexe avec intervention de nombreux partenaires ;
- intégrer le développement de systèmes d'informations de plus en plus performants, notamment le déploiement du système d'information national SI-Samu, développé par l'Agence du numérique en santé (ANS).

L'analyse des événements indésirables survenus dans la période récente (7, 8) permet d'identifier les processus et les situations à risque correspondant aux priorités d'action, notamment :

- le processus de réponse à un appel de demande de soins avec comme situations à risque :
 - la disponibilité des professionnels en charge de la réponse aux appels permettant une réponse pertinente dans des délais adaptés : assistants de régulation médicale (ARM), médecins,
 - la qualification des situations par l'équipe ARM + médecin,
 - la transmission de l'appel de l'ARM au médecin ou la transmission des éléments de l'appel de demande de soins de l'ARM au médecin,
 - la traçabilité des actions dans les dossiers (flux d'appels, nombreux échanges par téléphone...) ;
- les procédures et protocoles en vigueur au sein des SAMU :
 - la conformité des procédures aux recommandations existantes,
 - le respect des procédures ;
- la qualité du travail en équipe et de la communication au sein de l'équipe ;
- la formation et le développement des compétences des professionnels ;
- le processus de déclaration et d'analyse des événements indésirables indispensable pour améliorer la fiabilité d'une organisation qui gère des millions d'appels ;
- le processus de gestion des plaintes et des réclamations ainsi que l'évaluation et la prise en compte de la satisfaction des usagers.

C'est pour répondre à ces enjeux qu'une démarche d'amélioration de la qualité des soins au sein des SAMU est nécessaire. Cette démarche doit se focaliser sur les enjeux prioritaires identifiés ci-dessus. Conscients de leur importance, les organisations professionnelles ont engagé un travail dans cette voie en élaborant un référentiel-guide d'évaluation en 2015 (1), puis des propositions qui confirment cette volonté en 2018 (3).

1.3. Objectifs du guide

L'objectif principal du guide, en aidant les SAMU à mettre en place ou renforcer leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, est :

- de permettre aux SAMU d'améliorer de façon continue la qualité des prises en charge des patients bénéficiant de la régulation médicale : détermination et déclenchement de la réponse la plus adaptée dans les meilleurs délais ;
- et ainsi de réduire les risques de survenue des événements indésirables graves touchant les patients, liés à la régulation médicale exercée par les SAMU.

Le guide a pour objectifs opérationnels de :

- présenter les éléments structurants d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, fondée sur les meilleures pratiques constatées dans les SAMU, élaborée avec les professionnels et partagée entre eux ;
- fournir des outils facilitant la mise en œuvre concrète de cette démarche d'amélioration.

L'approche retenue permet :

- une mise en œuvre par les SAMU, quel que soit leur stade d'avancement dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins ;
- une préparation des SAMU à la certification de l'établissement par la HAS ; en effet, le guide expose les éléments d'une démarche d'amélioration de façon plus précise que ce que permet un référentiel de certification ; les attentes de la certification sont couvertes par la démarche exposée dans le guide (cf. 2.4.6) ;
- une préparation à d'éventuelles démarches ultérieures complémentaires. Par exemple, les propositions des organisations professionnelles de juillet 2018 identifient la certification selon la norme NF EN ISO 9001 comme une cible à atteindre (3).

1.4. Périmètre du guide

Le périmètre du guide est le SAMU-Centre 15 dans son activité de régulation médicale. Il inclut la prise en charge des appels, la prise de décision et le suivi de la régulation médicale effectuée.

Il concerne la régulation exercée à la fois par les médecins régulateurs de l'aide médicale urgente et par les médecins régulateurs généralistes.

N'entrent pas dans le périmètre des sujets traités par le guide :

- la gestion des situations sanitaires exceptionnelles et la mise en place des dispositifs prévisionnels de secours qui représentent un sujet spécifique objet de publications spécifiques récentes (9) ainsi que les secours liés aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques (NRBC) ;
- les activités d'intervention du SMUR³ ;
- les activités d'éducation sanitaire, de prévention et de recherche exercées par les SAMU, ainsi que l'activité des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) et autres centres de formation ;
- les missions spécifiques exercées par certains SAMU telles que la régulation médicale des secours maritimes, secours en montagne, secours aéronautiques.

³ En revanche, les SMUR sont concernés comme effecteurs du SAMU au même titre que les différents partenaires du SAMU (services d'incendie et de secours, sociétés de transport sanitaire agréées, associations de secouristes...).

2. Démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des SAMU

La description de la démarche d'amélioration de la qualité des soins dans ce guide se fera en référence à la cartographie des processus suivante (figure 1).

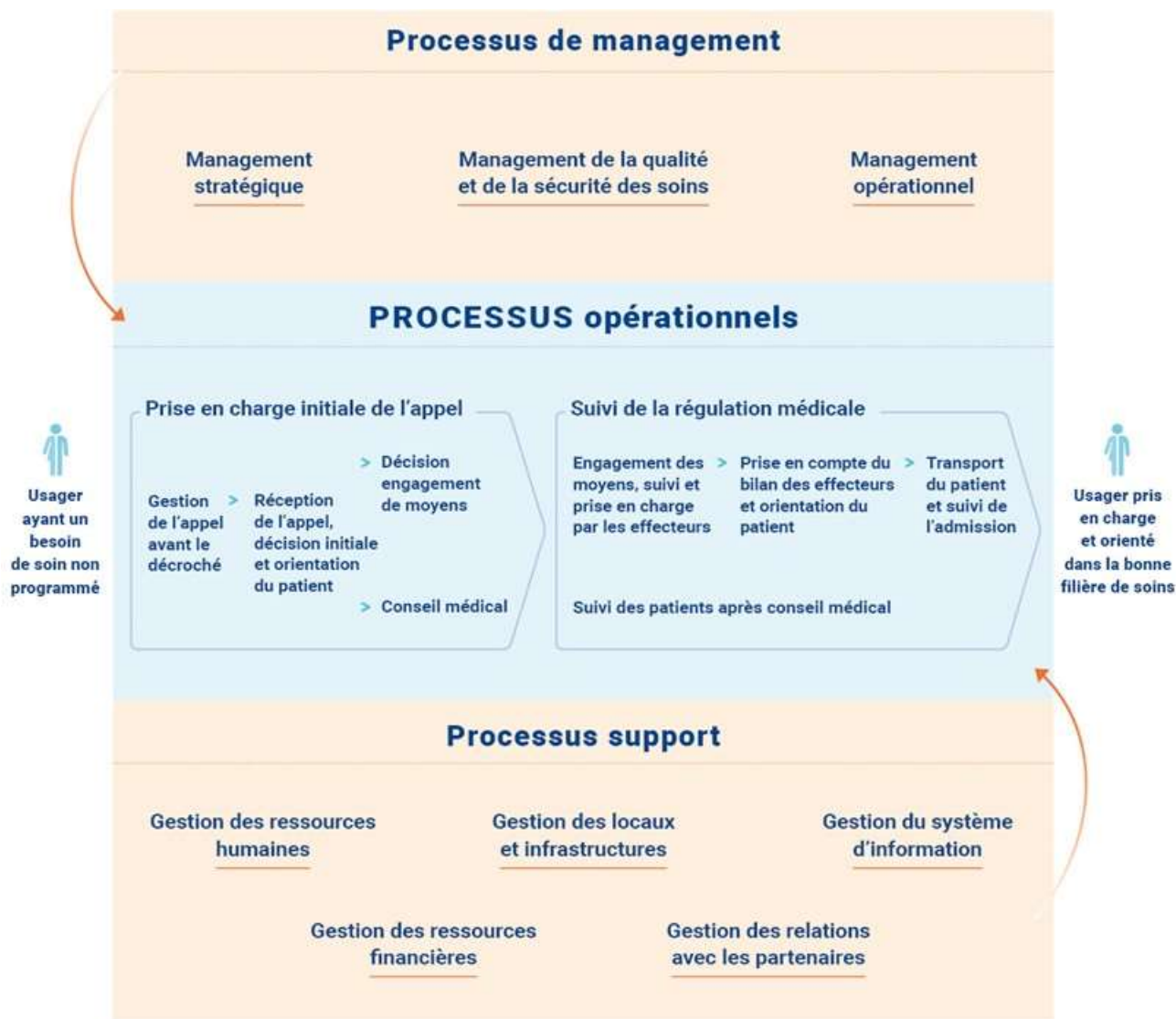


Figure n° 1 : cartographie générique des processus du SAMU, adaptée du schéma des processus métier au sein du centre de régulation médicale des SAMU-Centres 15 (1) et de la cartographie des processus du CHR de Metz (10).

Il n'existe pas de représentation unique des processus du SAMU. Un SAMU, lors de l'élaboration de sa cartographie des processus, peut néanmoins s'inspirer, s'il le souhaite, de la cartographie choisie pour ce guide.

Chaque catégorie de processus sera exposée dans la suite du guide.

A/ Les processus de management : partie 2.1.

B/ Les processus support : partie 2.2.

C/ Les processus opérationnels (prise en charge des appels et des patients) : partie 2.3.

D/ Les processus d'évaluation et d'amélioration : partie 2.4.

2.1. Management

2.1.1. Management stratégique

Éléments-clés

- ➔ 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 psycho-sociaux.
 - Système d'information.
- ➔ Un dispositif de gestion des crises est en place.

Direction et *leadership*

Le bon fonctionnement du SAMU repose sur un management et un *leadership* adaptés (11). Les responsabilités du SAMU doivent être définies avec un médecin responsable à sa tête, par exemple le chef de service ou le chef d'unité fonctionnelle. Dans la suite du guide, ce responsable sera désigné par « le responsable du SAMU ».

Le *leadership* désigne le processus qui consiste à conférer une orientation à un groupe de personnes par des moyens principalement non coercitifs. Kotter indique que les éléments suivants sont particulièrement déterminants pour le *leadership* :

- la définition d'une vision qui tient compte des intérêts légitimes des personnes concernées ;
- la définition d'une stratégie qui permet de concrétiser cette vision ;
- le soutien et les ressources pour appliquer la stratégie ;
- un groupe de personnes très motivées qui apportent le soutien et s'impliquent pour la transformation de la vision en réalité (11).

L'encadrement du SAMU doit bénéficier d'un soutien et d'un engagement de la direction générale de l'établissement, de sa direction de la qualité et de la gestion des risques et de la Commission médicale d'établissement (CME) pour mettre en œuvre sa politique qualité.

Ce soutien et cet engagement se traduisent par une vision partagée, des prises de décision adaptées et une allocation des ressources correspondantes.

Orientations stratégiques

L'existence d'un projet de service du SAMU, élément du projet d'établissement, est essentielle. Il présente les missions, la vision et les valeurs qui sous-tendent son fonctionnement. La politique de régulation médicale y est définie en précisant la mission de la régulation médicale, les règles d'éthique et de déontologie, les principes d'action⁴, les orientations stratégiques.

Les enjeux internes et externes de la régulation médicale y sont appréhendés.

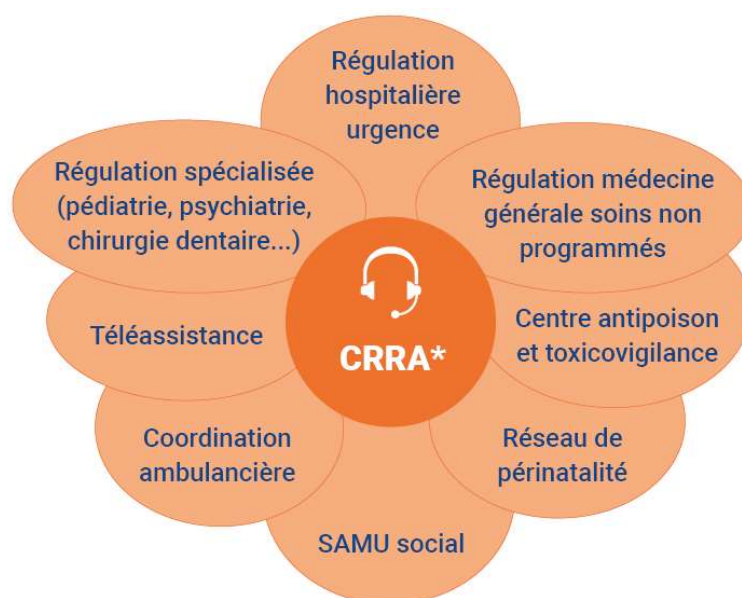
Les politiques y sont définies sur des sujets-clés :

- accueil et prise en charge des appels ;
- qualité des soins et sécurité des patients ;
- respect des droits et bientraitance des patients ;
- système d'information, évolution du système d'information ;
- ressources humaines, qualité de vie au travail, travail en équipe, développement professionnel continu et management des compétences.

Parmi les sujets stratégiques figurent :

- la structuration de la plateforme (2, 12) et les fonctions qui y sont rassemblées, de façon variable en fonction des SAMU, au sein d'une « plateforme télé-médicosociale » (2) (cf. figure 2) ;

⁴ Le guide d'aide à la régulation médicale de SUdF et de la SFMU liste plusieurs principes d'action comme la justification des décisions, l'engagement envers le patient sans conflit d'intérêt, l'équité des patients dans l'accès aux soins, le respect des droits des patients, l'évaluation (4).



*Centre de réception et de régulation des appels

Figure n° 2 : composantes potentielles du SAMU, plateforme télé-médicosociale.

- l’articulation avec le service d’incendie et de secours (SIS) : articulation téléphonique, radiophonique et informatique, fonctionnement ou non en plateforme commune avec le SIS... (12) ;
- la mise en place dans certaines régions de SAMU interdépartementaux ou de stratégies d’entraide et d’articulation entre plusieurs SAMU : reprise d’activité sur certaines périodes, système de débordement en cas de saturation d’un SAMU... ;
- l’organisation des filières de soins ;
- la réflexion sur le recours à la régulation médicale : appel au 15 avant de se rendre aux urgences, appel au 15 des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) avant envoi aux urgences....

Gestion des crises

Le SAMU, en lien avec l’établissement de santé, doit être préparé à la gestion d’une crise. Un local attenant à la salle de régulation doit pouvoir être activé en salle de gestion de crise. Une procédure d’activation de la salle de gestion de crise doit faire partie des procédures opérationnelles du SAMU (1).

La communication externe doit être anticipée. Elle doit s’adapter à la situation et aux interlocuteurs (partenaires habituels du SAMU et grand public selon l’activité médiatique).

Le dispositif de gestion de crises est notamment utilisé en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Une publication récente traite ce sujet (9). L’approfondissement de ce sujet ne fait pas partie des objectifs de ce guide.

Le SAMU s’inscrit dans le plan de continuité de l’activité⁵ de son établissement de santé. Dans le cadre de ce plan, les dimensions ressources humaines, managériales, techniques, juridiques et

⁵ Le plan de continuité d’activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation la continuité de ses activités à la suite d’un événement perturbant gravement son fonctionnement normal (9).

conventionnelles du SAMU sont concernées. Une stratégie d'entraide entre les SAMU et entre les établissements est une composante essentielle à prévoir dans ce plan.

Exemple : modalités de gestion utilisées lors de la crise du COVID-19.

La crise du COVID-19 a conduit les SAMU à adapter leur schéma d'organisation interne et les articulations inter-SAMU pour faire face à de très gros volumes d'activité, par exemple :

- activation des serveurs vocaux interactifs ;
- mise en œuvre d'un processus de qualification rapide des appels (13) ;
- ouverture de salles de régulation supplémentaires ;
- élaboration de protocoles spécifiques partagés entre partenaires ;
- redéfinition des parcours de patients et orientation dans les filières de prise en charge adaptées ;
- interconnexion des SAMU permettant l'entraide.

2.1.2. Management de la qualité et de la sécurité des soins

Éléments-clés

- 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.

Quatre dimensions pour développer une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Une démarche d'amélioration de la qualité au SAMU est nécessaire pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité (ou d'un système de management de la qualité) en santé implique quatre dimensions (Shortell (14)) :

- a) une dimension culturelle ;
- b) une dimension stratégique ;
- c) une dimension structurelle ;
- d) une dimension technique.

C'est sur ces quatre leviers qu'il sera nécessaire d'agir pour développer progressivement la démarche au sein des SAMU.

a) Dimension culturelle : faire vivre les principes de la qualité et développer la culture de sécurité

La culture organisationnelle ou culture d'entreprise est un ensemble de valeurs et de croyances partagées qui sous-tendent les attitudes et les comportements des individus dans un collectif (15, 16).

La littérature indique l'importance de la culture organisationnelle dans l'efficacité des démarches d'amélioration, notamment dans la pérennité des résultats obtenus (14). La culture adaptée favorise l'ouverture, la collaboration, le travail en équipe et l'apprentissage des erreurs (14).

Le développement des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité contribue également au développement de la culture organisationnelle.

Deux aspects de cette culture sont présentés ici du fait de leur intérêt pour la démarche des SAMU : faire vivre les principes de la qualité et développer la culture de la sécurité.

Faire vivre les principes de la qualité

La mise en œuvre par les SAMU des principes de la qualité est structurante pour leur démarche d'amélioration.

Principes de la qualité (17)

- Orientation patient.
- *Leadership*.
- Implication du personnel.
- Approche processus.
- Prise de décision fondée sur des preuves.
- Amélioration.
- Management des relations avec les parties intéressées.

Parmi ces principes, l'approche processus est au cœur de toute démarche d'amélioration de la qualité.

L'approche processus a pour but de pouvoir analyser les modes de réalisation des activités et de les maîtriser. Dans cette approche, les processus sont identifiés, les responsabilités et les ressources nécessaires sur les processus sont définies, les exigences sur chaque processus sont définies, la maîtrise des processus à risque est organisée.

Il appartient donc à chaque SAMU :

- d'identifier et/ou de « cartographier » les processus : lister les processus ou définir la cartographie des processus correspondant à son fonctionnement et à son organisation. Même pour une organisation complexe, il est préférable d'établir une liste ou une cartographie synthétique avec un nombre limité de processus de l'ordre de 10 à 15 pour qu'elle reste opérationnelle. Il convient de se focaliser sur les processus cruciaux pour l'obtention de la qualité et de la sécurité ;
- de choisir le ou les processus prioritaires à maîtriser et à améliorer ;

- de décrire les processus dans leur fonctionnement existant, les caractériser, notamment en définissant les exigences qu'ils devraient respecter, en mesurant leur performance de départ au regard de ces exigences, puis en fixant des objectifs d'amélioration et en mettant en place un plan d'actions et en suivre sa réalisation et en mesurer son efficacité.

Développer la culture de sécurité

L'environnement changeant, complexe, critique et la pression temporelle au niveau du SAMU nécessitent le développement d'une culture de sécurité pour faire de la sécurité du patient une priorité de tous, professionnels de terrain et managers.

La culture de sécurité est un ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de l'organisation (équipes, établissements de santé) (18, 19).

Elle se décline autour de quatre composantes (18, 19) :

- le signalement des événements indésirables associés aux soins [EIAS], qu'ils soient graves ou non (voir chapitre 2.4.3.) : les professionnels et l'organisation sont convaincus de l'intérêt de signaler/déclarer les situations dangereuses et les événements indésirables, quelle que soit leur gravité pour améliorer la sécurité. Un système de déclaration existe et les professionnels n'éprouvent aucun frein à remplir des fiches d'événements indésirables et à parler au sein de leur équipe ;
- le retour d'expérience : les professionnels et l'organisation sont persuadés que l'analyse approfondie des situations à risque et des événements indésirables survenus permet de tirer des enseignements qui sont partagés pour améliorer la sécurité ;
- l'amélioration du travail en équipe : les échanges et l'entraide entre les professionnels sont favorisés. Une vigilance collective est développée pour s'adapter au changement et réagir ensemble, de manière coordonnée et efficace, le plus rapidement possible, devant une situation inattendue et dangereuse ;
- la culture juste : l'erreur humaine est analysée et non pas condamnée, le management est équitable et loyal. Un climat de confiance entre les professionnels et le management se développe et permet de partager des informations pertinentes pour la sécurité du patient.

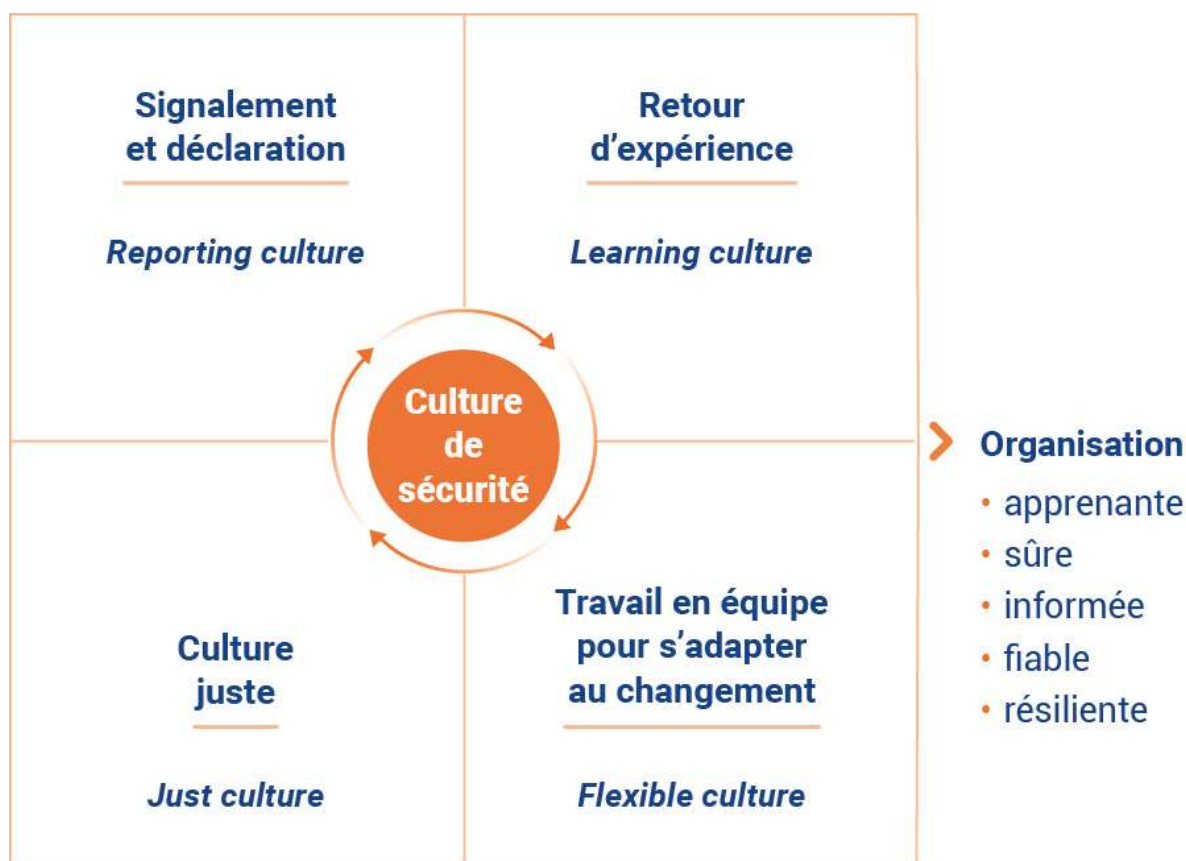


Figure n° 3 - Illustration du concept des quatre composantes de la culture de sécurité (adapté de J. Reason) (19).

Une enquête culture sécurité est une bonne façon de l'appréhender au sein du SAMU. Celle-ci doit être positionnée comme un outil de diagnostic et de changement permettant d'initier une démarche qualité et sécurité et surtout pas comme un contrôle normatif.



Outils HAS

Culture de sécurité – Mieux comprendre pour agir efficacement

[Enquêtes sur la culture sécurité des soins – Comprendre et agir](#)

[Rencontres sécurité : une méthode au service du management](#)

b) Dimension stratégique : définition d'une politique qualité et d'objectifs qualité concrets

La définition d'une politique qualité est une étape stratégique qui va permettre au SAMU d'affirmer son engagement dans la démarche d'amélioration et d'en fixer les priorités.

- Elle se fonde sur :
 - la compréhension du SAMU, de son contexte et de ses enjeux ;
 - la compréhension des besoins et des attentes des usagers et des autres parties intéressées ;
 - la connaissance des risques de l'activité.

- Elle est articulée avec la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à la gestion des risques que l'établissement est tenu d'élaborer et de mettre en œuvre en lien avec la Commission des usagers (CDU)⁶.
- Elle précise également le domaine d'application de la démarche d'amélioration de la qualité : par exemple, le choix de l'établissement peut être de limiter le périmètre au centre de réception et de régulation des appels, d'inclure ou non les activités d'enseignement et de recherche ou encore d'inclure le SAMU et le SMUR dans la même démarche d'amélioration.

La politique qualité est communiquée en interne et en externe. L'ensemble des professionnels exerçant au SAMU est informé de cette politique.

En cohérence avec la politique qualité, des objectifs d'amélioration concrets, atteignables, réalistes, assortis d'une échéance sont à définir. Ils se traduisent dans un plan d'action, généralement annuel, comportant l'action, l'objectif à atteindre, le responsable de cette action, le délai.

c) Dimension structurelle : mise en place d'une structure qualité et désignation d'un responsable qualité

Le SAMU doit se poser la question de la structuration de la démarche qualité et de son animation.

Il importe que :

- les rôles et responsabilités soient définis ;
- le projet qualité soit établi (groupe projet, objectifs définis, installation d'une démarche de projet, feuille de route, calendrier) ;
- des moyens humains soient consacrés à la mise en place et à l'animation de la démarche d'amélioration de la qualité au sein du SAMU avec une quotité de temps adaptée pour le responsable :
 - un responsable qualité et sécurité des soins au sein du SAMU doit être désigné,
 - ce responsable ou, le cas échéant, une équipe désignée doit avoir un temps dédié pour piloter, organiser, animer et suivre la mise en place de la démarche et des actions d'amélioration ;
- l'articulation entre la démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques de l'établissement et de celle du SAMU soit définie.

Plusieurs choix sont possibles entre celui d'une structure interne au SAMU et celui du recours à la structure qualité de l'établissement.

Il apparaît pertinent dans tous les cas qu'un professionnel du SAMU (médecin ou ARM) ayant une légitimité professionnelle forte fasse partie de l'équipe qualité, soit en tant que responsable, soit comme élément d'un binôme avec un professionnel de la qualité.

Une quotité de temps significative est à prévoir pour mener à bien l'ensemble des actions permettant de conduire la démarche dans de bonnes conditions.

⁶ article L. 6111-2 du Code de la santé publique.

d) Dimension technique : mobilisation des méthodes et mise en place d'un « système de management de la qualité »

La maîtrise de certains éléments techniques est essentielle pour la démarche d'amélioration des SAMU. Plusieurs actions-clés permettent de développer cette dimension :

- former les professionnels du SAMU aux méthodes et outils des démarches d'amélioration de la qualité ;
- mettre en place une gestion documentaire ;
- structurer progressivement un système de management de la qualité.

Former les professionnels du SAMU aux méthodes et outils des démarches d'amélioration de la qualité

Il est nécessaire qu'une formation et un support par des personnes compétentes soient mis à disposition des professionnels du SAMU (14). En effet, la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité et la conduite des actions qualité nécessitent des compétences spécifiques et l'utilisation d'un certain nombre de techniques et de méthodes (cf. 2.4).

Mettre en place une gestion documentaire

La qualité du fonctionnement du SAMU requiert le recours à des documents : projet de service, règlement intérieur, procédures et protocoles, comptes rendus de réunion...

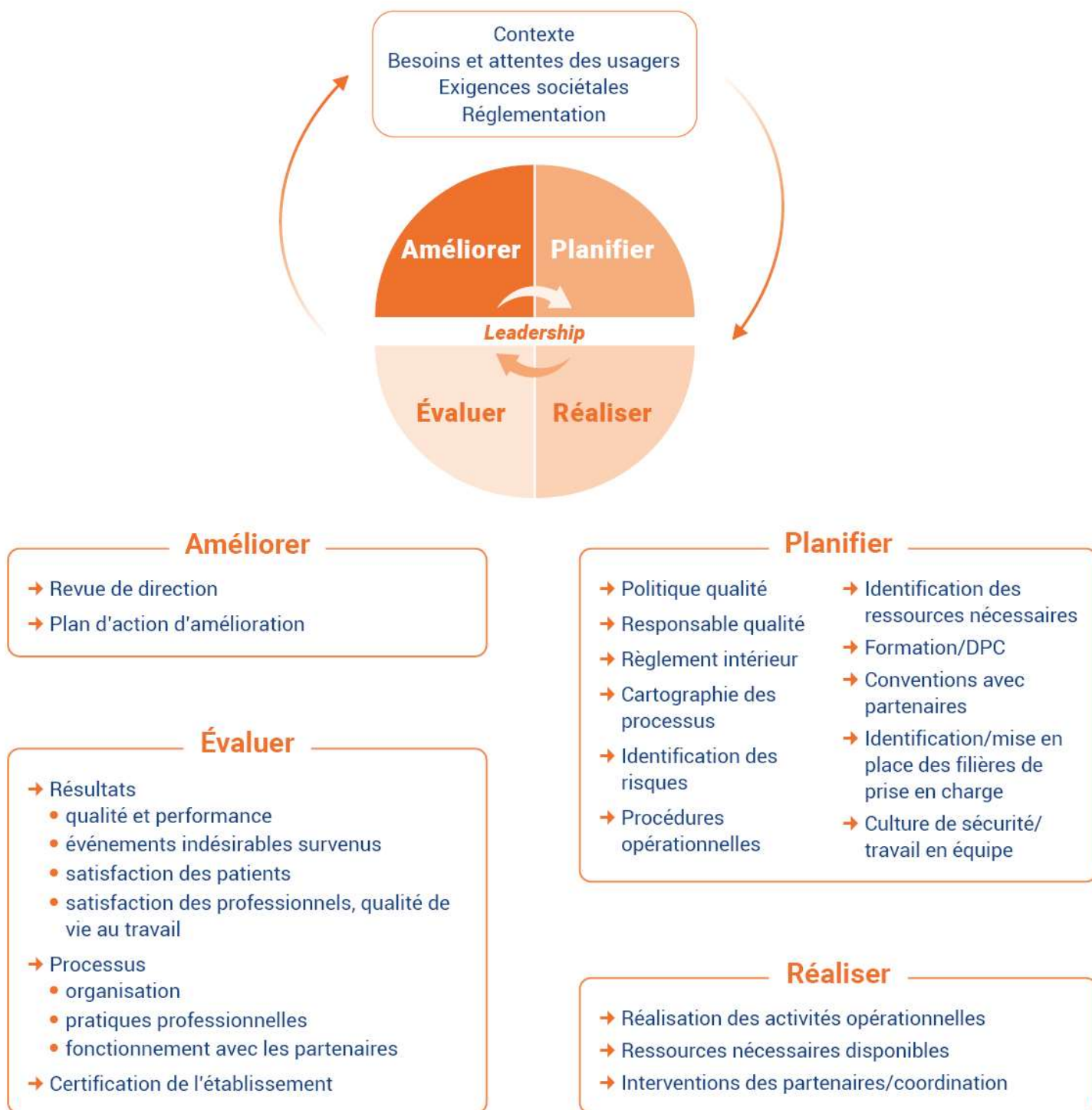
Il est utile d'assurer une bonne gestion des différents documents et de définir leur cycle de vie : élaboration, validation, diffusion, durée de validité, révision régulière, suppression des versions non à jour. Cette gestion permet de rendre accessibles facilement des documents validés dans leur dernière version sans doute sur leur validité ni risque de confusion.

La gestion documentaire repose aujourd'hui sur une organisation adaptée et, si possible, sur des outils informatiques (intranet). Classiquement, les règles de gestion des documents doivent être formalisées (« procédure des procédures »).

Parmi les documents, les procédures et protocoles sont essentiels pour la maîtrise de la qualité.

Plusieurs éléments caractérisent une bonne gestion documentaire :

- les procédures et protocoles sont conformes à la réglementation et aux données acquises de la science ;
- les procédures et protocoles sont écrits avec les professionnels qui vont les appliquer et ils sont régulièrement évalués et actualisés ;
- les procédures et protocoles sont facilement accessibles 24 heures sur 24 pour l'ensemble des personnels et sur l'ensemble des postes du CRRA ;
- les professionnels (en poste et nouveaux arrivants) sont formés à ces procédures et protocoles, connaissent leur existence, savent où les trouver et les utilisent.



Structurer progressivement un système de management de la qualité

La mise en place des différents éléments présents dans ce guide conduit à la structuration progressive du système de management de la qualité et de la sécurité des soins au sein de chaque SAMU (figure n° 4).

Le système de management de la qualité (SMQ) est l'ensemble des activités par lesquelles l'établissement ou le service définit, met en œuvre et revoit sa politique et ses objectifs qualité, conformément à sa stratégie (figure n° 4).

Figure n° 4 : système de management de la qualité et de la sécurité des soins du SAMU.

2.1.3. Management opérationnel

Éléments-clés

- ➔ 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.

Règlement intérieur

Le règlement intérieur a pour but de servir de référence au fonctionnement du service. Il décrit le fonctionnement interne du service, le rôle et les responsabilités des différents intervenants, les différents postes et fonctions. Directement ou par l'intermédiaire des procédures qui y sont annexées, il décrit le déroulement d'un acte de régulation médicale et le traitement d'un dossier de régulation.

Il doit être facilement accessible pour tous les intervenants du SAMU et toute modification doit faire l'objet d'une communication à l'ensemble de ces intervenants.

Les fiches de poste du service font référence à ce règlement. Il fait partie des documents remis à tout professionnel intégrant le service.

Organisation

L'organisation du CRRA porte notamment sur :

- les fonctions de direction, supervision et coordination ;
- la spécialisation de secteurs au sein du CRRA (*front office*, *back office*) ;
- l'organisation des temps de travail ;
- les procédures et protocoles.

a) Fonctions de direction, supervision et coordination

Les fonctions de direction, supervision et coordination sont essentielles pour le fonctionnement du SAMU. Cette section présente les fonctions à assurer en sachant que selon les organisations et contextes locaux, certaines fonctions peuvent être assurées par des professionnels différents et un même professionnel peut se voir attribuer plusieurs fonctions (exemple : cadre et superviseur).

– La direction et l'encadrement du SAMU

Un médecin responsable du SAMU assure la direction du service.

Il est le plus souvent assisté d'un cadre (cadre administratif, cadre de santé, superviseur). Selon les cas, le cadre a une fonction exclusive au SAMU ou cette fonction est partagée avec une autre activité hospitalière (exemples : SMUR, service d'urgence, autre fonction).

– Une ressource médicale référente

Une ressource médicale référente au sein ou à proximité de la salle de régulation peut permettre un appui aux médecins régulateurs et la prise en main des régulations complexes, de situations sanitaires exceptionnelles ou des sollicitations des tutelles.

– Une fonction supervision et gestion opérationnelle de la salle de régulation

L'encadrement opérationnel des ARM par un superviseur est recommandé (1, 6, 20). En effet, le superviseur a un rôle crucial pour gérer et optimiser le fonctionnement (6).

Il a notamment pour mission de suivre l'activité du centre d'appels en temps réel et d'assurer l'adéquation des ressources humaines au flux d'appels, tant en période d'activité normale qu'en période de pointe :

- en planifiant les ressources au regard des besoins prévisibles par l'analyse des flux d'appels antérieurs ;
- en affectant les ressources de façon dynamique en fonction de l'activité du moment ;
- en veillant à un usage du temps optimal par les professionnels, notamment dans les périodes tendues (20).

Le superviseur effectue ce management de proximité, en lien avec le médecin responsable du SAMU.

– Une fonction de coordinateur pour les ARM

L'ARM coordinateur constitue une référence métier pour les autres ARM. Il est en retrait de l'activité *front-office*, il veille au respect des bonnes pratiques. Il renforce l'équipe d'ARM lorsque l'activité opérationnelle l'impose. Il vient en aide aux ARM confrontés à la gestion d'un appel conflictuel ou difficile (6).

Ces différentes fonctions font l'objet des fiches de poste correspondantes.

b) Spécialisation de secteurs au sein du centre de réception et de régulation des appels (*front office*, *back office*)

L'organisation des secteurs au sein du CRRA est à déterminer. Une organisation classique du SAMU en tant que centre d'appels le conduit à distinguer le *front office* et le *back office* (1, 6) :

Le *front office*

Les professionnels du *front office* assurent les activités synchrones en lien avec les appels entrants ; plusieurs rôles *front office* sont définis :

- les ARM « accueil » constituent le *front office* de niveau 1 ;
- les médecins régulateurs constituent le *front office* de niveau 2 ;
- l'ARM « gestion » assure la gestion des moyens : engagement des moyens opérationnels, réception des bilans, suivi jusqu'à l'admission.

Le *back office*

Le *back office* assurent les activités asynchrones. Un ARM en *back office* a plusieurs fonctions potentielles :

- la constitution et la mise à jour de l'état des moyens disponibles pour répondre aux besoins de la régulation médicale (effecteurs, lits disponibles...). Le fonctionnement du SAMU reposant également sur des ressources extérieures (effecteurs, lits d'hospitalisation, plateaux techniques), il est important de disposer d'informations en temps réel sur la disponibilité de ces ressources nécessaires à la prise en charge d'un appel. Il est également important d'établir et de disposer au sein du SAMU d'un document de référence avec les coordonnées de spécialistes pouvant être contactés dans le cadre de la régulation (gériatre, pédiatre, addictologue, psychiatre, etc.) ;
- le rappel des patients (rôle opérationnel) : patients rappelés dans le cadre du suivi, patients ayant raccroché lors du transfert de l'appel de l'ARM au médecin ;
- les activités administratives ou logistiques.

c) Organisation des temps de travail

L'organisation du travail en salle de régulation prévoit notamment :

- la durée maximale d'une plage de régulation pour un médecin et pour un ARM ; en ce qui concerne les ARM, leur référentiel métier indique que la durée de la plage de travail opérationnelle en *front office* ne devrait pas excéder 8 heures. Au-delà de cette durée, il existe une augmentation de la durée moyenne de communication individuelle et un risque d'erreur accru (6) ;
- une présence en salle de régulation des médecins régulateurs qui se consacrent exclusivement à la régulation ;
- la gestion des pauses ;
- l'existence d'un temps de transmission lors des relèves entre équipes.

Un temps de transmission est indispensable afin de garantir la continuité de la coordination opérationnelle et de limiter le risque d'erreur. Il a pour objectif de préciser l'ensemble des interventions en cours, déterminer leur déroulement et préciser s'il reste des actions à mener (6).

d) Procédures et protocoles spécifiques du SAMU

Il appartient à chaque SAMU de lister les procédures et protocoles à définir pour son fonctionnement. Des listes indicatives ont été établies et sont reproduites dans les encadrés n° 1 et 2 (1). Il est rappelé que l'indépendance professionnelle des médecins est un principe déontologique qui demeure dans le cadre des activités protocolées.

Encadré n° 1 : procédures utiles (1)

- Procédure P0 de déclenchement des moyens⁷.
- Transfert des appels au sein du CRRA, entre *front office* niveaux 1 et 2, selon le type de régulation médicale, la priorisation des appels, la disponibilité du médecin régulateur et le niveau d'activité du CRRA.
- Procédure de suivi des appels, des patients et des effecteurs (délai du rappel par rapport à l'heure d'appel, motif de recours justifiant un suivi d'appel...).
- Organisation des avis demandés à un spécialiste extérieur : pédiatre, cardio...
- Régulation de secours spécifiques (milieu périlleux, montagne, spéléologie...).
- Transfusion sanguine préhospitalière (commande à l'Établissement français du sang (EFS), procédure d'acheminement...).
- Rappel des personnels en situation exceptionnelle.
- Activation de la salle de gestion de crise.
- Déclaration de dysfonctionnements, événements indésirables...

Encadré n° 2 : protocoles de régulation médicale utiles (1)

- Accident vasculaire cérébral.
- Douleur thoracique.
- Arrêt cardiaque.
- Traumatisé grave.

Travail en équipe

La qualité du travail en équipe est un enjeu essentiel au SAMU pour :

- la qualité des soins et notamment la sécurité des patients :
l'analyse des événements indésirables dans différents dispositifs identifie comme cause contributive des défauts dans la communication ou dans le travail en équipe (21, 22)⁸ ;
- la qualité de vie au travail des professionnels et la prévention des risques psychosociaux (23) ;
- l'attractivité et la fidélisation des collaborateurs (24).

Définition d'une équipe⁹

Une équipe est constituée de professionnels qui collaborent, s'entraident, se coordonnent pour atteindre des objectifs partagés, centrés sur la prise en charge du patient et dont ils se sentent collectivement responsables.

⁷ « P0 » est le niveau de priorité le plus important parmi les trois niveaux appliqués par l'ARM dans la transmission au médecin régulateur. P0 = urgence vitale entraînant un déclenchement SMUR réflexe puis une régulation prioritaire. P1 = régulation prioritaire. P2 = régulation qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations étant en cours. (1)

⁸ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/causes_profondes_epr_chiffres_cles.pdf

⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe

Le choix des membres de l'équipe repose sur la recherche des compétences nécessaires à la bonne prise en charge des patients (spécialité, fonction, secteur...).

Le bon fonctionnement de l'équipe repose sur plusieurs caractéristiques mises en exergue dans le cadre du programme PACTE (encadré n° 3).

Les SAMU volontaires ont la possibilité de s'engager dans le [programme PACTE¹⁰](#). Ils peuvent également utiliser des outils promus par ce programme comme l'outil de communication entre professionnels SAED « situation antécédents évaluation¹¹ ».

Encadré n° 3 : caractéristiques d'une équipe efficace mises en exergue dans le programme PACTE (25)

- Un projet partagé avec un objectif commun clair : l'équipe s'engagera dans la mesure où elle fait sien le projet.
- Des rôles et responsabilités définis et partagés : chaque membre de l'équipe connaît son propre rôle et celui des autres membres ; les compétences de chacun sont utilisées de manière appropriée.
- Des prises de décision partagées et éclairées : lorsqu'elle est fondée sur une vision et une philosophie communes en équipe, alors la prise de décision contribue à créer et à soutenir le travail d'équipe efficace.
- Une communication efficace : elle résulte d'un processus dynamique et continu qui nécessite, notamment, de définir des règles de communication partagées afin que tous les membres de l'équipe aient une même compréhension des décisions prises relatives aux soins.
- Un *leadership* partagé et reconnu : c'est un des éléments incontournables nécessaires à la viabilité d'une équipe qui s'appuie notamment sur des relations de confiance, stimule et valorise.
- Un climat de travail sain et de solidarité : une convergence des efforts de chacun des membres, un sentiment d'appartenance à une équipe qui permet d'attribuer le résultat comme celui des différents membres.
- La sécurité, une affaire de tous : prise de conscience partagée des risques par chacun, y compris le patient.

Communication au sein de l'équipe

Les temps d'échange entre les membres de l'équipe (réunions de service, *staffs*, *briefings*, temps de transmission entre équipes, réunion de bibliographie, revue de mortalité et morbidité (RMM)...) sont un mécanisme important de partage de l'information et de communication. Elles sont importantes pour le travail en équipe (*cf. supra*). Il est important que leur nombre soit suffisant au sein du SAMU et que la participation de toutes les catégories professionnelles soit facilitée (médecins régulateurs de l'aide médicale urgente, médecins régulateurs généralistes, ARM...).

Ces temps d'échange, par exemple les réunions de service, peuvent rencontrer des contraintes d'organisation du fait du nombre d'intervenants au SAMU pour certains à temps partiel, des impératifs de continuité de service, de l'importance de l'activité. Chaque SAMU est conduit à définir la meilleure organisation de ces réunions en termes de modalités, fréquence, règles de présence.

Il importe également de diffuser à tous, quelle que soit la quotité de temps travaillée dans le service, l'ensemble des informations : projet de service, règlement intérieur, procédures, protocoles, comptes rendus de réunions.... Un accès intranet accessible à tout professionnel exerçant au sein du SAMU est un moyen important pour la diffusion des documents et informations.

¹⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte

¹¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante



2.2. Fonctions support

2.2.1. Gestion des ressources humaines

Éléments-clés

- 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 adaptées.
- Des entretiens annuels entre les différents professionnels et leur responsable hiérarchique et/ou fonctionnel sont conduits sous une forme adaptée à la nature du poste.
- Une évaluation des pratiques professionnelles individuelle et en équipe est en place.
- Le SAMU a défini sa stratégie concernant la qualité de vie au travail et la prévention des risques psycho-sociaux.
- Les salariés sont suivis de façon régulière par le service de santé au travail.

Politiques relatives à la gestion des ressources humaines

Recrutement et dimensionnement des ressources

Le responsable du SAMU, en lien avec l'établissement, doit définir sa politique de recrutement des professionnels du SAMU.

Celle-ci s'appuie sur l'identification des compétences requises et l'élaboration des profils de poste correspondants. Elle s'inscrit dans une gestion prévisionnelle des emplois et compétences et prend en compte des éléments tels que la pyramide des âges pour chaque fonction.

La politique de recrutement traite notamment de l'équilibre entre le recours à des professionnels à temps plein et à temps partiel (impact sur le développement de la compétence d'équipe...).

Le dimensionnement des ressources vise à permettre le déroulement des activités de *front office* et de *back office* dans de bonnes conditions. L'évaluation des ressources nécessaires s'effectue en prenant en compte le nombre d'appels et ses variations prévisibles par l'examen de l'activité passée et de ses variations au cours de la journée, de la semaine et de l'année sur la base du référentiel des ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures

d'urgence (26). Il prend également en compte le fait qu'une partie du temps des professionnels est consacrée aux activités non-cliniques ou à la formation (1).

Le dimensionnement des ressources concerne également la présence de ressources médicales la nuit, notamment la couverture de la période de nuit profonde par les médecins régulateurs dont l'activité est dédiée et s'effectue postée en salle de régulation.

Enfin, il est important de se doter d'une organisation permettant le rappel des personnels en situation exceptionnelle (1).

Formation et développement professionnel continu

Tout professionnel exerçant au SAMU (médecin régulateur de l'aide médicale urgente, médecin régulateur généraliste, ARM¹²...) doit avoir été formé à la régulation médicale et à ses spécificités.

La formation continue et plus globalement le développement professionnel continu¹³ (DPC) s'adressent également à l'ensemble des professionnels exerçant au SAMU et particulièrement les médecins régulateurs de l'aide médicale urgente, les médecins régulateurs généralistes et les assistants de régulation médicale (ARM, coordinateur, superviseur)¹⁴. Formation continue et DPC répondent aux enjeux personnels d'acquisition des compétences au regard des besoins de chaque professionnel et à des enjeux d'évolution des connaissances sur le domaine. Ils s'adressent aux professionnels, quel que soit leur niveau de compétence, du professionnel en début de carrière au professionnel le plus chevronné.

Il est important qu'un SAMU définisse sa politique de formation et de développement professionnel continu, qu'il mette en place des temps de formation, notamment collectifs, et qu'il favorise la formation de l'ensemble des professionnels.

Les modalités pouvant être utilisées sont nombreuses :

- formation au cours de réunions (*débriefing*, *staffs*, présentation de cas cliniques, autres réunions du service, partage d'expériences entre SAMU) ;
- séances de simulation¹⁵ ;
- *e-learning* ;
- activités d'évaluation et d'amélioration des pratiques - cf. 2.4.5 ;
- activités de gestion des risques - cf. 2.4.3.

¹² Pour renforcer la qualité de la régulation médicale au sein des centres régulant les appels d'urgence médicale (SAMU-Centres 15), une formation diplômante est désormais obligatoire pour exercer la profession d'assistant de régulation médicale. Les ARM exerçant déjà dans un SAMU peuvent obtenir le diplôme par validation des acquis de l'expérience et formation professionnelle continue. Leur départ en formation en vue de l'obtention du diplôme doit se faire avant le 31 décembre 2026 (arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale).

¹³ Le développement professionnel continu est une démarche de chaque professionnel de santé qui consiste en la réalisation d'un ensemble d'actions, mises en œuvre individuellement et en équipe, permettant le développement de savoirs, savoir-faire et savoir-être grâce auxquels les professionnels maintiennent et développent, tout le long de leur carrière, leur capacité à délivrer les meilleurs soins aux patients. Selon la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le DPC comporte des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.

¹⁴ L'obligation réglementaire de développement professionnel continu ne s'applique pas aux assistants de régulation médicale. Ce mécanisme est cependant souhaitable pour les ARM (dispositif de formation tout au long de la vie) permettant de mettre en place le développement professionnel continu de façon interprofessionnelle au sein des SAMU.

¹⁵ La HAS propose des outils de gestion des risques utilisant la simulation : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2905932/fr/simulation-en-sante-et-gestion-des-risques

Compte tenu des parcours variés des professionnels exerçant la régulation médicale, il est utile d'identifier les compétences et diplômes spécifiques (exemples : addictologie, psychiatrie, gériatrie...) dont ils disposent afin de connaître les ressources locales mobilisables pour l'activité de régulation ou pour la formation.

Qualité de vie au travail et prévention des risques psychosociaux

La qualité de vie au travail¹⁶ et la prévention des risques psycho-sociaux doivent faire l'objet d'une attention particulière au SAMU compte tenu des spécificités de ce secteur d'activité et des multiples contraintes qui pèsent sur les professionnels (continuité de service, pénibilité liée à la nature de l'activité, l'enjeu sanitaire, la charge de travail et l'environnement de travail (centre d'appels (27-29), travail sur écran, casque téléphonique)). Au-delà des conséquences pour les professionnels, la qualité de vie au travail conditionne également la qualité des soins, l'attractivité du service et la fidélisation des collaborateurs (cf. exemple des « hôpitaux magnétiques » (encadré n° 3).

Il appartient à chaque SAMU et à chaque établissement siège de SAMU de définir sa stratégie concernant la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux. Dans cette perspective, plusieurs facteurs sont à considérer : l'organisation du travail et les conditions de travail, notamment l'ergonomie des postes de travail, les modes et styles de management, le climat relationnel et le travail en équipe au sein du SAMU, la collaboration et la communication entre professionnels, la charge et le rythme de travail, la formation et le soutien dans l'activité, les perspectives d'évolution professionnelle, la conciliation vie professionnelle-vie personnelle.

L'activité des ARM et des médecins régulateurs étant source de stress professionnel, cette dimension est à prendre en compte à plusieurs niveaux, par exemple : compétence de gestion du stress à évaluer lors du recrutement et à développer si nécessaire par les mécanismes de formation (30), soutien managérial et qualité du travail en équipe, charge de travail adaptée, respect de temps de pause et existence d'espaces dédiés à ces pauses (6).

Un suivi par le service de santé au travail est nécessaire pour l'ensemble des salariés.

Encadré n°3 : le modèle des « hôpitaux magnétiques » : qualité de vie au travail, qualité des soins et attractivité pour les collaborateurs (24).

Le modèle des « hôpitaux attractifs » ou « hôpitaux magnétiques » issu de l'analyse des établissements ayant un faible *turn-over* des soignants comporte plusieurs déterminants comme la clarté du projet de service, la concertation et la participation des professionnels pour les décisions qui affectent l'organisation du travail, la culture juste de l'erreur, le travail en équipe et la qualité du collectif de travail, une organisation permettant de concilier vie professionnelle-vie personnelle, des actions permettant de favoriser l'autonomie des professionnels, une politique de développement des compétences, la reconnaissance et valorisation du savoir-faire de chacun (24, 31).

¹⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

Parcours du professionnel

L'encadrement du SAMU, en lien avec l'établissement, doit s'attacher à organiser :

- le processus de recrutement.

Un processus de recrutement est à mettre en place pour les différents métiers (médecin régulateur de l'aide médicale urgente, médecin régulateur généraliste, ARM, superviseur...) ;

- le processus d'intégration des nouveaux arrivants.

Un processus d'intégration des nouveaux professionnels est à définir pour les différents métiers (médecin régulateur de l'aide médicale urgente, médecin régulateur généraliste, ARM, superviseur...). Les professionnels nouvellement intégrés sont sensibilisés aux politiques (qualité, système d'information...) de l'établissement et du service, au règlement intérieur, aux recommandations et protocoles en vigueur au sein du SAMU. Un tutorat ou une supervision est assuré en fonction de la nature du poste.

Les intérimaires doivent également faire l'objet d'un processus d'intégration adapté ;

- la formation et le développement professionnel continu.

Pour chaque professionnel, il est nécessaire de prévoir une évaluation prospective des besoins en compétences et un plan de formation adapté ;

- le suivi de l'évolution de carrière ;

- la gestion des situations particulières.

Des problèmes peuvent apparaître dans l'exercice de l'activité (exemples : problème de compétence ayant contribué à un événement indésirable, comportement perturbateur nuisant au travail d'équipe), ils sont identifiés et font l'objet d'un traitement adapté (exemples : entretien avec le responsable, formation) ;

- les entretiens annuels.

Des entretiens annuels entre les différents professionnels et leur responsable hiérarchique et/ou fonctionnel sont conduits sous une forme adaptée à la nature du poste. Ils permettent de faire un bilan de l'année écoulée, de s'exprimer sur les questions d'organisation du travail et de fonctionnement du service, de définir des objectifs d'évolution pour la période à venir, d'exprimer des aspirations sur les évolutions à plus long terme et d'évaluer la satisfaction des professionnels.

Évaluation du processus de gestion des ressources humaines

Elle comporte le recueil et l'analyse d'indicateurs relatifs aux effectifs, par exemple :

- effectif sur chaque fonction, nombre d'heures cumulées annuelles de régulation des médecins régulateurs de l'aide médicale urgente et des médecins régulateurs généralistes ;
- effectif, nombre d'heures cumulées annuelles postées des médecins et ARM ;
- taux moyen d'absentéisme pour maladie et accident des médecins et des ARM ;
- taux de *turn-over* des médecins et des ARM ;
- ratio entre les ressources et l'activité (taux de charge ARM et médecin, nombre moyen de DR par ARM, nombre moyen de DRM par médecin).

Elle porte également sur l'évaluation des pratiques et la formation des professionnels, par exemple :

- actions de DPC auxquelles les médecins ont participé ;
- formations continues auxquelles les ARM ont participé ;
- exercices de simulation auxquels les professionnels ont participé ;
- exercices de simulation de secours auxquels a participé le SAMU dans l'année.

Elle doit également concerner la satisfaction des professionnels, évaluée par exemple lors de l'entretien annuel ou lors d'enquêtes de satisfaction.



Outils HAS

[Guide Simulation en santé et gestion des risques](#)

[Construire une démarche de qualité de vie au travail](#)

2.2.2. Gestion des locaux et des infrastructures

Éléments-clés

- ➔ La salle de régulation médicale est exclusivement dédiée et adaptée à cette activité permettant d'intégrer les équipements nécessaires et les 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...).

Les locaux du SAMU permettent d'assurer, en situations ordinaire et exceptionnelle, la réception des appels et la régulation médicale.

La salle de régulation médicale est exclusivement dédiée et adaptée à cette activité (surface permettant d'intégrer les équipements nécessaires et les partenaires, restriction d'accès, insonorisation, thermorégulation...) (5).

Lors des projets de construction ou d'aménagement, la taille des locaux et le nombre de postes doivent être calculés en prenant en compte les besoins à long terme. Il est important notamment de prévoir l'accueil éventuel ultérieur d'autres structures d'une plateforme télé-médicosociale : coordination ambulancière, régulation périnatale, autres régulations médicales spécialisées ou non, associations de permanence des soins ambulatoires, téléalarme, centre de télé-médecine, Samu social, secouristes... L'unité de lieu pour les structures de la plateforme télé-médicosociale est un moyen d'assurer une meilleure qualité, sécurité et une meilleure efficacité de l'ensemble. Elle permet de fédérer les acteurs qui contribuent à une mission commune.

Le respect des normes architecturales, sonores ainsi que relatives à l'ambiance lumineuse édictées pour les centres d'appels téléphoniques (27) contribue à faciliter le travail des professionnels et à améliorer la qualité et la sécurité de la réponse apportée aux appelants (1).

Il est important de disposer d'une salle de crise dédiée attenante à la salle de régulation.

Il est important également de disposer d'une salle de détente pour les professionnels.

L'accès aux locaux nécessite d'être sécurisé (contrôle d'accès, protection contre l'intrusion...) car le SAMU représente un site sensible.

2.2.3. Gestion du système d'information

Éléments-clés

- ➔ 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 patient, listes de patients à rappeler),
 - accès aux bases de données (médicaments, intoxications),
 - accès aux dossiers informatiques des patients,
 - 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).

Rôle et fonctionnalités

Le système d'information et de télécommunication constitue pour chaque SAMU un composant vital dont la qualité conditionne le service rendu aux patients et à la collectivité.

Ce système d'information et de télécommunication de la régulation médicale ou système de régulation médicale comporte plusieurs composantes et fonctionnalités :

1. Le logiciel de régulation médicale (LRM)

Il représente le noyau de base avec les fonctionnalités suivantes :

- (1) la gestion du dossier de régulation médicale, la traçabilité des appels et du processus de régulation médicale¹⁷ ;
- (2) les fonctionnalités nécessaires à la prise de décision médicale, notamment :
 - i. l'accès, dans la mesure du possible, aux dossiers informatiques des patients (dossier médical partagé (DMP)¹⁸, dossier pharmaceutique et/ou autres tels que les dossiers hospitaliers) (5),
 - ii. l'aide à la décision lors de la prise en charge, l'accès aux bases de données (médicaments, intoxications),
 - iii. l'accès au répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;

¹⁷ La capacité du système à assurer l'imputabilité des actions menées à chaque étape du processus de prise en charge est un élément déterminant, tant pour la qualité de la prise en charge du patient que pour la gestion des éventuels litiges.

¹⁸ article L. 1111-17 du CSP.

- (3) les fonctionnalités nécessaires à l'engagement des moyens ;
- (4) l'appui aux processus opérationnels, notamment en fournissant des alertes (cf. fiches 4 et 7).

2. La gestion des flux multicanaux et le couplage entre le flux traité et l'informatique (couplage téléphonie informatique (CTI))

Cette composante permet :

- (1) la gestion de la téléphonie mais également de la radiophonie avec capacité de priorisation et de routage des appels en fonction des caractéristiques des appelants et de la situation du SAMU (surcharge locale, spécialisation¹⁹ d'un SAMU, etc.) (cf. fiche n°1) ;
- (2) la gestion de la vidéotransmission et des usages en mobilité sur smartphone des usagers et des professionnels ;
- (3) la présentation automatisée du dossier de régulation médicale prérempli lors de la réception de l'appel.

Cette gestion des flux multicanaux doit être évolutive afin de s'adapter aux éventuels nouveaux flux ainsi qu'à l'évolution des besoins pour les flux existants.

3. La communication et l'interaction avec les partenaires

Cette composante permet de faciliter l'interaction avec les partenaires (SIS, médecine libérale dont structures médicales libérales assurant la continuité des soins ou la PDSA, transport sanitaire, établissements de santé et médicosociaux, pharmacies, centres antipoison et de toxicovigilance, forces de l'ordre, etc.).

4. Les fonctions d'entraide et de gestion de crise

Ces fonctions permettent la mise en réseau des SAMU et l'augmentation des capacités de réponse par la mise en place de salles de régulation supplémentaires.

5. Les fonctionnalités de mesure et de suivi de l'activité

Ces fonctionnalités permettent le pilotage, le *reporting* et le support dans le cadre de :

- la supervision²⁰ de chaque SAMU ;
- l'hypervision²¹ de l'activité à un niveau supérieur, notamment en situation de crise nationale.

Le SAMU doit pouvoir disposer du décompte automatisé de l'intégralité des appels téléphoniques sur la base de définitions précises. Les appels téléphoniques et les appels utilisant un autre support que le téléphone (radiocommunication, vidéocommunication...) doivent être comptabilisés séparément (1).

Le tableau n° 2 présente les différents types d'appels et leurs définitions²².

¹⁹ Exemple de spécialisation : la gestion des appels d'Air France, de la SNCF, de l'Assemblée nationale, les SAMU de Coordination médicale maritime (SCMM), les SAMU frontaliers, etc.

²⁰ Supervision : description et suivi de l'activité du SAMU (publiée sur des baromètres d'activité dynamique) afin de contribuer au pilotage fin de l'activité du SAMU en temps réel pour en optimiser le fonctionnement (statistiques sur les appels entrants et traités, sur l'activité des agents, etc.)

²¹ Hypervision : supervision globale de l'activité de plusieurs SAMU, à un niveau régional, zonal ou national. L'analyse en temps réel de certains indicateurs (taux de charge du SAMU qui requiert d'être aidé, taux d'accueil, qualité de service, etc.) permettra notamment la mise en œuvre de mécanismes de fonctionnement inter-SAMU de type entraide.

²² Source des définitions :

- rapport MARCUS – annexe 2 alignement sémantique des appels ;
- Samu-Urgences de France ; Société française de médecine d'urgence. SAMU-Centres 15 - Référentiel et Guide d'évaluation. ; 2015. https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf.

Tableau n° 2 : définition des types d'appels traités par le SAMU

Types d'appels	Définition
Appels entrants	
Appel entrant	Appel initié par un correspondant extérieur acheminé par un opérateur téléphonique et aboutissant à l'autocommutateur du SAMU-Centre 15.
Appel présenté	Appel entrant en mesure d'être pris en charge par un opérateur. Il peut être décroché par un opérateur ou perdu.
Appel décroché	Appel présenté et pris en charge par un opérateur (essentiellement par un ARM).
Appel traité automatiquement	Appel entrant dirigé/routé/orienté vers un serveur vocal interactif avec traitement automatique l'appel.
Appel perdu	Appel entrant raccroché au-delà du seuil d'attente métier ²³ (il s'agit d'un appel ni décroché, ni traité automatiquement).
Appels non entrants	
Appels non entrants	Appel initié par un correspondant extérieur mais qui n'entre pas dans le centre d'appels d'urgence. Il a trois statuts possibles.
Appel échoué	Appel non acheminé jusqu'à l'autocom pour des raisons dues à l'opérateur (ex. réseau...).
Appel rejeté	Appel acheminé par l'opérateur mais qui n'aboutit pas dans l'autocommutateur pour des raisons techniques (saturation de l'autocom, routage impossible...).
Appel inefficace	Appel qui est raccroché au moment de son arrivée dans l'autocom.
Appels sortants	
Appel sortant	Appel téléphonique initié à partir d'un poste du SAMU, quelle que soit la ligne utilisée. Il peut être établi ou non.

Les appels téléphoniques pris en compte concernent toutes les lignes et tous les postes du CRRA, utilisés dans le cadre de l'activité opérationnelle, habituelle ou exceptionnelle. Les appels de nature administrative, c'est-à-dire sans rapport avec une demande liée au soin, doivent être décomptés de façon distincte.

Le décompte des dossiers de régulation est également effectué. Il est réalisé indépendamment de celui des appels.

Développement et gestion du système d'information

Il existe un schéma directeur du système d'information qui prévoit et organise sa mise en place et son évolution. Cette mise en place s'effectue dans le respect du cadre législatif et réglementaire (notamment régime des autorisations, cadre applicable aux activités de télémedecine, cadre régissant la protection des données de santé à caractère personnel).

Il intègre la perspective de montée en charge du système national SI-Samu.

²³ Le seuil d'attente métier est aujourd'hui de 15 secondes (référentiel guide d'évaluation). Le rapport Marcus propose de réduire ce seuil à 10 secondes.

SI-Samu²⁴ : projet national de système d'information et de télécommunication des SAMU.

Le périmètre fonctionnel des systèmes d'information mis en œuvre au sein des SAMU est hétérogène.

Depuis 2013, les pouvoirs publics ont décidé de mutualiser au niveau national l'ensemble des outils des SAMU-Centres 15 pour améliorer la prise en charge des patients et de sécuriser le système d'information. Le programme de modernisation comprend à la fois un logiciel de régulation médicale, une téléphonie avancée, des outils de cartographies et de gestion des flux multicanaux.

Mandatée par le ministère chargé de la Santé, l'Agence du numérique en santé a pour mission de concevoir, construire et déployer le SI-Samu.

Le programme SI-Samu prévoit d'uniformiser et de déployer plusieurs fonctionnalités concernant :

- les interfaces avec les partenaires des SAMU ;
- la portabilité de services sur smartphone pour les professionnels de santé et pour les patients²⁵ ;
- l'entraide entre SAMU ;
- la gestion de crise ;
- le pilotage et l'hypervision des SAMU.

La gestion du système d'information doit :

- permettre **une haute disponibilité du système.**

Face au caractère potentiellement vital de chaque appel reçu par les SAMU, la disponibilité de l'accès à l'aide médicale urgente est essentielle. La « haute disponibilité » repose sur :

- le maintien en conditions opérationnelles du système :
 - entretien et maintenance du système,
 - existence d'un système de téléphonie de secours,
 - procédure de fonctionnement en cas de panne,
 - plan de reprise de l'activité ;
- la mise en œuvre d'une organisation d'entraide entre les SAMU.

La suppléance par un autre SAMU possible et prévue en cas de saturation ou d'impossibilité de recevoir les appels ou de panne de l'opérateur téléphonique permet l'accès permanent à l'aide médicale urgente ;

- assurer la capacité **d'interconnexion avec les autres acteurs.**

Le SAMU est en interaction permanente avec ses nombreux partenaires : services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), médecine libérale assurant la régulation de la permanence des soins (PDSA), transporteurs sanitaires privés, établissements de santé et médicosociaux, pharmacies, centres antipoison et de toxicovigilance (CAP-TV), forces de l'ordre, etc.

La mise en place de référentiels métier communs, issus des meilleures pratiques, et la capacité du système d'information des SAMU à s'interconnecter avec leurs partenaires, mais aussi avec les autres applications du secteur de la santé (logiciels métier des professionnels de santé, DMP, messagerie sécurisée ou encore répertoires opérationnels des ressources),

²⁴ Source : Agence du numérique en santé - <https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/si-samu>

²⁵ Exemples d'usages du smartphone : contact par le patient du SAMU via une application smartphone, facilitation des échanges entre professionnels de santé, notamment depuis les lieux de la prise en charge.

répondent aux besoins de qualification de l'appel reçu, d'engagement et d'orientation vers le juste soin avec un niveau de qualité élevée ;

- assurer la **sécurité des données et leur confidentialité**.

Encadré n° 4 : garantir la confidentialité des données de santé et les droits du patient

Les SAMU produisent des données de santé couvertes par le secret médical et plus largement par le secret professionnel, dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Dans la mesure où le système d'information du SAMU traite, collecte et conserve ces données, il doit assurer leur sécurité et leur confidentialité dans le respect des exigences légales.

Les mesures de sécurisation mises en place doivent permettre d'authentifier les professionnels de santé utilisateurs par le biais de la carte CPS ou d'un dispositif équivalent (article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

Les droits et modalités d'accès sont déterminés en fonction du rôle confié aux différents acteurs de la régulation médicale, en tenant compte des règles relatives à l'échange et au partage d'informations.

Par ailleurs, la régulation médicale des appels d'urgence est un acte de télémedecine qui doit être mené conformément aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre en charge de la Santé après avis de l'Agence du numérique en santé (cf. article R. 6316-10 du Code de la santé publique). En particulier, l'hébergement des données de santé à caractère personnel devra être confié à un hébergeur agréé.

Implémentation auprès des équipes

L'implémentation du système d'information et de ses évolutions en portant attention aux utilisateurs est également essentielle :

- les modalités d'utilisation du système d'information doivent être connues des professionnels, y compris celles correspondant au mode dégradé ;
- les règles de recueil des informations et la codification des informations suivent les recommandations des référentiels nationaux (1).

2.2.4. Gestion des ressources financières

Éléments-clés

- ➔ 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.

Le fonctionnement du SAMU nécessite des ressources financières en adéquation avec ses activités et ses besoins.

Les missions d'aide médicale urgente du SAMU sont financées au titre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIG SAMU). La régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires bénéficie d'un financement par les fonds d'intervention régionaux (FIR).

L'élaboration et le suivi du budget sont assurés conjointement par l'établissement et le responsable du SAMU :

- les ressources financières nécessaires à la conduite de la mission sont identifiées, notamment sur la base des données d'activité et sur l'évaluation de l'ensemble de ses coûts

(ressources humaines, locaux, système d'information, consommables divers, coûts annexes) (1) ;

- un budget est établi annuellement à partir de ces différents éléments. Les différentes unités fonctionnelles du SAMU (Centre 15, centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), centre de formation d'assistant de régulation médicale (CEFARM) s'il est rattaché au SAMU) y sont différenciées (1).

2.2.5. Gestion des relations avec les partenaires

Éléments-clés :

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

- 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 spécialisés sans passage par les urgences sont prévus dans ces situations.

Problématique

Le système de santé français place le SAMU au cœur du dispositif de médecine d'urgence préhospitalière. Le médecin régulateur doit être en mesure de disposer de moyens lui permettant d'apporter la réponse la plus adaptée aux besoins de chaque patient (1).

Pour ce faire :

- les SAMU doivent bénéficier d'un réseau de partenaires opérationnels interagissant dans un climat de confiance et dans le respect de la déontologie. Les conventions établies doivent être « vivantes » avec des échanges d'information efficaces au quotidien, des réunions communes régulières assurant mobilisation et coordination (1). Elles prévoient quand cela est nécessaire la gestion en commun des événements indésirables ;
- les SAMU doivent pouvoir bénéficier en temps réel de la disponibilité, des caractéristiques et de la géolocalisation des effecteurs de ses partenaires avant toute prise de décision (1) ;

- le médecin régulateur doit pouvoir bénéficier d'un retour d'information de la part du partenaire sollicité, sous la forme d'un bilan, d'un compte rendu, ou de tout autre moyen convenu par avance (1).

La gestion des relations avec les partenaires permet de mettre en place un réseau et des filières de prise en charge des patients en assurant les interfaces entre les structures.

Pour ce faire, l'établissement siège du SAMU doit adhérer au réseau des urgences (1) et le SAMU contribue à ses activités. Un répertoire opérationnel des ressources²⁶ (ROR) est disponible au niveau du territoire.²⁷

Formalisation des relations avec les partenaires

Le tableau n° 3 liste les partenaires du SAMU et les modalités du partenariat à établir.

Tableau n° 3 : partenaires du SAMU et modalités de partenariat

Partenaire	Modalités du partenariat
Partenaires extérieurs à l'établissement de santé contribuant à la prise en charge des patients	
SAMU limitrophes	Convention de coopération avec les établissements de santé sièges des SAMU limitrophes et, le cas échéant, du SAMU de coordination des Hélicismur Permet de prévoir la gestion des situations de pannes ou de débordements d'appel (1) ainsi que la reprise d'activité sur certaines périodes.
SMUR du territoire	Convention de fonctionnement avec chaque établissement siège d'une base SMUR de son territoire de régulation médicale, précisant les modalités de l'engagement du SMUR, en privilégiant la rapidité de mise en œuvre, y compris lorsque le SMUR n'est pas situé dans le même département (1).
Groupement hospitalier de territoire (GHT)	La coopération entre les établissements du groupement hospitalier de territoire permet notamment de favoriser la coordination inter établissements, la gestion des crises, la gestion des ressources humaines, l'harmonisation des pratiques, des systèmes d'information et du matériel utilisé.
Médecins correspondants des SAMU (MCS)	Convention avec les MCS présents sur son territoire précisant les modalités de leur engagement, leur matériel, leurs protocoles et leur formation.
Service d'incendie et de secours (SDIS, BSPP, BMPM)	Convention avec le service d'incendie et de secours ²⁸ traitant au minimum : – de l'information au SAMU des appels concernant la santé et de l'organisation des régulations médicales correspondantes par le CRRA ; – des modalités du respect du secret professionnel ;

²⁶ Le ministère des Solidarités et de la Santé définit le ROR comme « l'outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médicosocial, et à terme du social » <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror>

²⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror>

²⁸ Convention prévue par la circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.

	– du système d'information permettant l'échange d'informations sécurisées sans nécessité de ressaisie (lien 15/18) ; – de la transmission du bilan secouriste au SAMU. La collaboration avec les services d'incendie et de secours doit s'appuyer sur le référentiel national (32) décliné en fonction des spécificités territoriales. Certains SAMU sont organisés sur une plateforme commune avec les services d'incendie et de secours. De telles plateformes étaient en place dans 18 SAMU en 2019. Leur fonctionnement varie. Elles fonctionnent avec une interconnexion téléphonique²⁹ entre SAMU et service d'incendie et de secours et éventuellement avec une interconnexion informatique et un logiciel commun.
Permanence des soins ambulatoires (PDSA)	La collaboration entre les médecins régulateurs de l'aide médicale urgente et les médecins régulateurs généralistes est définie dans un document, partie intégrante du règlement intérieur du centre de régulation médicale (5). La PDSA est organisée sur la base d'un cahier des charges régional. Le SAMU dispose de la liste de garde : – des pharmacies et chirurgiens-dentistes ; – des praticiens paramédicaux (infirmiers(es), kinésithérapeutes) lorsque les listes existent ; – des médecins participant à la PDSA, des localisations et des horaires d'ouverture des maisons médicales.
Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	Il est souhaitable d'établir une convention pour structurer la collaboration entre le SAMU et la ou les CPTS du territoire correspondant. Les CPTS, qui se mettent en place progressivement, ont pour mission de permettre aux patients du territoire concerné d'obtenir un rendez-vous le jour-même ou dans les 24 heures (dès lors qu'il s'agit d'une urgence non vitale). Après vérification du besoin du patient, le SAMU peut l'adresser à la CPTS.
Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ³⁰	Les dispositifs d'appui à la coordination sont un partenaire potentiel des SAMU aujourd'hui et des différentes composantes du service d'accès aux soins demain pour permettre d'orienter les patients ayant des besoins complexes.
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	Il est souhaitable d'établir une convention pour structurer la collaboration entre le SAMU et les Ehpad du territoire correspondant, améliorer la prise en charge des appels provenant des Ehpad et éviter des transferts de résidents aux urgences. Plusieurs autres moyens permettent d'améliorer la prise en charge, notamment le partage d'informations <i>via</i> le dossier de liaison urgence, la régulation systématique avant transfert de patient d'un Ehpad aux urgences et le recours à la télémédecine.
Sociétés de transport sanitaire agréées et regroupement au sein d'une association de	En dehors des situations définies dans le cadre de conventions spécifiques, le SAMU doit privilégier le transport des patients par les ambulances agréées. Il est souhaitable que :

²⁹ Note conjointe DGOS – ministère de l'Intérieur du 25 juillet 2019 relative à la mise en œuvre systématique de l'interconnexion téléphonique.

³⁰ DAC = dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes institués par la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ils prévoient l'intégration des dispositifs d'appui aux parcours complexes existants au sein d'un dispositif d'appui unique dans un délai de 3 ans maximum.

transports sanitaires urgents (ATSU)	– les sociétés de transport sanitaire se regroupent au sein d'une association de transports sanitaires urgents (ATSU) afin d'établir une convention avec le SAMU ; – une coordination ambulancière opérationnelle soit localisée au SAMU ou que la plateforme de coordination ambulancière soit interfacée avec le SAMU ; – une liste de garde comportant un nombre d'ambulances et des horaires de garde en adéquation avec l'activité du département soit mise à disposition du SAMU ; – le système d'information du SAMU et de l'ATSU permette des échanges d'informations sécurisées sans nécessité de ressaisie. Cet interfaçage a pour objectif de faciliter la recherche et l'engagement des ambulances privées, de connaître la disponibilité et la géolocalisation en temps réel des ambulances privées, de permettre l'échange d'informations (statut, horaire, bilans...). Chaque intervention d'un moyen de l'ATSU doit faire l'objet d'un bilan transmis au SAMU demandeur avant tout transport.
Associations de secouristes (associations agréées de sécurité civile)	Dans le cadre de conventions spécifiques, il est souhaitable d'associer les associations de secouristes à l'activité de prise en charge des patients régulés par le SAMU. Des moyens secouristes associatifs peuvent être déclenchés par le SAMU pour des actions de secourisme. Les associations de secouristes sont soumises à une procédure d'agrément³¹. Chaque intervention d'un moyen secouriste doit faire l'objet d'un bilan secouriste au SAMU demandeur.
Partenaires internes à l'établissement de santé concourant à la prise en charge des patients.	
Service des urgences	L'ensemble des services d'urgences publics ou privés travaillent en collaboration avec le SAMU. Dans la mesure du possible, le SAMU informe le service des urgences de l'arrivée des patients régulés, cette information est nécessaire lorsqu'il est amené par un SMUR. L'admission du patient se fait dans le service des urgences le plus proche, sous réserve qu'il soit adapté à l'état du patient et que cela respecte le choix du patient.
SMUR	Lorsque le SMUR est implanté dans l'établissement de santé, siège du SAMU, leurs relations sont définies par le règlement intérieur ou par convention. Le SMUR assure en permanence la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé. Cette unité basée à l'hôpital intervient exclusivement sur régulation du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale. La rapidité d'intervention du SMUR doit être privilégiée et l'organisation doit prendre en compte la mutualisation des personnels médicaux et paramédicaux entre le SAMU, le SMUR et le service des urgences.
Services spécialisés correspondant à des filières de prise en charge (services de réanimation, USIC, UNV,	Les parcours de soins spécialisés identifiés sous forme de filières font l'objet d'une convention entre le SAMU et les services concernés. Le SAMU identifie le service adapté au patient. Le service receveur est contacté par le SAMU avant l'admission du patient pour en connaître la disponibilité.

³¹ Décret n° 2017-250 du 27 février 2017 relatif à la procédure d'agrément de sécurité civile.

traumatologie, gériatrie...)	Les modalités d'admission et l'information réciproque des services sont précisés dans la convention.
------------------------------	--

Partenaires institutionnels

Partenaires institutionnels (préfecture, police, gendarmerie)	Le SAMU, au cours de ses missions, est en relation avec de nombreux partenaires institutionnels. Il est important que le SAMU ait pré-identifié des interlocuteurs et/ou des filières de communication spécifiques pour chaque type de situation (exemples : événement impliquant de nombreuses victimes, toxi-infections alimentaires collectives), afin qu'en cas de nécessité, les bons interlocuteurs puissent être facilement joints, y compris en dehors des heures ouvrables (1).
Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMUTS)	Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS.³² Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. Le cahier des charges régional décrit : — l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation ; — l'organisation de la régulation des appels.³³
Réseau des urgences	Les réseaux des urgences au niveau des territoires organisent les liens entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des urgences. Une convention constitutive du réseau précise notamment les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU ou par la structure des urgences. Cette convention est soumise à l'approbation du directeur général de l'Agence régionale de santé, qui veille à la cohérence des réseaux définis au sein de la région et à leur articulation avec ceux des régions limitrophes.
Agence régionale de santé (ARS).	C'est la tutelle et le financeur du SAMU et de l'établissement de santé où il est basé. L'ARS est l'interlocuteur de l'établissement de santé et du SAMU sur de nombreux sujets, parmi lesquels :

³² Article R. 6313-1 du Code de la santé publique.

³³ Article R. 6315-6 du Code de la santé publique.

	– les gardes sur le territoire (médecin, ambulances privées) ; – les maladies à déclaration obligatoire (toxi-infection alimentaire collective, infections invasives à méningocoque, rougeole, hépatite A, légionellose, tuberculose) ; – la survenue de pathologies inhabituelles ou de cas groupés de pathologies infectieuses en collectivité ; – les événements sanitaires pouvant être liés à des pratiques de soins ; – les expositions à des agents environnementaux ; – les EI ou EIG survenant dans les établissements et services médico-sociaux pouvant avoir un impact sur la prise en charge ou la sécurité des usagers ou le fonctionnement ou l'organisation des établissements. Le dispositif ORSAN régional précise les relations opérationnelles entre le SAMU et l'ARS en cas de situations sanitaires exceptionnelles.
Associations d'usagers du système de santé	Des coopérations peuvent se situer : – dans le cadre de la Commission des usagers où siègent des représentants des usagers issus des associations ; – entre les associations d'usagers du système de santé et les SAMU, notamment pour organiser des actions d'information et de communication à destination du public ou des réunions spécifiques entre les professionnels et les usagers concernant par exemple des pathologies particulières ou le handicap.

Filières de prise en charge des patients

La prise en charge des urgences repose sur une organisation en réseau qui associe la proximité, la qualité et la sécurité pour la prise en charge du patient (1).

Les filières de prise en charge des patients sur le territoire sont identifiées.

Elles couvrent les situations-clés (AVC, maladie coronarienne, traumatologie grave, arrêt cardiorespiratoire...).

Il importe que des accès directs dans les services sans passage par les urgences soient prévus dans ces situations.

Évaluation du fonctionnement avec les partenaires

Le fonctionnement avec les partenaires doit faire l'objet d'une évaluation régulière de façon formelle et informelle avec des échanges d'informations et des réunions communes régulières assurant mobilisation et coordination.

2.3 Activités opérationnelles au service des patients et des usagers

2.3.1 Présentation générale des processus opérationnels

– Activités et processus opérationnels du SAMU

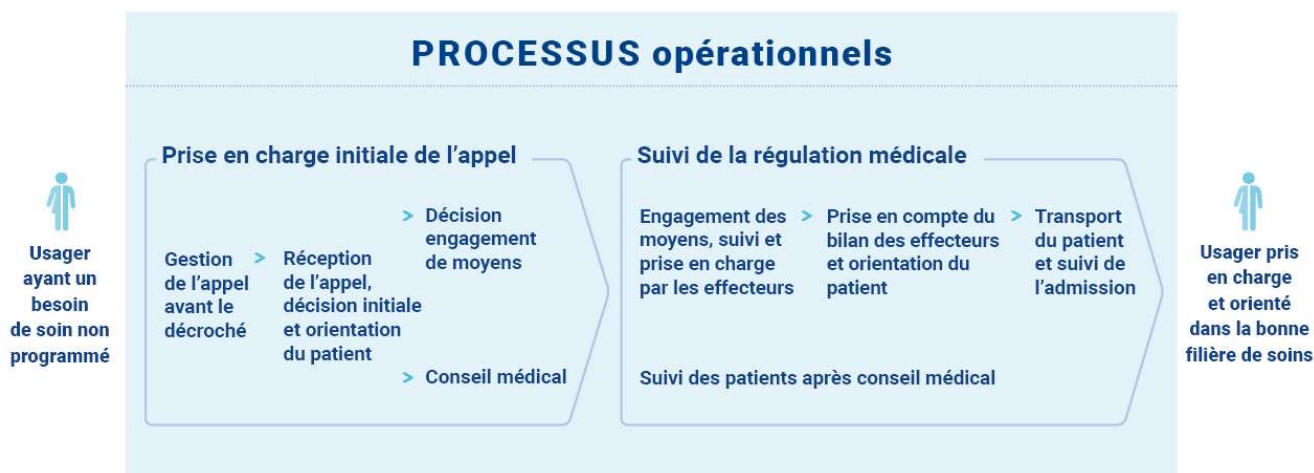
Les activités opérationnelles correspondent à la réalisation des missions du SAMU³⁴ :

- assurer une écoute médicale permanente ;
- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;
- organiser le transport vers un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- organiser le transport d'un établissement de santé public ou privé vers un autre établissement de santé des patients nécessitant une surveillance continue, des soins intensifs ou de réanimation ;
- assurer le suivi du patient, le suivi de la mise en œuvre des décisions du médecin régulateur et de l'intervention des effecteurs engagés par la régulation médicale ;
- veiller à l'admission du patient.

Ces activités peuvent être décrites par plusieurs processus opérationnels dont la présentation peut varier d'un SAMU à l'autre. Il appartiendra à chaque SAMU d'identifier et de décrire ses processus réels, ses points critiques et ses moyens de maîtrise basés sur les meilleures pratiques identifiées.

– Cartographie des processus

Il est retenu pour ce guide de présenter les activités opérationnelles des SAMU en les cartographiant de la façon suivante :



³⁴ Code de santé publique Art. L. 6311-1, L. 6311-2, R. 6311-1 à R. 6311-5. <http://www.legifrance.gouv.fr>.

N. B. : afin de simplifier la présentation, il est considéré que le point d'entrée dans les processus est l'appel de demande de soins d'un usager tout en étant conscient que :

- certains appels ne correspondent pas à une demande de soins (exemple : demande de renseignements) ;
- certains appels concernent plusieurs patients (en effet, l'appel de demande de soins peut correspondre à un ou plusieurs patients qui ont en commun une situation géographique à un moment donné (exemple : accident impliquant plusieurs victimes) (1)) ;
- certains appels sont transmis par un autre opérateur, par exemple le SIS ;
- certains appels émanent des établissements de santé pour régulation médicale en vue d'un transport infirmier inter-hospitalier (TIIH).

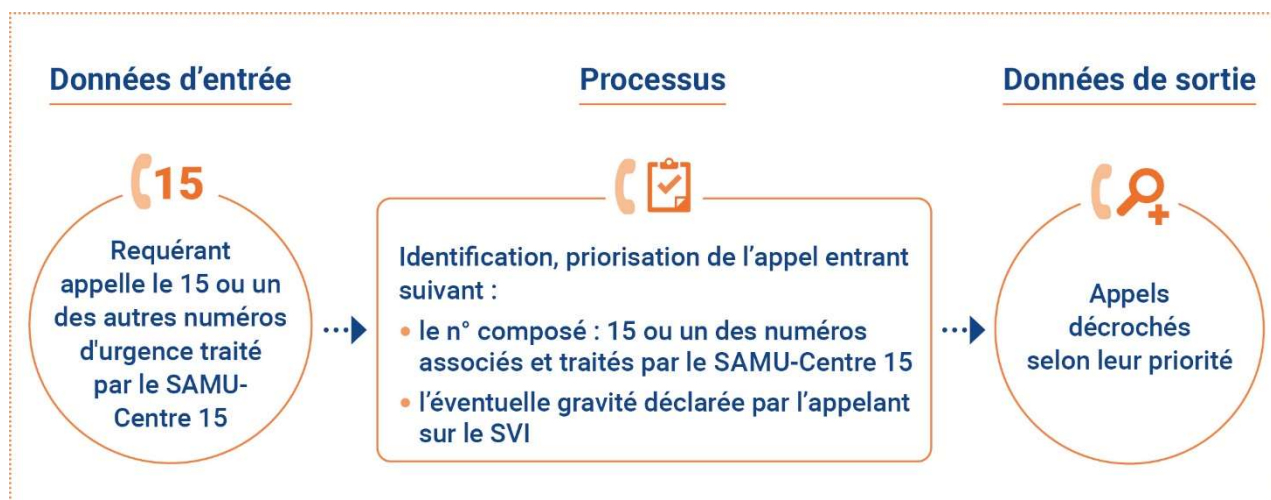
2.3.2 Maîtrise des processus opérationnels

Cette section est traitée sous la forme de fiches descriptives des principaux processus opérationnels.

Phase	Fiches
Gestion des appels avant décroché	Fiche n° 1 : processus de gestion des appels avant présentation. Fiche n° 2 : gestion du flux d'appels.
Prise en charge initiale de l'appel	Fiche n° 3 : processus de réception des appels, décision initiale et orientation du patient.
Suivi de la régulation médicale	Fiche n° 4 : processus d'engagement de moyens, d'acheminement et de prise en charge et bilan. Fiche n° 5 : processus de prise en compte du bilan des effecteurs et d'orientation du patient. Fiche n° 6 : processus de transport et suivi de l'admission. Fiche n° 7 : processus de suivi des patients après conseil médical.

Fiche n° 1 : processus de traitement des appels avant le décroché

Fonction du processus



Le traitement des appels par le système de téléphonie avancée avant le décroché par un professionnel a pour finalité de renforcer l'accessibilité des usagers aux centres de réception et de régulation des Appels (CRRA) des SAMU et de prioriser la réponse aux appels les plus urgents. Il contribue à l'atteinte des seuils de performance quantitatifs attendus^{35, 36} (33). Il s'agit notamment de prioriser le flux téléphonique 15 en le distinguant de l'ensemble des appels qui peuvent bénéficier d'un traitement spécifique alternatif.

Il assure les fonctions suivantes :

- classer chaque appel dans une catégorie d'appels (segmentation) ;
- déterminer le traitement adapté pour chaque appel en fonction de sa catégorie ;
- distribuer l'appel vers un professionnel chargé du traitement correspondant, connecté et disponible ;
- informer le professionnel de la nature et de la priorité de l'appel.

Il permet ainsi :

- de diriger automatiquement les appels vers le bon interlocuteur ;
- de prioriser les appels ;
- de mieux utiliser les ressources et d'augmenter la disponibilité en évitant, par exemple, le passage des appels pour bilan destinés aux « ARM Gestion » ou au médecin régulateur par les « ARM Accueil ».

Ce traitement est également appelé préqualification des appels.

³⁵ Performance attendue : prise en charge de 99 % des appels en moins de 60 secondes (1).

³⁶ Ces recommandations devraient changer dans le cadre des travaux interministériels = 90 % à 15 s 99 % à 30 s.

Fonctionnalités des systèmes de téléphonie avancée utiles au traitement de l'appel avant décroché

- La reconnaissance des numéros appelants et des numéros composés.

L'identification de l'origine des appels (appelant connu du système d'information) et du numéro appelé permet de catégoriser les appels, de les orienter vers un poste spécifique, puis de les présenter graphiquement aux professionnels chargés d'y répondre. Un niveau de priorité pour ces appels peut être défini.

Par exemple, on peut distinguer :

- un appel d'un patient au 15 (identifié graphiquement comme étant issu du flux 15) ;
- un appel au 15 issu du centre de traitement de l'alerte (CTA) du Service d'incendie et de secours (SIS) (identifié graphiquement comme étant issu du flux 18) ;
- un appel correspondant au bilan d'une équipe secouriste en intervention (34).

Ceci rend possible la détermination avant décroché du traitement le plus adapté à réaliser sur l'appel et du professionnel vers qui diriger l'appel.

- L'utilisation d'un serveur vocal interactif.

Le recueil d'informations complémentaires auprès de l'appelant en utilisant un serveur vocal interactif³⁷ (SVI) permet à l'appelant de spécifier une situation d'urgence, ce qui permet d'affiner la préqualification et d'orienter l'appel de façon optimale.

L'utilisation du SVI doit respecter deux principes :

- le SVI doit être simple et compréhensible ;
- le SVI doit se déclencher de manière dynamique uniquement lorsque les professionnels ne sont pas disponibles pour traiter l'appel.

En effet, l'utilisation du SVI consomme du temps (plusieurs secondes). Compte tenu de l'importance de réduire le délai appel-qualification et particulièrement dans les situations les plus graves, il n'est pas opportun de déclencher le SVI si des professionnels sont disponibles.

Lors des situations sanitaires exceptionnelles, le SVI permet l'activation de scénarios de distribution des appels prédéfinis, ce qui permet de préserver la gestion de l'activité courante en la séparant de celle liée à la gestion de la crise.

- La distribution des appels.

La distribution des appels consiste à attribuer automatiquement un appel à un professionnel. Le système peut décrocher l'appel automatiquement sans son intervention en fonction des choix d'organisation (*cf. infra*).

³⁷ Un serveur vocal interactif (SVI) est un système informatique capable de dialoguer avec un utilisateur par téléphone. Il est capable de réagir aux actions de l'utilisateur (appui sur des touches du téléphone, reconnaissance vocale ou reconnaissance de son numéro téléphonique d'appel) selon une logique préprogrammée. Source : https://fr.wikipedia.org/wiki/Serveur_vocal_interactif.

- L'interconnexion des SAMU.

La mise en commun des ressources disponibles entre plusieurs SAMU, réalisée en concertation avec les professionnels, permet l'amélioration de la prise en charge des appelants (35) (36).

Elle repose sur l'interconnexion des SAMU d'un territoire et la distribution des appels sur ce territoire. Lorsque le flux d'appels vers le SAMU du territoire ne lui permet plus de répondre à un appel dans un délai adapté, cet appel est basculé sur un SAMU voisin permettant le décroché et la qualification de cet appel.

Ce modèle opérationnel est en place dans certains pays du Nord de l'Europe.

- Un apport à venir de l'intelligence artificielle.

L'analyse de l'ambiance sonore et/ou conversationnelle avant, pendant et lors de transferts téléphoniques, apparaît aujourd'hui comme une source d'amélioration du traitement de l'appel avant décroché. Cette analyse permet d'identifier des éléments contextuels (cri, panique...) qui peuvent révéler une situation de détresse vitale réelle ou potentielle. L'analyse des mots, si elle est encore perfectible, laisse augurer des perspectives de meilleur traitement des demandes de soins (37). Lorsqu'elles seront disponibles en routine, ces nouvelles solutions pourront contribuer à assurer un traitement priorisé de certains appels et proposer aux ARM et aux médecins régulateurs une aide à la décision.

L'utilisation de l'intelligence artificielle dans cette perspective a fait l'objet d'expérimentations à l'étranger et en est au stade d'implémentation au titre d'expérimentations dans plusieurs SAMU français.

Déroulement et bonnes pratiques

Le déroulement de la prise en charge d'un appel s'effectue de la façon suivante (figure 5).

- **Amont de la présentation de l'appel :**
 - reconnaissance du numéro téléphonique de l'appelant ;
 - reconnaissance du numéro téléphonique appelé ;
 - recueil éventuel d'informations complémentaires *via* le serveur vocal interactif ;
 - classification de l'appel :
 - dans une catégorie,
 - dans un niveau de priorité selon la gravité ou le type d'appelant.
- **Présentation de l'appel au professionnel le mieux adapté en fonction de la catégorie auquel appartient cet appel.**
 - Grâce à ce processus, l'ARM et le médecin régulateur visualisent les appels présentés en attente. Ils peuvent également voir quel numéro a été composé par l'appelant : 15 ou tout autre numéro à dix chiffres, traité par le SAMU-Centre 15.
 - Une identification graphique permet de caractériser quel partenaire souhaite joindre le SAMU grâce à des icônes spécifiques.
 - Chaque professionnel (ARM, médecin régulateur) dispose d'un profil spécifique en fonction de son rôle, par exemple ARM accueil, ARM gestion dans certains SAMU.
- **Décroché de l'appel.**
 - Une fois que l'appel est distribué en fonction du profil, le décroché peut être automatique ou manuel selon le choix d'organisation. Une étude suggère que le décroché automatique améliore la fluidité globale du système et contribue à une réduction du délai entre l'appel et sa qualification, ce qui est un objectif central pour les patients dans les situations les plus graves (38).

Ce déroulement repose sur des règles de gestion des appels préétablies :

- définition d'un plan de segmentation des flux téléphoniques.

L'élaboration d'un plan de segmentation des flux téléphoniques consiste à définir des catégories d'appels en fonction du numéro appelant, du numéro appelé et des éventuelles informations recueillies par le SVI.

Ce plan est à établir par les équipes métier en lien avec les directions des systèmes d'information des établissements dans le respect de la normalisation des flux mis en œuvre dans le cadre du déploiement du programme national SI-Samu ;

- définition d'une « matrice de distribution et de priorisation des appels » faisant correspondre à chaque flux, le traitement le plus adapté.

Des matrices de distribution des appels sont à définir pour permettre de gérer automatiquement l'orientation des appels et la priorité de leur distribution.

La priorisation des appels prend en compte les numéros utilisés, le temps d'attente et l'éventuelle gravité déclarée par l'appelant sur le SVI.

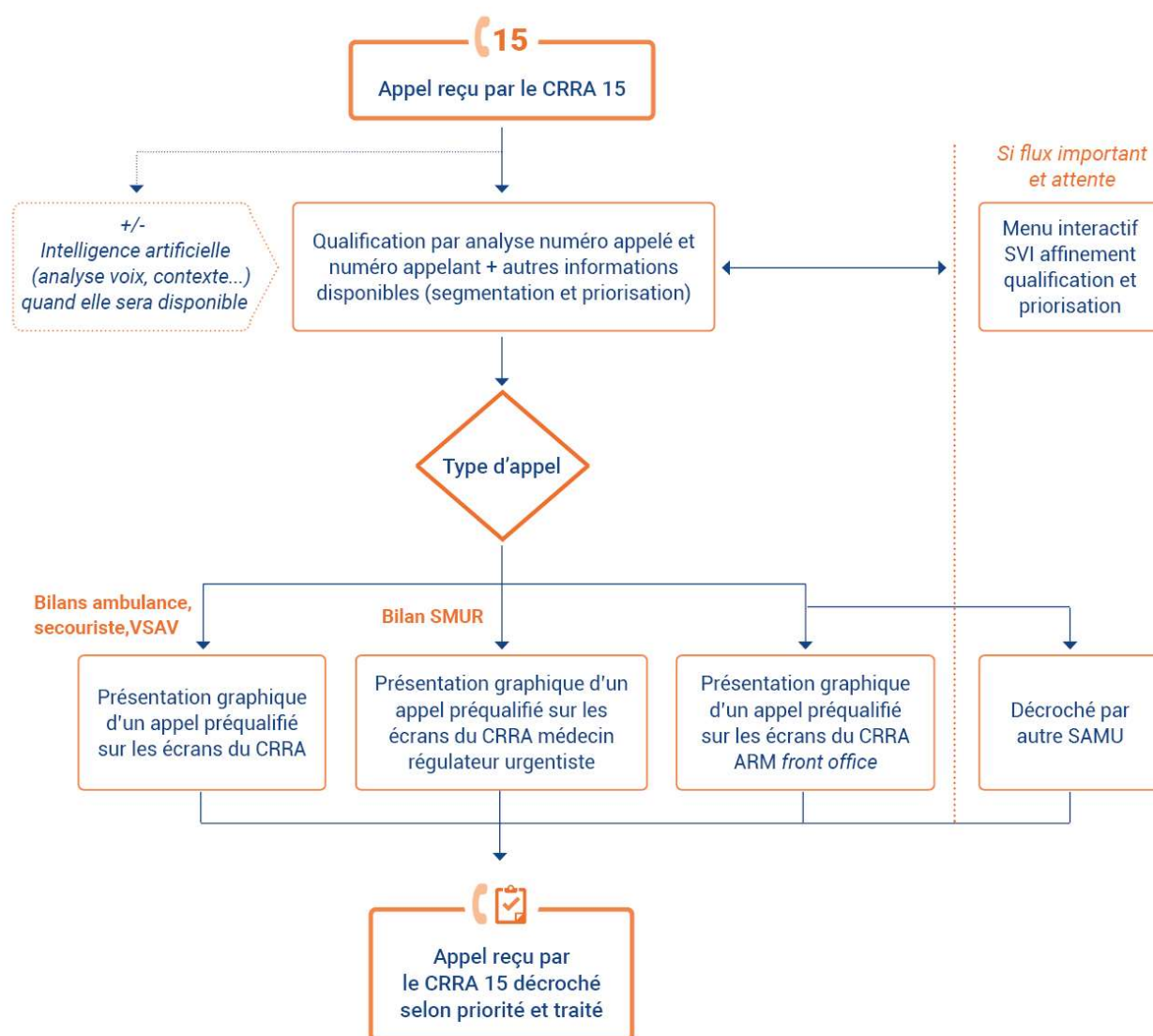


Figure 5 : traitement de l'appel par le système de téléphonie avant décroché.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise.

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Accessibilité/disponibilité du SAMU	Existence d'un système de téléphonie avancée	Assurer une maintenance préventive du système
Fiabilité de l'identification des appelants particuliers : médecin ; hôpitaux, etc.	Synergie avec les services informatiques et téléphoniques de l'établissement	Service informatique disponible 24 heures sur 24 pour les CRRA
Fiabilité de la préqualification	Paramétrage du système	Disposer d'un plan de continuité d'activité en cas de dysfonctionnement
Pertinence de la priorisation des appels	Identification de numéros d'appelant spécifique	Exiger des SLA (<i>service level agreement</i>) compatibles avec la criticité de la régulation médicale
Délai de réponse adapté à la situation	Maintien à jour des bases de données des numéros de téléphone	Assurer la mise à jour des bases de données des numéros de téléphone
Pertinence de l'orientation des appels		

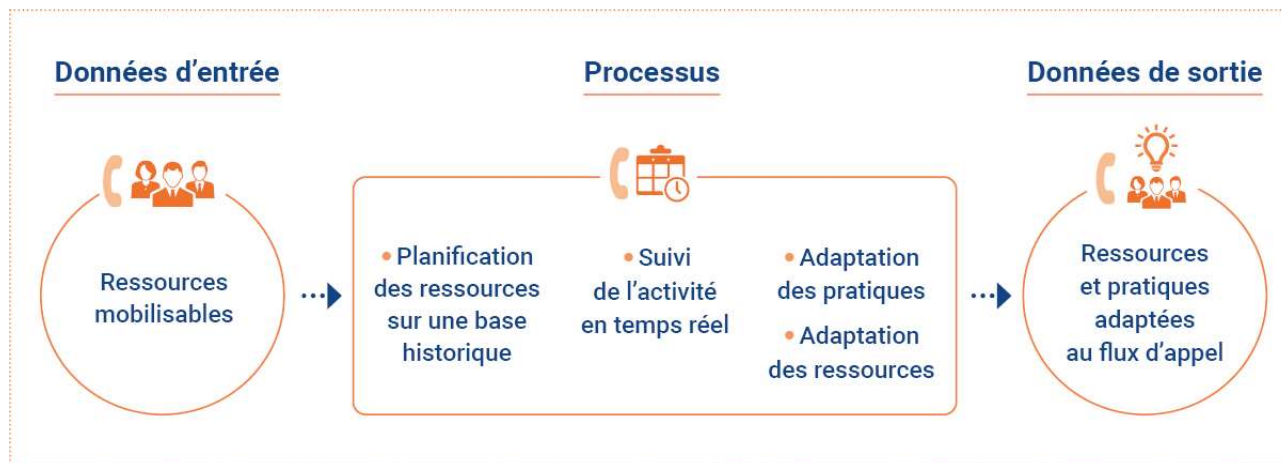
Comment évaluer ce processus ?

Plusieurs moyens permettent d'évaluer ce processus :

- la revue périodique du fonctionnement des applicatifs avec les services informatiques et téléphoniques ;
- l'étude des événements indésirables (dysfonctionnements techniques, erreurs d'orientation de l'appel, événements indésirables associés aux soins attribuables à ce processus) ;
- l'étude des indicateurs de performance clés (taux d'accueil, qualité de service, pourcentage d'appels perdus, nombre de dysfonctionnements techniques).

Fiche n° 2 : processus de gestion du flux d'appel

Fonction du processus



Le flux d'appels dans les SAMU varie fortement au cours du temps. La capacité du SAMU à « décrocher » les appels (décroché de tous les appels, décroché rapide des appels) est dépendante de la capacité à s'adapter au flux.

Une adaptation insuffisante à l'augmentation des flux peut conduire à :

- des appels perdus et une augmentation du délai de décroché qui peuvent être délétères pour la prise en charge des patients, notamment en cas d'urgence vitale ;
- une surcharge des professionnels qui les conduit à travailler vite et peut dégrader la qualité des réponses.

Le processus de gestion du flux d'appel a comme fonction :

- ➔ de planifier les ressources nécessaires en salle de régulation en fonction de l'activité prévisible au vu des données historiques ;
- ➔ de suivre l'activité du centre d'appels en temps réel et d'assurer l'adéquation des ressources humaines au flux d'appels réels.

Déroulement et bonnes pratiques

– Moyens d'adaptation au flux d'appels

L'existence d'une fonction supervision et l'adoption des modalités de management d'un centre d'appels sont essentielles (30), cf. 2.1.3.

L'adaptation aux variations de flux se fait en :

- anticipant les variations de flux prévisibles ;
- redéployant des ressources à l'intérieur du centre d'appels (par exemple, en renforçant le *front office* grâce au *back office*) ;
- agissant pour optimiser les actions des différents acteurs, par exemple :

- sensibilisation des professionnels à la maîtrise des durées d'appel,
- mise en attente des patients en situation non urgente dans des salles d'attentes virtuelles ou proposition d'un rappel au lieu d'une attente ;
- faisant appel à des ressources supplémentaires, si nécessaire ;
- basculant les appels sur des SAMU disponibles interconnectés (cf. fiche n° 1).

– Analyse des données

La gestion du flux d'appels repose sur la mobilisation de données, le calcul et l'analyse d'indicateurs.

Les données d'activité

L'analyse des données d'activité historiques et des données en temps réel est nécessaire pour l'adaptation au flux d'appels.

Le SAMU doit connaître l'importance de son activité appréhendée tout d'abord par :

- nombre d'appels entrants présentés ;
- nombre d'appels décrochés ;
- nombre de dossiers de régulation et de dossiers de régulation médicale.

Ces chiffres doivent être appréhendés globalement et par tranche horaire. Ils servent à la fois :

- à la planification : ils permettent de prévoir l'activité en fonction des périodes et de planifier les ressources nécessaires ;
- aux adaptations en temps réel.

Les indicateurs de qualité du décroché

Deux indicateurs mesurent la qualité du « décroché ».

Indicateur	Objectif	Mode de calcul ou mesure
Taux d'accueil	99 % (1)	Nombre d'appels répondus/(nombre d'appels distribués-nombre d'appels perdus avant 15 secondes)
Qualité de service à 60 s (QS60)	99 % ³⁸ (1)	Nombre d'appels répondus avant 60 secondes sur nombre d'appels répondus total

Les indicateurs informant sur l'adéquation des ressources à l'activité

- Le nombre d'appels décrochés.
- La durée moyenne des appels (durée moyenne de communication).
- La « qualité de service à 20 ou 60 secondes » (QS₂₀ ou QS₆₀ ; pourcentage des appels décrochés avant 20 ou 60 secondes).
- Le taux de charge des professionnels (proportion de leur temps connecté à leur poste passé en communication).

³⁸ Ces recommandations devraient changer dans le cadre des travaux interministériels = 90 % à 15 s, 99 % à 30 s.

Leur analyse est nécessaire pour gérer le flux d'appels (33). La capacité du SAMU à décrocher est notamment dépendante du taux de charge des professionnels. Un taux de charge maximum cible est fixé pour permettre une bonne performance du centre de réception des appels. Ce taux de charge doit être évalué sur chaque période sur la base d'analyse heure par heure et non en se fondant sur des moyennes. Une durée moyenne de communication élevée accroît le taux de charge. La durée moyenne de communication et le nombre d'appels décrochés augmentent le taux de charge, le taux de charge est lié négativement à la qualité de service.

Des limites supérieures sont admises pour ces indicateurs au-delà desquelles les performances se dégradent :

Indicateur	Limite supérieure	Mode de calcul ou mesure
Taux de charge ARM ³⁹	40 % (ARM) ⁴⁰ (1)	Temps en communication/temps connecté au système
Durée moyenne de communication	80-120 s pour les appels entrants (1) 200 s pour les appels sortants (1)	Temps de communication/nb appels entrants et sortants

Deux autres indicateurs mesurent l'importance de l'activité des professionnels :

- le nombre d'appels par ARM par heure dont la limite supérieure est fixée à 7,2 appels heure (1, 26) ;
- le nombre de dossiers de régulation médicale par médecin régulateur dont la limite supérieure reste à définir⁴¹.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise, évaluation

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Décrocher l'ensemble des appels	Existence d'une fonction superviseur	Effectif adapté aux flux d'appels pour assurer le décroché de l'ensemble des appels au CRRA
Décrocher rapidement les appels	Disponibilité de données par tranches horaires	Interconnexion avec les CRRA limitrophes
	Moyens mobilisables lors des pics d'activité	

Comment évaluer ce processus ?

La qualité du fonctionnement de ce processus s'évalue grâce aux indicateurs suivants :

- appels perdus ;
- taux d'accueil ;
- qualité de service à 60 s.

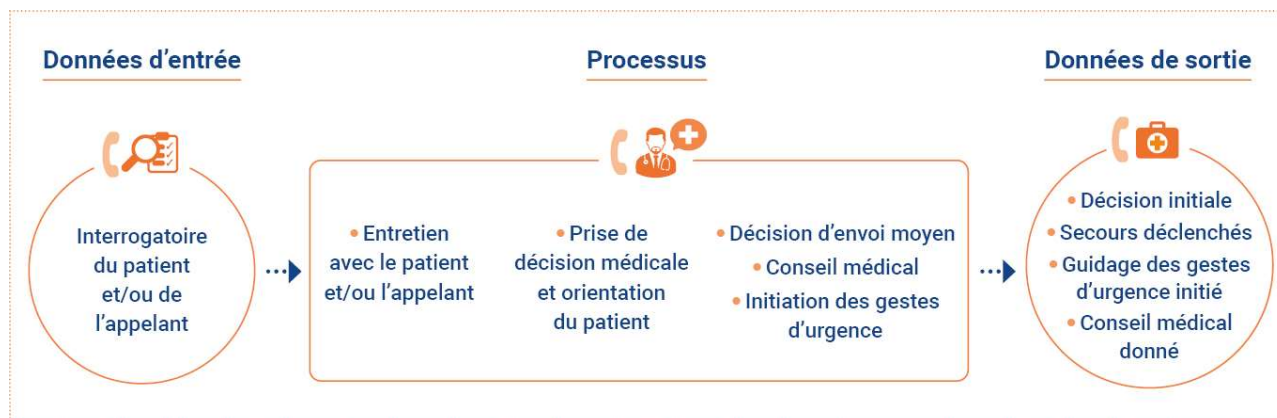
³⁹ Le taux de charge des médecins régulateurs est également un indicateur pertinent dont la limite supérieure reste à définir sur la base d'analyses approfondies.

⁴⁰ La limite supérieure du taux de charge se situe à 40 % lorsqu'un SAMU fonctionne seul ; cette limite est portée à 60 % en cas de mutualisation des ressources entre plusieurs SAMU (cf. fiche n° 1).

⁴¹ Le référentiel-guide d'évaluation SFMU/SUDF de 2015 recommande que « le nombre de DRM soit en moyenne de six par heure [...] sans excéder un maximum ponctuel de dix par heure. [...] » et mentionne que « cet indicateur doit être complété pour améliorer la pertinence de la répartition des ressources. Le taux de charge du médecin régulateur est un élément utile à étudier (sa production est une cible à atteindre). »

Fiche n° 3 : processus de réception des appels, décision initiale et orientation du patient

Fonction du processus



➔ Ce processus a pour finalité de prendre en charge l'ensemble des appels dirigés vers le SAMU, quel que soit le numéro appelé, et de leur apporter la réponse médicale adaptée.

Il comporte deux enjeux.

1) Décrocher tous les appels dans un délai adapté	2) Apporter la réponse médicale appropriée
Il repose sur la capacité du SAMU en tant que « plateforme téléphonique » ou « centre d'appels » à répondre à l'ensemble des appels présentés.	La réponse médicale apportée permet d'initier le parcours de soins adapté à la situation du patient.

Pour chaque appel, après avoir accueilli l'appelant et recueilli les éléments administratifs, il s'agit de « qualifier » la demande, et de commencer à « agir » et « orienter ».

Les résultats de ce processus sont une décision de régulation médicale avec selon les cas :

- une décision d'un envoi de moyens ;
- l'initiation de gestes d'urgence ;
- l'orientation du patient vers une filière de soin ;
- un conseil médical.

Déroulement et bonnes pratiques

La prise en charge de l'appel de demande de soins repose sur le décroché de l'appel par l'assistant de régulation médicale (ARM) qui accueille l'appelant, recueille les informations de façon structurée et standardisée (numéro de téléphone, localisation, identité, motif de l'appel), réalise un questionnement structuré de façon adaptée à la situation, évalue la gravité de la situation et qualifie l'appel selon la classification des degrés d'urgence en régulation (tableau n° 4).

L'évaluation de la gravité d'un appel est une étape majeure de la prise en charge de l'appel. Cette évaluation est effectuée dès les premiers mots de l'appelant par l'ARM, puis par un médecin régulateur. Un risque majeur est de sous-évaluer la gravité d'un appel ou de perdre un temps précieux avec un questionnement non suffisamment efficace.

Tableau n° 4 : qualification par l'ARM des degrés d'urgence en régulation médicale⁴²

Niveau de priorité		Précision
P0	Engagement réflexe de ressources par l'ARM immédiatement suivi d'un acte de régulation médicale prioritaire et, le cas échéant, initiation de gestes d'urgence.	Il s'agit de circonstances où le patient présente une urgence vitale pour laquelle la notion de temps est essentielle.
P1	Régulation médicale prioritaire.	Il s'agit des appels nécessitant une régulation médicale prioritaire, pour lesquels il existe un doute fort sur la qualification du degré d'urgence avec une urgence vitale potentielle avec ou sans pronostic vital engagé.
P2	Régulation médicale éventuellement temporisée.	Ces appels sont mis dans la salle d'attente d'un médecin régulateur, sans risque pour le patient, d'autres régulations médicales plus urgentes ou plus anciennes étant en cours.
P3	Régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel.	Après qualification de l'appel par un ARM, la communication peut être raccrochée avant la phase de régulation médicale, sans risque pour le patient.

Deux situations sont à distinguer en fonction de la gravité.

1) Les situations ne relevant pas de l'urgence vitale (qualification P1 à P3 par l'ARM)

À l'issue de son entretien avec l'appelant, l'ARM recourt au médecin régulateur de l'aide médicale urgente ou au médecin régulateur généraliste. Le médecin régulateur est informé du motif de l'appel et de la situation du patient et prend le patient ou l'appelant en ligne si nécessaire⁴³.

Le transfert des informations au médecin régulateur repose sur l'échange verbal d'informations et sur les informations saisies dans le dossier de régulation médicale. Les modalités de ce transfert (par exemple, échange d'informations par téléphone ou non) sont variables en fonction du degré d'urgence, de la disponibilité du médecin régulateur et du niveau d'activité du SAMU.

La régulation du SAMU est une régulation médicale. Lorsque ceci est nécessaire, le médecin régulateur dialogue directement avec l'appelant en ligne. Dans les autres cas, comme le prévoient les recommandations 2011 de la HAS sur la régulation médicale : « ... Le médecin régulateur peut ne pas prendre l'appelant personnellement en ligne, mais la décision mise en œuvre par l'assistant de régulation médicale (ARM) est soumise à la validation du médecin et donc, *in fine*, prise sous la responsabilité du médecin régulateur » (5).

⁴² <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/vie-professionnelle/guide-de-regulation>

⁴³ Dans certains cas relevant des soins non programmés, lorsque d'autres régulations sont en cours et que la régulation peut être mise en attente sans risque pour le patient, il peut être demandé à l'appelant de raccrocher dans l'attente du rappel par le médecin régulateur généraliste. Ceci permet de libérer les lignes et d'éviter à l'appelant une attente dans la salle d'attente virtuelle.

Lorsque le médecin prend l'appelant en ligne, le transfert de l'appelant au médecin peut s'effectuer de deux façons (6) :

- transfert direct de l'appel, l'ARM :
 - indique au patient qu'il va passer la communication au médecin régulateur,
 - transfère l'appel au médecin régulateur sans présentation orale ;
- transfert accompagné de l'appel, l'ARM :
 - indique au patient qu'il va passer la communication au médecin régulateur,
 - présente de manière synthétique la situation en restant factuel et sans évoquer de diagnostic de façon à ne pas influencer le médecin régulateur,
 - met en relation le médecin régulateur avec l'appelant.

À l'issue de ces étapes, que le médecin ait pris l'appelant/le patient en ligne ou non, il a pris la décision de régulation médicale dont les éléments peuvent être :

- d'envoyer des moyens sur place : SMUR, VSAV, ambulance privée, secouristes, médecin correspondant du SAMU (toujours accompagné de l'envoi du SMUR)) ;
- de guider des gestes de secourisme à réaliser en attendant l'arrivée des secours ;
- de délivrer un conseil médical : consulter un médecin, se rendre aux urgences, prescription téléphonique, autre conduite à tenir.

La traçabilité de l'intervention du médecin, de son analyse de la situation et de sa prise de décision est essentielle. Elle se fait de plusieurs façons :

- par l'enregistrement des communications en cas de communication directe avec l'appelant ou en cas d'échange téléphonique entre l'ARM et le médecin régulateur ;
- par les informations saisies par le médecin dans le dossier de régulation médicale.

2) Les situations d'urgence vitale (qualification P0 par l'ARM)

Les situations d'urgence vitale, appels scorés « P0 » par l'ARM, nécessitent une prise en charge dans les meilleurs délais. La réponse adaptée est d'envoyer le plus rapidement possible un moyen en mesure de prendre en charge la victime. Le paramètre de rapidité prime sur tout autre. La capacité à prendre une décision, à envoyer les moyens et à démarrer les gestes d'urgence dans un délai bref constitue un point critique dans la prise en charge des appels pour détresse vitale.

En cas d'urgence vitale, l'ARM déclenche le départ réflexe d'une équipe du SMUR⁴⁴ et le plus souvent d'un autre effecteur avec information immédiate du médecin régulateur et régulation médicale prioritaire. L'appel devrait être pris en charge par le médecin régulateur dans les 20 secondes (39).

Définition : le départ réflexe est l'envoi d'une équipe SMUR, sans avis du médecin régulateur avec information immédiate de celui-ci, suivie d'une régulation prioritaire.

Il a pour but de réduire le délai de prise en charge du malade par le déclenchement précoce d'une équipe SMUR dans les situations habituellement reconnues comme une urgence vitale extrême (4).

L'appelant et le premier secours éventuellement déclenché ou présent doivent en être informés et le suivi de l'intervention assuré (4, 6).

⁴⁴ Accompagné des autres moyens adaptés à la situation, notamment VSAV ou médecin correspondant du SAMU.

Les indications d'un engagement réflexe du SMUR par l'ARM sont précisées dans le guide d'aide à la régulation publié par Samu-Urgences de France et la SFMU (4) (cf. encadré n° 5).

Encadré n° 5 : circonstances pouvant entraîner un engagement réflexe du SMUR par l'ARM (source : guide d'aide à la régulation médicale - 2019 - <https://www.guide-regulation-medicale.fr>)

- Arrêt cardiorespiratoire de type « mort subite » (la « découverte de cadavre » ne justifie pas l'envoi du SMUR).
- Accident à cinétique élevée (défenestration, projection...).
- Accident du trafic avec piéton ou conducteur de deux roues, inerte.
- Écrasement permanent d'un membre ou du tronc, ensevelissement complet.
- Pendaison très récente, dépendu.
- Signes évidents de détresse vitale à la suite :
 - d'une plaie par arme à feu multiple ou de l'extrémité céphalique ou du tronc ;
 - d'une plaie par arme blanche cervico-faciale, thoracique, abdominale.
- Section complète au-dessus du métacarpe ou du métatarse.
- Accident grave de machine agricole professionnelle.
- Accident électrique avec haute tension ou foudre.
- Noyade récente, si la victime est sortie de l'eau et les signes de détresse vitale évidents.
- Accouchement : le bébé est né ou une partie de l'enfant est visible à la vulve.

Si le médecin régulateur estime la gravité moindre que le motif d'appel ne le laissait supposer, il peut être amené à arrêter la mission avant l'arrivée du SMUR sur les lieux de l'intervention (4).

L'ARM peut également solliciter la mise en œuvre de mesure d'anticipation (pré-alerte équipe SMUR), afin d'améliorer les délais de départ des équipes de SMUR (6) lorsqu'il identifie une situation à forte probabilité d'engagement de SMUR, en dehors des situations relevant d'un départ réflexe.

L'ARM peut guider l'appelant pour la réalisation de gestes d'urgence ou de mesures conservatoires, dans le cadre de protocoles préétablis (5).

Bonnes pratiques de prise en charge d'un appel

Plusieurs bonnes pratiques permettant de fiabiliser la régulation médicale sont identifiées (5, 40, 41). Ces pratiques sont listées dans l'encadré n° 6.

Encadré n° 6 : bonnes pratiques de prise en charge d'un appel permettant de fiabiliser la régulation médicale

- La réalisation d'une démarche systématique indépendamment des orientations données par les personnes ayant transmis l'appel.
- La recherche systématique des signes de gravité.
- L'appréciation du contexte.
Certains contextes doivent alerter et éventuellement conduire à l'envoi d'un effecteur : situation de précarité du patient, difficultés de communication, répétition des appels⁴⁵, impatience ou panique du requérant, non

⁴⁵ Le renouvellement de l'appel peut témoigner, soit de la gravité de la situation, soit d'une incapacité du patient ou de son entourage à bien gérer la situation.

adhésion à la conduite proposée ou difficulté de compréhension des consignes, personne seule, entourage apparaissant déficient, incertitude sur la capacité du patient à renouveler son appel en cas de besoin.

- La prise en ligne du patient lorsqu'il n'est pas l'appelant et qu'il est en mesure de parler au téléphone.
- Lorsque le patient ne peut pas être pris en ligne, il convient d'être d'autant plus prudent dans la décision que le recueil des données est plus pauvre et peut ne pas permettre d'éliminer un diagnostic grave.
- La recherche d'adhésion du patient et/ou du requérant à la conduite à tenir proposée.

L'absence d'adhésion expose à des comportements inadaptés du patient et de l'entourage.

En cas de désaccord ou de dialogue conflictuel entre l'appelant et le médecin régulateur, l'appel est réorienté vers un autre médecin régulateur, lorsque cela est possible. Le second médecin régulateur reprend alors intégralement l'échange avec l'appelant et procède à une nouvelle évaluation du cas.

Lorsque l'appel émane d'un médecin qui vient d'examiner le patient, il convient d'être prudent en cas de désaccord sur le choix de l'effecteur et considérer que le choix appartient au médecin requérant qui a plus d'éléments pour apprécier la situation.

Dans le cas où le patient refuse les soins prescrits ou le type de prise en charge proposée, le médecin régulateur s'assure que le patient a reçu une information claire et compréhensible.

- La prise en compte des contraintes de disponibilité des moyens.

La décision d'envoyer les moyens ne doit tenir compte que du besoin du patient et non de la préservation de moyens pour d'éventuelles interventions ultérieures.

L'indisponibilité d'un SMUR doit être considérée comme temporaire (disponibilité après fin de mission d'un SMUR actuellement engagé, engagement d'un SMUR d'un département voisin...).

Protocoles de régulation médicale

Afin d'améliorer la prise en charge des patients relevant de certaines situations, les centres de régulation médicale élaborent en interne des procédures de régulation médicale et des déclinaisons des protocoles de régulation médicale édictés par les sociétés savantes ou professionnelles (5).

Les situations cliniques faisant l'objet d'un protocole de régulation médicale sont définies dans chaque SAMU. Néanmoins, les situations suivantes devraient en faire l'objet impérativement (1, 42) :

- accident vasculaire cérébral ;
- anaphylaxie ;
- arrêt cardiaque ;
- douleur thoracique ;
- intoxication au monoxyde carbone (CO) ;
- mort inattendue du nourrisson ;
- noyade, accident de plongée ;
- obstétrique et accouchement ;
- problèmes psychiatriques ;
- syndromes convulsifs ;
- traumatisé grave ;
- les rappels successifs pour un même patient.

Les situations simples et fréquentes de faible gravité, préalablement définies, peuvent également faire l'objet de protocoles avec conduite à tenir définie, afin d'optimiser la prise d'appel par l'ARM et de réduire le temps de régulation par le médecin.

Le médecin régulateur décidera d'une orientation du patient dans un objectif de gradation des soins, de la médecine de ville aux établissements de santé.

Le SAMU peut établir une liste d'autres situations qui sont encadrées par des modalités de questionnement ou qui font l'objet d'un protocole de régulation médicale spécifique. Ces protocoles visent notamment à maîtriser le questionnement par l'ARM et par le médecin et à évaluer de façon plus fiable la gravité d'un appel.

Certains systèmes d'information de SAMU permettent d'implémenter ces protocoles en assurant les fonctions suivantes :

- afficher des questions à poser en s'adaptant à la situation rencontrée ;
- fournir au médecin une aide à la décision (scores ou algorithmes (exemple : score SPIA, RUD...) ou d'autres outils d'aide à la décision.

Les professionnels doivent être formés aux situations qui font l'objet de protocoles et les pratiques professionnelles correspondantes doivent être évaluées.

Par ailleurs, les médecins régulateurs peuvent s'aider dans leur démarche clinique avec des guides diffusés par des sociétés savantes ou professionnelles (5).

Situations particulières

– Appels relevant des soins non programmés

Les appels relevant des soins non programmés orientés vers le médecin régulateur généraliste conduisent à une prise en ligne du patient par le médecin compte tenu de la nature de l'appel (avis médical ou consultation par téléphone).

– Appels à caractère médicosocial

Il est souhaitable que les appels à caractère médicosocial (détresse sociale, malades de l'alcool, personne en situation de précarité, etc.) fassent l'objet d'un protocole et d'une prise en charge spécifiques par le SAMU lui-même ou avec l'appui d'une structure médicosociale ; en effet, ces appels correspondent fréquemment à des appels itératifs au SAMU et émanent de patients en état de précarité. La prise en charge de ces patients dans un second temps peut permettre de comprendre plus précisément la situation, de trouver des solutions, d'éviter des appels itératifs et d'améliorer le pronostic.

– Appels provenant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Il est souhaitable que les appels concernant des personnes résidant en Ehpad fassent l'objet d'un protocole spécifique élaboré conjointement et validé par le SAMU, la coordination gériatrique territoriale, les médecins coordonnateurs, les professionnels de santé de ville et l'ensemble des partenaires concernés.

- **Appels relevant des situations de fin de vie ou de non-réanimation**

Ces situations sont à traiter dans le cadre de la régulation médicale systématique en prenant en compte la réglementation, l'existence de directives anticipées et en s'abstenant de toute obstination déraisonnable dans l'intérêt premier du patient⁴⁶. Cette question devra être approfondie dans le cadre de recommandations des sociétés savantes concernées. Elle devra également faire l'objet d'une réflexion éthique au sein de chaque SAMU en lien avec les filières concernées, notamment palliative, gériatrique et la médecine de ville.

- **Situations ne permettant pas d'évaluer de manière fiable et objective la situation du patient**

Certaines situations ne permettent pas d'évaluer de manière fiable et objective la situation du patient. **Le doute doit toujours bénéficier au patient** et entraîner l'envoi de moyens.

Ces situations résultent de difficultés de communication avec l'appelant (exemples : en raison d'un appelant en situation d'ébriété, en raison d'autres éléments d'incertitude ou d'un appel par un proche d'une personne ayant signalé un symptôme préoccupant et ne répondant plus au téléphone, impossibilité de joindre à nouveau l'appelant à la suite d'un appel interrompu). Il peut également s'agir d'une situation inhabituelle ou qui n'a jamais été rencontrée. Ces situations s'accompagnent d'un risque de ne pas intervenir alors que l'intervention serait nécessaire. Une étude norvégienne a montré que dans ces situations d'incertitude, les professionnels réagissaient en fonction des valeurs de l'organisation et du sens donné à leur mission (43). Ces situations méritent de faire l'objet de partage d'expérience entre les professionnels et de formation au mieux lors d'exercices de simulation.

- **Appels raccrochés**

Les appels raccrochés lors du transfert de l'ARM au médecin régulateur ou raccrochés en salle d'attente virtuelle doivent être rappelés. Pour ce faire, ils doivent être identifiés et listés par le système d'information et faire l'objet d'alerte.

⁴⁶ Article R. 4127-37 du CSP.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Décroché de tous les appels dans un délai adapté	Situations d'afflux d'appels Évaluation de la gravité d'un appel	Adéquation de l'organisation et des ressources au flux d'appels
Réponse médicale aux appels appropriée (parcours de soins initié adapté au motif d'appel, moyen adéquat envoyé)	Rapidité de décision et d'envoi des secours en cas d'urgence vitale Transfert de l'appel entre ARM et médecin ou attente dans une salle d'attente virtuelle (risque d'appels raccrochés, temps d'attente non adapté à la situation du patient)	Compétence des professionnels (formation initiale et continue, formation aux protocoles/procédures)
Délai de réponse adapté à la gravité de la situation (y compris mise en œuvre des gestes d'urgence)	Situations ne permettant pas d'évaluer de manière fiable et objective la situation du patient	Qualité du travail en équipe Respect des bonnes pratiques de prise en charge d'un appel
Traçabilité de la régulation médicale dans le dossier		Fiabilisation du processus de réponse à l'urgence vitale Décision de prise d'appel par le médecin régulateur Protocoles de régulation médicale sur certaines situations cliniques Capacité du système d'information à permettre le rappel des patients ayant raccroché Priorisation de la régulation des appels selon les recommandations professionnelles

Comment évaluer ce processus ?

Plusieurs moyens permettent d'évaluer ce processus.

– Suivi d'indicateurs

Exemples d'indicateurs à usage interne

Le recueil et l'analyse d'indicateurs peuvent concerner par exemple :

- indicateurs descriptifs qui renseignent sur les pratiques en vigueur au sein du SAMU :
 - pourcentage d'appels non transférés au médecin sur l'ensemble des appels décrochés en dehors de l'urgence vitale,
 - nombre d'engagements réflexes par l'ARM en situation d'urgence vitale,
 - nombre de situations ne permettant pas d'évaluer de manière fiable et objective la situation du patient ;
- indicateurs qui renseignent sur la qualité du fonctionnement :
 - délai de prise en charge concernant les urgences vitales,
 - pourcentage d'appels perdus lors du transfert entre l'ARM et le médecin régulateur,
 - pourcentage d'appels transférés au médecin régulateur généraliste et retransférés au médecin régulateur de l'aide médicale urgente et inversement,
 - pourcentage de respect des protocoles par les médecins et les ARM,
 - sensibilité, spécificité et valeur prédictive positive et négative des engagements réflexes réalisés par les ARM, et les médecins,

- pourcentage de dossiers de régulation médicale pour lesquels des moyens complémentaires ont dû être engagés,
- pourcentage de désengagement par le médecin régulateur de moyens engagés par l'ARM en situation d'urgence vitale ou hors urgence vitale.

Le choix des indicateurs s'effectue par chaque SAMU en fonction de ses besoins d'information pour conduire la démarche d'amélioration à un moment donné. Certains indicateurs non obtenus automatiquement par le système d'information peuvent faire l'objet d'un recueil *ad hoc* sur une durée courte.

– Événements indésirables liés à ce processus

Les EI survenant au SAMU permettent d'appréhender les risques existants sur ce processus.

Les événements indésirables peuvent être identifiés par :

- la déclaration des professionnels dans les fiches d'événements indésirables ;

Les EIG déclarés au plan national impliquent dans 50 % des cas ce processus. Bien que non représentatifs de l'ensemble des EIG en lien avec les prises en charge du SAMU et peu fréquents par rapport à l'ensemble des appels au SAMU, ils informent sur les défaillances pouvant survenir.

La majorité de ces EIG ont eu pour conséquence le décès du patient. Dans la moitié des cas, l'appel au SAMU avait conduit à un conseil médical sans envoi d'effecteur, dans la majorité des autres cas l'effecteur choisi n'était pas adapté.

Les causes immédiates identifiées sont des erreurs de diagnostic de régulation, une sous-évaluation de la gravité avec, selon les cas, un interrogatoire insuffisant, le non-suivi des protocoles de régulation médicale, un manque d'écoute du patient ou de l'appelant, l'absence de recours au médecin régulateur.

Le flux d'appels, les tableaux cliniques atypiques, des difficultés de communication avec le patient, une information donnée ou un examen antérieur rassurant par un autre professionnel ont contribué, selon les cas, à ces événements.

- La méthode des *triggers*⁴⁷ (cf. p 85).

Certains *triggers* permettent d'identifier un événement indésirable sur ce processus :

- délai de décision SMUR (délai entre l'appel initial au CRRA et l'envoi d'un équipage SMUR supérieur à 45 minutes),
- envoi de moyens lors d'une deuxième décision (pour un même patient, prise d'au moins deux décisions à plus de 60 minutes d'intervalle dont la dernière est l'envoi d'un moyen sur place (transport sanitaire privé, VSAV, SMUR).

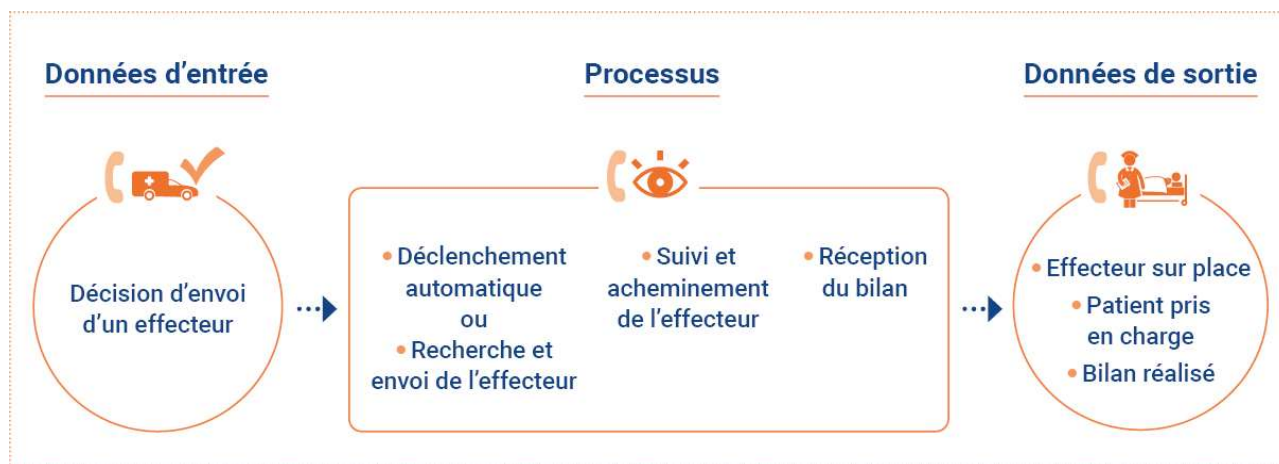
- **Évaluation de la satisfaction des patients** (enquête de satisfaction (qualité de l'écoute et des échanges, perception de la qualité de la prise en charge, prise en compte des préférences), mesure de l'expérience patient, étude des plaintes, réclamations et remerciements).

- **Évaluation des pratiques** (*débriefing*, *staffs*, réunion d'échanges sur les pratiques, revue de dossier, patient traceur...).

⁴⁷ La méthode des *triggers* est présentée page 86. Elle vise à identifier des événements indésirables en étudiant les dossiers dans lesquels un événement particulier (le *trigger*) est rencontré. Un *trigger* est choisi quand sa présence est associée à une probabilité forte d'événement indésirable.

Fiche n° 4 : processus d'engagement de moyens, d'acheminement, de prise en charge et bilan des effecteurs

Fonction du processus



Une fois la décision de régulation médicale prise, le SAMU a pour mission d'organiser, lorsque cela est indiqué, le transport vers un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ou à une association de secouristes.

Il s'agit d'engager les moyens opérationnels et d'assurer la coordination de leur intervention.

Ces moyens peuvent être :

- médicalisés : SMUR, médecin généraliste, médecin correspondant du SAMU, autres véhicules de réanimation médicalisés ;
- non médicalisés : transporteur privé (ambulanciers), public (VSAV) ou associatif.

Déroulement et bonnes pratiques

— Modalités d'engagement des moyens

Les modalités d'engagement des moyens varient selon le type de moyens et l'organisation locale des SAMU :

- SMUR : l'engagement des moyens après régulation médicale se fait au moment de la prise de décision, idéalement par transmission des caractéristiques de l'intervention *via* le système d'information ou par téléphone ou autre moyen. Il s'y associe une transmission orale entre intervenants dans la mesure du possible ;
- moyens du service d'incendie et de secours : la demande d'engagement opérationnel des moyens après régulation médicale peut se faire par transmission automatique *via* le système d'information et par téléphone ;

- ambulances privées : il est nécessaire de rechercher le moyen à proximité et d'obtenir l'acceptation d'une mission.

Le délai d'intervention de ce moyen doit notamment être compatible avec le délai demandé par le médecin qui doit être précisé dans le dossier de régulation médicale ; à défaut de disponibilité dans un délai adapté, un autre moyen pourra être recherché.

Le rôle de la coordination ambulancière est important pour faciliter cet envoi ;

Les outils interfacés du marché pour les ambulanciers permettant la géolocalisation des moyens apportent la connaissance de la disponibilité et des délais d'intervention en temps réel et la transmission automatique vers l'effecteur. Ils permettent ainsi une recherche facilitée d'une ambulance disponible proche du lieu d'intervention, la traçabilité et le suivi de l'intervention.

- associations agréées de sécurité civile.

Dans le cadre de conventions, les associations agréées de sécurité civile peuvent être mobilisées à la demande du médecin régulateur ;

- médecins correspondants du SAMU.

L'engagement opérationnel des médecins correspondants du SAMU doit faire l'objet d'une régulation médicale et d'une communication entre le médecin régulateur et le MCS. Il se fait dans l'attente de l'arrivée du SMUR auprès de patients en situation d'urgence médicale grave situés dans des zones isolées ;

- médecins généralistes.

L'engagement opérationnel des médecins généralistes doit faire l'objet d'une régulation médicale et d'une communication entre l'ARM ou le médecin régulateur et le médecin généraliste.

Les modalités de cet engagement dépendent de la situation locale et de l'horaire. Elles sont à organiser au niveau du territoire.

Le dispositif est en cours d'évolution vers un dispositif de soins non programmés ambulatoire.

Quel que soit l'effecteur,

- l'engagement s'accompagne d'une confirmation de la bonne réception de l'ordre de départ (accusé de réception) et du délai d'intervention adapté à la situation ;
- la transmission automatisée de la feuille de route dans un format adapté à l'effecteur permet d'éviter les ressaisies et les erreurs.

– Suivi de l'engagement des moyens

Dans tous les cas d'engagement de moyens, il est nécessaire :

- de s'assurer que les moyens sont bien engagés (bonne réception de la demande, acceptation de la mission) ;
- de transmettre les informations complémentaires utiles à la mission ;
- de s'assurer du départ effectif des moyens :
 - le délai de départ de l'effecteur est d'autant plus critique que l'on se situe dans le contexte de l'urgence vitale. Il est utile de définir un délai maximal de départ du SMUR,
 - la réception d'une confirmation de départ du SMUR se fait, par exemple, par la réception par radio d'un code d'état ;
- d'assurer la traçabilité des horaires des différentes étapes de l'intervention.

Traçabilité dans le dossier de régulation médicale

La traçabilité du déroulement dans le dossier de régulation médicale est importante. Elle précise les moyens envoyés, le délai d'intervention prévu, les heures d'engagement, de départ, d'arrivée sur les lieux, de transmission du bilan ainsi que le bilan lui-même. En cas de désengagement des moyens, la décision et sa motivation sont précisées.

Les statuts horaires suivants sont à enregistrer :

1. demande intervention ;
2. départ de la base ou du lieu où se trouve l'effecteur ;
3. arrivée sur les lieux ;
4. réception du premier bilan ;
5. décision du médecin régulateur ou régulation médicale ;
6. départ avec le patient ou patient laissé sur place ;
7. arrivée destination ;
8. fin de mission (disponibilité pour autre intervention).

Les alertes dans le système d'information permettent notamment d'identifier :

- l'oubli du déclenchement des moyens SMUR ou SIS (oubli du clic informatique pour les SAMU ayant un processus automatique de déclenchement des moyens) ;
- le non-départ des moyens après un délai à définir.

Organisation permettant l'engagement et le suivi des moyens

La mission de réaliser et de suivre l'engagement des moyens, puis d'assurer la coordination globale des interventions est classiquement celle de l'ARM en charge de la gestion des moyens opérationnels (ARM « gestion ») (6) avec l'aide du coordonnateur ambulancier.

Cet ARM doit connaître la disponibilité des effecteurs. Pour ce faire il doit, de manière proactive, s'enquérir de la recherche de toutes les informations utiles (6).

La connaissance en temps réel de la disponibilité des moyens disponibles concerne leur localisation, l'horaire de départ et d'arrivée prévus. Elle repose sur le système d'information et une étude proactive réalisée en *back office*.

- **Prise en charge par les effecteurs et bilan**

Une fois l'effecteur arrivé auprès du patient :

- il réalise systématiquement un bilan de l'état du patient ;
- il contacte le SAMU pour transmettre le bilan, cette transmission peut être automatisée ;
- le bilan est réceptionné et transcrit dans le dossier de régulation médicale, puis transmis au médecin régulateur. Celui-ci le prend en compte pour sa décision (5).

Le SAMU s'assure de la réception du bilan et relance l'effecteur si nécessaire (15).

Situations spécifiques

- En fonction de l'évolution de la situation, il peut être nécessaire de désengager des moyens. Le désengagement des moyens doit faire l'objet d'une procédure. Ce désengagement peut intervenir à plusieurs stades de la prise en charge (non-confirmation d'un engagement réflexe ou après analyse du bilan et non-indication du transport...). La validation des décisions de non-transport par le médecin régulateur est nécessaire, hormis le cas où l'effecteur est un médecin.

- En cas de refus de transport par le patient,
 - ce dernier doit être informé des risques qu'il prend afin qu'il prenne sa décision de façon éclairée ;
 - le médecin régulateur s'assure que l'effecteur missionné, après avoir réitéré les raisons justifiant la prise en charge proposée, a fait signer au patient un document attestant que le patient a reçu une information claire et compréhensible et qu'il refuse la prise en charge proposée. Ce document est inséré dans le dossier de régulation médicale,
 - si le pronostic vital du patient est mis en jeu, le médecin peut, au regard des circonstances, et si possible en prenant sa décision de façon collégiale, être conduit à mettre en œuvre les actions pour préserver la vie du patient.

Procédures

Des procédures sont nécessaires pour assurer la maîtrise de ce processus. Elles décrivent comment :

- engager les différents moyens ;
- vérifier l'arrivée de la demande auprès des effecteurs ;
- gérer les refus de missions par indisponibilité des moyens (y compris carences ambulancières) et définir quel autre effecteur peut intervenir ;
- effectuer le suivi après envoi des effecteurs ;
- assurer la réalisation du bilan par les effecteurs ;
- assurer la réception des bilans.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Envoi des moyens les plus adaptés	Connaissance en temps réel des moyens disponibles	Connaissance des effecteurs disponibles
Départ des moyens dans le délai attendu	Disponibilité d'un effecteur à proximité du patient	Coordination ambulancière au sein du SAMU
Acheminement des moyens dans le meilleur délai	Validation de l'envoi des moyens et bonne réception de l'ordre de départ	Géolocalisation des effecteurs envoyés
Bilan réalisé par l'effecteur selon les exigences fixées avec le SAMU	Délai de départ de l'effecteur	Contact téléphonique pour confirmer la réception de l'ordre d'envoi
Bilan transmis par l'effecteur contenant toutes les informations utiles à la décision du médecin régulateur	Délai d'acheminement de l'effecteur (éloignement, circulation)	
	Réalisation du bilan	Alerte dans le système d'information pour sécuriser l'envoi des moyens
	Transmission du bilan de l'effecteur au SAMU	Réception d'une confirmation de départ du SMUR
		Mesure et amélioration des délais de départ des effecteurs
		Travail sur la qualité des bilans avec les effecteurs
		Moyens facilitant la transmission des bilans

Alerte dans le système d'information en cas de non-réception du bilan

Suivi par le SAMU de la bonne réception du bilan

Procédures opérationnelles

Comment évaluer ce processus ?

– Suivi d'indicateurs

Exemples d'indicateurs à usage interne

Le suivi d'indicateurs peut porter sur le :

- nombre de décisions : interventions SMUR primaires, transferts SMUR, interventions SMUR primaires pédiatriques, transports infirmiers inter-hospitaliers, interventions VSAV globales ou à la demande du SAMU, interventions d'ambulances privées, interventions hélicoptées primaires, transferts inter-hospitaliers hélicoptés, recours aux médecins généralistes, orientations vers les maisons médicales de garde ou les points fixes de garde, orientations vers les effecteurs mobiles ;
- nombre de dossiers avec heures de transmission et de départ de la base des SMUR renseignés ;
- délai moyen de sortie des SMUR : heure de départ de la base – heure de décision ou tout autre indicateur recueilli en fonction de l'analyse souhaitée (exemples : heure de création du DRM, heure de décision, heure de transmission au SMUR, heure de départ de la base, heure d'arrivée sur les lieux) ;
- délai d'immobilisation des SMUR = libération de l'équipe et début du retour à la base - heure de départ base ;
- nombre de carences ambulancières, par secteur et par période de la journée (envoi de VSAV en cas d'indisponibilité ou de délais incompatibles avec la prescription médicale, des sociétés ambulancières de prime intention sur le secteur) ;
- nombre de moyens désengagés ;
- nombre de sorties blanches (nombre de sorties d'ambulance privée non suivies de transport) ;
- nombre de refus de transport par le patient ;
- délai de transmission du bilan au SAMU.

– Événements indésirables

Une part importante des EIG survenant au SAMU ont pour origine ce processus représentant près d'un tiers des EIG déclarés au plan national. Les types d'événements suivants ont, par exemple, été constatés :

- manque d'équipage SMUR disponible ;
- oubli de clic pour engager un SMUR dans des SAMU qui utilisent cette modalité de déclenchement ;
- problème de localisation de l'adresse du patient par erreur de saisie dans le GPS ;
- erreur survenant lors de la prise en charge par l'effecteur.

Les EIG peuvent également être identifiées par des *triggers*⁴⁸.

⁴⁸ Cf. méthode des *triggers* présentée page 86.

- **Évaluation de la satisfaction des patients** (enquête de satisfaction (qualité de l'écoute et des échanges, respect du droit des patients lors de la prise en charge, délai d'arrivée, perception de la qualité de la prise en charge, prise en compte des préférences), mesure de l'expérience patient, étude des plaintes, réclamations et remerciements).
- **Évaluation des pratiques professionnelles :**
 - *débriefing* ;
 - *staffs* ;
 - réunion d'échanges sur les pratiques ;
 - revue de dossier ;
 - patient traceur...
- **Évaluation avec les partenaires dans le cadre des conventions :**
 - indisponibilités ;
 - carences ;
 - sorties blanches ;
 - qualité des bilans...

Fiche n° 5 : processus de prise en compte du bilan des effecteurs et d'orientation du patient

Fonction du processus



Ce processus traite de la prise en compte du bilan des effecteurs et de l'orientation du patient réalisée lorsqu'un effecteur a été envoyé par le SAMU. En cas de conseil médical sans envoi d'effecteur, l'orientation est réalisée lors de la décision initiale (fiche n° 3).

- ➔ Ce processus a pour finalité de prendre en compte le bilan des effecteurs présents sur place et qui ont évalué l'état clinique du patient. L'analyse médicale de ce bilan permet de confirmer ou d'ajuster l'orientation du patient.

Déroulement et bonnes pratiques

Une fois le bilan des effecteurs reçu, le médecin régulateur l'analyse et détermine ou confirme l'orientation du patient.

L'analyse du bilan doit être tracée dans le dossier.

Lorsqu'une orientation vers un établissement de santé est décidée :

- le patient est interrogé sur ses préférences sur le lieu d'hospitalisation en l'informant de l'offre de soins répondant à ses besoins ;
- le service d'accueil est identifié en tenant compte du souhait du patient, d'éventuelles prises en charge antérieures, du niveau d'activité globale des établissements receveurs ;
- le service d'urgence dans lequel est transporté le patient est informé de son arrivée dans la mesure du possible en s'appuyant notamment sur le système d'information ;
- en cas d'admission directe dans un service, le service est contacté afin de vérifier la disponibilité et d'obtenir son accord pour l'accueil du patient après communication des informations médicales nécessaires à la prise en charge du patient dans le respect du secret professionnel ;
- l'effecteur est informé du lieu d'accueil du patient vers lequel il doit le transporter ;

- si nécessaire (état du patient, circulation), le dégagement des accès routiers peut être sollicité auprès des forces de sécurité.

Lorsque le transport du patient n'est pas nécessaire, les moyens sont désengagés selon la procédure en vigueur.

La décision d'orientation prise par le médecin régulateur et l'information du lieu d'accueil sont à mentionner dans le dossier de régulation médicale.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Pertinence de l'orientation du patient	Transmission du bilan de l'ARM au médecin régulateur	Adaptation des ressources à l'activité pour assurer l'analyse des bilans et l'orientation des patients dans de bonnes conditions
Délai adapté pour l'orientation du patient et la détermination de son lieu d'accueil	Disponibilité des professionnels pour l'analyse du bilan	Définition des modalités d'analyse des bilans
Service d'accueil prévenu de l'arrivée du patient	Disponibilité des lieux d'hospitalisation et éventuelle nécessité de rechercher un lieu d'hospitalisation	Définition des modalités d'orientation du patient
Respect du libre choix du patient	Disponibilité sur le territoire de la filière adaptée à la prise en charge du patient	Connaissance des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés aux besoins des patients
	Information du lieu d'accueil de son arrivée avec la transmission du dossier de régulation médicale	Filières préétablies pour certaines situations
		Procédure d'information du lieu d'accueil et de transmission du dossier de régulation médicale

Comment évaluer ce processus ?

– Suivi d'indicateurs

Pour ce processus, des indicateurs de description de l'activité à usage interne ont été identifiés (1) :

- patient laissé sur place - décédé après réanimation médicale ;
- patient laissé sur place - décédé sans réanimation médicale ;
- patient laissé sur place - transport non indiqué ;
- transport par moyen personnel ;
- transport non médicalisé ;
- transport médicalisé sur un service d'urgence (adulte ou pédiatrique) ;
- transport médicalisé vers un service spécifique :
 - réanimation (ou USC),
 - soins intensifs de cardiologie (ou coronarographie),
 - soins intensifs de neurologie (ou IRM/scanner),
 - filière traumatologie grave (ou réveil),
 - gynécologie - maternité,
 - autres services spécialisés (ex : chirurgie, oncologie, psychiatrie, ORL, soins palliatifs, etc.) ;
- transfert précoce du service d'accueil initial vers un autre service (acte thérapeutique, structure plus spécialisée...).

– Événements indésirables

Les EIG survenant au SAMU peuvent concerner cette étape du processus. Les EIG déclarés au plan national ont permis, par exemple, d'identifier des événements liés à :

- des recherches de place difficiles avec pour conséquence le décès ;
- une confusion de lieu d'accueil du patient.

La méthode des *triggers*⁴⁹ peut permettre d'identifier ces événements.

– Évaluation de la satisfaction des usagers

Elle vise notamment à s'assurer que les préférences du patient ont été prises en compte.

– Évaluation des pratiques

L'évaluation des pratiques professionnelles vise à s'assurer, par exemple :

- de la pertinence de l'orientation du patient ;
- de l'information du service d'accueil.

Elle peut s'effectuer par des réunions d'échanges sur les pratiques, par un audit clinique ou par la méthode du patient traceur.

– Évaluation des relations avec les partenaires

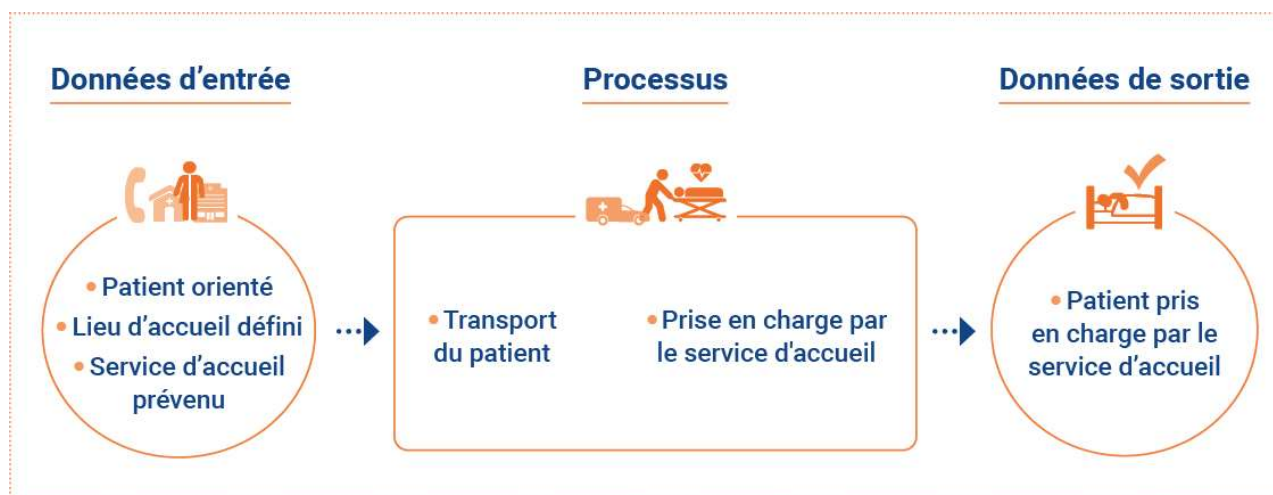
L'évaluation des relations avec les partenaires peut s'effectuer sous la forme de réunions d'échanges avec les services hospitaliers d'accueil (services des urgences, réanimation, USC, USI, UNV, imagerie interventionnelle, bloc opératoire, etc.) et les autres composantes des différentes filières.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont communiqués à l'ensemble de l'équipe. Ils sont partagés en équipe pluriprofessionnelle impliquant ARM et médecins régulateurs ; ils peuvent conduire, si besoin, à amender les procédures ou protocoles.

⁴⁹ Cf. méthode des *triggers* présentée page 84.

Fiche n° 6 : processus de transport et suivi de l'admission

Fonction du processus



- ➔ Ce processus a pour finalité d'acheminer le patient dans le lieu d'accueil déterminé lors de l'orientation, d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge pendant le transport puis d'assurer le relais avec la prise en charge par l'équipe hospitalière d'accueil.

Déroulement et bonnes pratiques

Le déroulement sera différent selon que le transport est médicalisé ou non médicalisé.

Dans tous les cas :

- l'effecteur informe le SAMU de son départ avec le patient du lieu d'intervention ;

S'il s'agit d'un transport médicalisé (SMUR, autre transport médicalisé),

- l'effecteur informe le SAMU en cas d'évolution qui pourrait changer la destination du patient,
- l'accueil dans le service est effectué par un médecin du service, les transmissions lui sont faites et le dossier du patient lui est remis par le médecin effecteur.

S'il s'agit d'un transport non médicalisé :

- l'effecteur réalise une surveillance du patient, en accord avec l'état du patient, selon la prescription du médecin régulateur qu'il informe en cas de changement intervenu postérieurement au passage du bilan ;
- l'effecteur informe le SAMU en cas de problème particulier entre le départ des lieux et l'admission dans l'établissement, notamment en cas d'aggravation. Dans ce cas, les moyens peuvent être adaptés par le SAMU en fonction de la situation ;
- l'effecteur signale au SAMU l'arrivée du patient dans l'établissement de santé. Il est souhaitable que les transmissions avec l'établissement soient automatisées.

Dans tous les cas, la traçabilité de cette phase est à assurer en précisant :

- l'heure de départ du lieu de prise en charge du patient ;
- l'évolution de l'état du patient pendant le transport ;
- l'heure d'arrivée dans l'établissement de santé ;
- l'effectivité de la prise en charge du patient par l'établissement.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Acheminement du patient au bon endroit	Prise en charge du patient pendant la phase de transport (suivi du patient, suivi des décisions du médecin régulateur)	Procédures opérationnelles
Délai d'acheminement du patient adapté		Conventions avec les partenaires qui prévoient notamment les modalités d'intervention et de suivi du patient par les effecteurs
Qualité et sécurité des soins pendant le transport	Acheminement (distance, circulation)	Géolocalisation des effecteurs
Respect des droits du patient	Information de la dégradation clinique du patient avant son arrivée à l'établissement de santé destinataire	Un suivi de l'acheminement du patient par le SAMU
Qualité du relais entre l'effecteur et l'équipe hospitalière	Repérage par l'effecteur du lieu d'hospitalisation défini (problème GPS...)	Une vérification de la bonne admission du patient
	Arrivée dans l'établissement et relais dans la prise en charge	

Comment évaluer ce processus ?

- Suivi d'indicateurs

Pour ce processus, des indicateurs internes peuvent être définis, par exemple :

- délai d'admission conforme au délai d'admission prévu à partir de l'autorisation de transport ;
- pourcentage de patients accueillis en état grave sans transport médicalisé.

- Événements indésirables

Les événements indésirables survenant au SAMU peuvent concerner ce processus. Ils sont peu nombreux parmi les EIG déclarés au niveau national. Un EIG était lié à un problème de relais dans la prise en charge entre le SMUR et un service de réanimation ayant entraîné le décès du patient.

La méthode des *triggers*⁵⁰ peut permettre d'identifier ces événements.

⁵⁰ Cf. méthode des *triggers* présentée page 84.

– **Évaluation de la satisfaction des usagers :**

- analyse des plaintes et réclamations ;
- enquête de satisfaction.

– **Évaluation des relations avec les partenaires**

L'évaluation des relations avec les partenaires (effecteurs, services hospitaliers d'accueil) peut s'effectuer sous la forme de réunions d'échanges.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont communiqués à l'ensemble de l'équipe et aux partenaires. Ils sont partagés en équipe et peuvent conduire, si besoin, à amender les procédures ou protocoles.

Fiche n° 7 : processus de suivi des patients après conseil médical

Avertissement

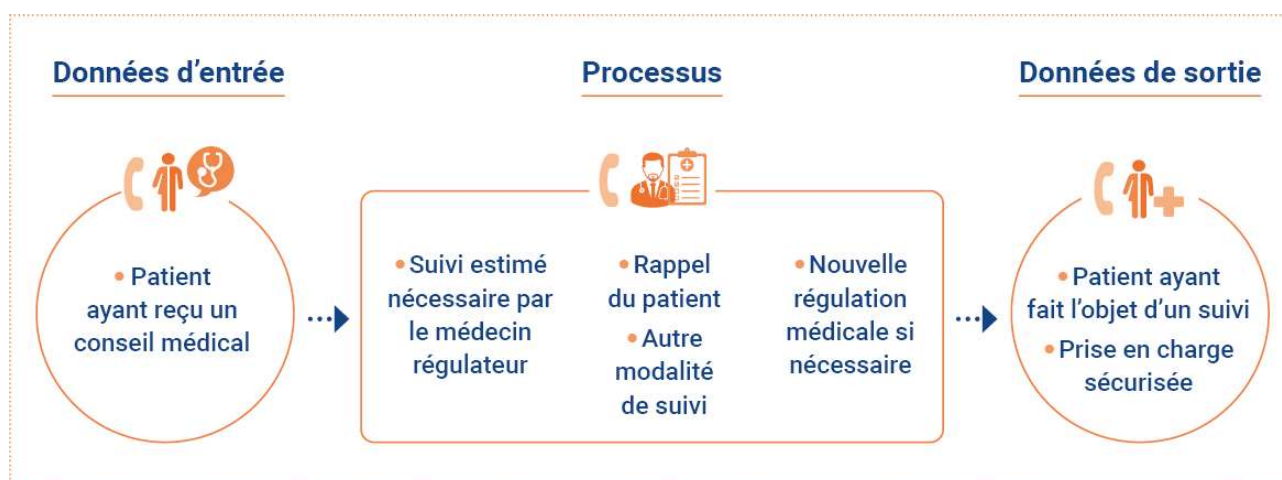
La cible, en termes de qualité présentée dans cette fiche, est de rappeler tous les patients pour lesquels le médecin juge que le rappel est nécessaire. Ceci nécessite que le SAMU dispose des ressources suffisantes et d'une organisation adaptée pour rappeler les patients.

Une cible plus ambitieuse pourrait consister à rappeler plus largement les patients ayant reçu un conseil médical et non pris en charge par un effecteur, sauf si le médecin régulateur le précise de façon explicite conformément aux recommandations HAS 2011 (5).

La conduite d'études sur les rappels de patients permettrait sur la base de données factuelles d'identifier les situations pour lesquelles le rappel est indiqué et les situations pour lesquelles celui-ci n'est pas utile.

D'autres modalités de suivi peuvent être envisagées de façon alternative au rappel, par exemple un échange de SMS avec l'appelant ou le patient.

Fonction du processus



Le rappel ou le suivi par d'autres modalités s'adresse aux patients pour lesquels seul un conseil médical a été donné sans envoi d'effecteur et pour lesquels ce suivi a été jugé nécessaire par le médecin régulateur.

Il permet de renforcer la sécurité de la régulation médicale en s'assurant que la situation des patients, non pris en charge par un effecteur, évolue favorablement.

Déroulement et bonnes pratiques

Pour les patients qui le nécessitent, le médecin régulateur précise l'indication, le délai et les modalités du suivi.

Le suivi s'effectue en *back office*. C'est une activité « asynchrone » détachée du *front office*.

Si la situation le nécessite, elle fait l'objet d'une nouvelle régulation médicale.

Une traçabilité du processus de suivi du patient est en place avec présence dans le dossier de régulation médicale :

- des modalités de suivi définies par le médecin régulateur ;
- du suivi effectivement réalisé.

Objectifs qualité, points critiques, moyens de maîtrise

Objectifs qualité	Points critiques	Moyens de maîtrise
Le suivi des patients qui le nécessitent est assuré	Sélection des patients à rappeler ou à suivre	Procédure de suivi des patients en indiquant les modalités (qui ? quand ? comment ?) et les patients ou situations qui doivent bénéficier d'un suivi [1]
Tous les patients dont le rappel est nécessaire sont recontactés	Ressources disponibles pour rappeler les patients ou pour d'autres modalités de suivi Réalisation effective du suivi (risque d'oubli)	Ressources suffisantes pour permettre le suivi des patients Système d'information mettant à disposition la liste de patients à suivre, des alertes en cas d'oubli du suivi et empêchant la clôture d'un dossier si un suivi est prévu

Comment évaluer ce processus ?

– Suivi d'indicateurs

Plusieurs indicateurs à usage interne peuvent être utilisés :

- proportion de patients suivis (par téléphone, Internet ou autre moyen) parmi les patients ayant reçu seulement un conseil médical (apport d'informations sur la politique locale de rappel) ;
- proportion des patients suivis parmi ceux pour qui un suivi est jugé nécessaire ;
- proportion des patients suivis qui nécessitent une nouvelle régulation médicale/orientation.

– Événements indésirables :

- non-suivi pour un patient dont le suivi est prévu ;
- EI faisant suite au suivi du patient.

– Évaluation de la satisfaction des usagers :

- analyse des plaintes et réclamations ;
- enquête de satisfaction.

– Évaluation des pratiques :

Plusieurs méthodes peuvent être mobilisées :

- audit clinique à partir des dossiers de régulation médicale des patients non pris en charge par un effecteur ;
- recherche dans le dossier de la trace des consignes du médecin régulateur pour le suivi et de la réalisation effective de ce suivi ;

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont communiqués à l'ensemble de l'équipe. Ils sont réalisés et partagés en équipe pluriprofessionnelle impliquant ARM et médecins régulateurs ; ils peuvent conduire, si besoin, à amender les procédures ou protocoles.

- vérification de la pertinence du non-suivi.

2.3.3 Dimensions communes à l'ensemble des processus

Plusieurs dimensions sont transversales aux différents processus opérationnels du SAMU.

Les principes de l'éthique soignante et les droits des patients

Éléments-clés

- ➔ 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.
- ➔ La confidentialité des informations concernant le patient et la préservation du secret professionnel sont assurées.
- ➔ Il existe une démarche de réflexion sur le libre choix du patient.
- ➔ 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.

– Principes de l'éthique soignante

Les soins reposent sur des principes éthiques qui s'appliquent au SAMU, en particulier les principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de justice (44, 45). En vue de sensibiliser et de former les équipes du SAMU à l'application de ces principes dans les processus opérationnels, il est recommandé de mettre en œuvre des actions de sensibilisation et de formation des professionnels (ex. : groupes de réflexion éthique, groupes de parole et de soutien). Une démarche de réflexion éthique collégiale au sein des SAMU, associant les représentants des usagers, permet de questionner les pratiques et les situations et d'identifier les moyens pour mettre en œuvre concrètement ces principes.

Les équipes du SAMU peuvent, à toutes fins utiles, s'appuyer sur l'espace de réflexion éthique régional (ERER)⁵¹ dont elles relèvent.

⁵¹ Page internet du ministère chargé de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ethique-et-deontologie/article/qu-est-ce-qu-un-espace-de-reflexion-ethique-regionale-erer>

– Droits des patients

Les droits des patients recourant au SAMU sont les mêmes que ceux de tout patient⁵². Les démarches d'équipe sur leur respect sont essentielles.

Au sein d'un SAMU, la réflexion peut porter en particulier sur :

- la confidentialité des informations concernant le patient et le respect du secret professionnel ;
- le libre choix de son praticien et de son établissement de santé dans le contexte spécifique du SAMU ;
- le droit à l'accès au dossier médical et à l'ensemble des informations concernant sa santé.

La Commission des usagers (CDU) veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. Elle est associée à toute démarche d'amélioration en matière de respect des droits des usagers.

La Commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.

La commission est composée notamment du représentant légal de l'établissement ou de la personne qu'il désigne à cet effet, de deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement, de deux représentants des usagers, et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

– Plusieurs démarches peuvent contribuer au respect effectif des droits et, au-delà, à l'amélioration de l'expérience des patients :

- la promotion de la bientraitance (46, 47).
Les travaux conduits par la HAS montrent l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance pour rendre concrète la mise en œuvre des droits des patients et prévenir les phénomènes de maltraitance dite « institutionnelle » ;
- la mise en place de démarches partenariales avec les patients et leurs représentants, en particulier pour un travail commun sur les démarches d'amélioration et la prise en compte des résultats des mesures de l'expérience et de la satisfaction des patients (cf. 2.4.4) ;
- la mise en œuvre des engagements du référentiel Marianne^{53,54} (6, 7).

⁵² https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation

⁵³ https://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/fichiers-attaches/referentiel_marianne-sept-2016-web.pdf

⁵⁴ Le référentiel Marianne définit le standard de la qualité de l'accueil dans les services publics de l'État (information et orientation, accueil, réponses, écoute, engagement des agents du service public).

La gestion du dossier du patient

Éléments-clés

- ➔ 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.

Tout appel concernant un patient reçu au SAMU conduit à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale (5).

Le dossier de régulation médicale comporte l'ensemble des informations sonores, écrites ou d'images, recueillies ou créées à l'occasion de la régulation médicale.

Le dossier de régulation médicale est un élément-clé de la qualité de la prise en charge par le SAMU (4).

– Tenue et contenu du dossier de régulation médicale

Il est souhaitable que ses différents éléments – quelle que soit leur nature – soient conservés de manière dématérialisée et réunis dans un même dossier numérisé de régulation médicale. Le dossier de régulation médicale constitue un dossier médical au sens du Code de la santé publique, il doit être conservé et éventuellement communiqué conformément aux dispositions légales (5).

La HAS précise également les éléments à y faire figurer (encadré n° 7).

Encadré n° 7 : les éléments du dossier de régulation médicale. Source : extrait de Haute Autorité de santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations. Saint-Denis la Plaine : HAS ; 2011.

- Motif de recours, besoins, attentes et souhaits exprimés par le patient.
- Coordonnées du médecin traitant.
- Résumé de l'observation médicale.
- Signes de gravité.
- Hypothèses diagnostiques.
- Mention de l'adhésion du patient à la prise en charge proposée ou transcription de son choix.
- Prescription du médecin régulateur datée et signée.
- Modalités de suivi prescrites par le médecin régulateur.
- Suivi de la prise en charge et bilans des effecteurs.
- Destination du patient.
- Procédure de clôture du dossier.
- Nom du ou des régulateurs et de l'ARM, des effecteurs, heures (de l'appel, de la prise de décision, de l'intervention).

Il importe également que le médecin motive sa décision par oral (enregistrement des conversations) ou par écrit (dossier de régulation médicale) lorsque la situation le justifie (exemples : explicitation de la décision de ne pas engager le SMUR sur une situation particulière, orientation particulière d'un patient).

Le dossier permet la traçabilité des appels, des échanges entre les différents acteurs.

Le dossier contient également les différents documents qui contribuent à la régulation médicale : les électrocardiogrammes et aussi les documents qui sont apparus du fait des possibilités des nouvelles technologies : photos (par exemple, photo d'une plaie), photos issues de séquences vidéo, transmission de document *via* des sites sécurisés.

– Validation du dossier de régulation médicale

La validation du dossier est obligatoirement une opération humaine qui doit être tracée. Elle précède obligatoirement sa clôture.

Le dossier peut être validé dès lors qu'il est complet et cohérent. Doivent notamment être renseignés :

- l'identité du patient ;
- la décision prise ;
- en cas d'envoi d'un effecteur :
 - les moyens utilisés du début à la fin de l'intervention,
 - le bilan des effecteurs,
 - la destination du patient ;
- le codage du dossier.

– Clôture du dossier de régulation médicale

La clôture du dossier de régulation médicale est effectuée dans les 24 heures après la création du dossier de régulation dès lors que le dossier a été validé.

Le dossier n'est clôturé qu'après avoir eu l'assurance que la prise en charge du patient a bien été relayée et/ou est terminée (5). Un dossier ne doit pas pouvoir être clôturé si un rappel qui a été prescrit n'a pas été réalisé.

Le dossier de régulation médicale n'est alors plus ré-activable. Les données ne sont plus modifiables. Tout nouvel événement concernant le patient donnera lieu à l'ouverture d'un nouveau dossier de régulation médicale.

– Archivage du dossier de régulation médicale

Le dossier de régulation médicale est archivé après un délai défini par le SAMU. Il intègre les différents documents et médias ayant contribué aux décisions de régulation médicale : ECG, photos, vidéos (*cf. supra*).

2.4. Évaluation et amélioration

2.4.1. Objectifs et moyens de l'évaluation du SAMU

Éléments-clés

- ➔ Le SAMU a défini les objectifs prioritaires et les modalités qu'il choisit d'utiliser pour évaluer la qualité et la sécurité des soins.

Plusieurs moyens complémentaires permettent de s'assurer du bon fonctionnement du SAMU et d'identifier les opportunités d'amélioration (figure 6) :

- la mesure et le suivi d'indicateurs ;
- l'étude des événements indésirables et la gestion des risques ;
- l'étude de la satisfaction et de l'expérience des patients ;
- les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles ;
- l'évaluation de l'organisation ;
- la participation au processus de certification de l'établissement.

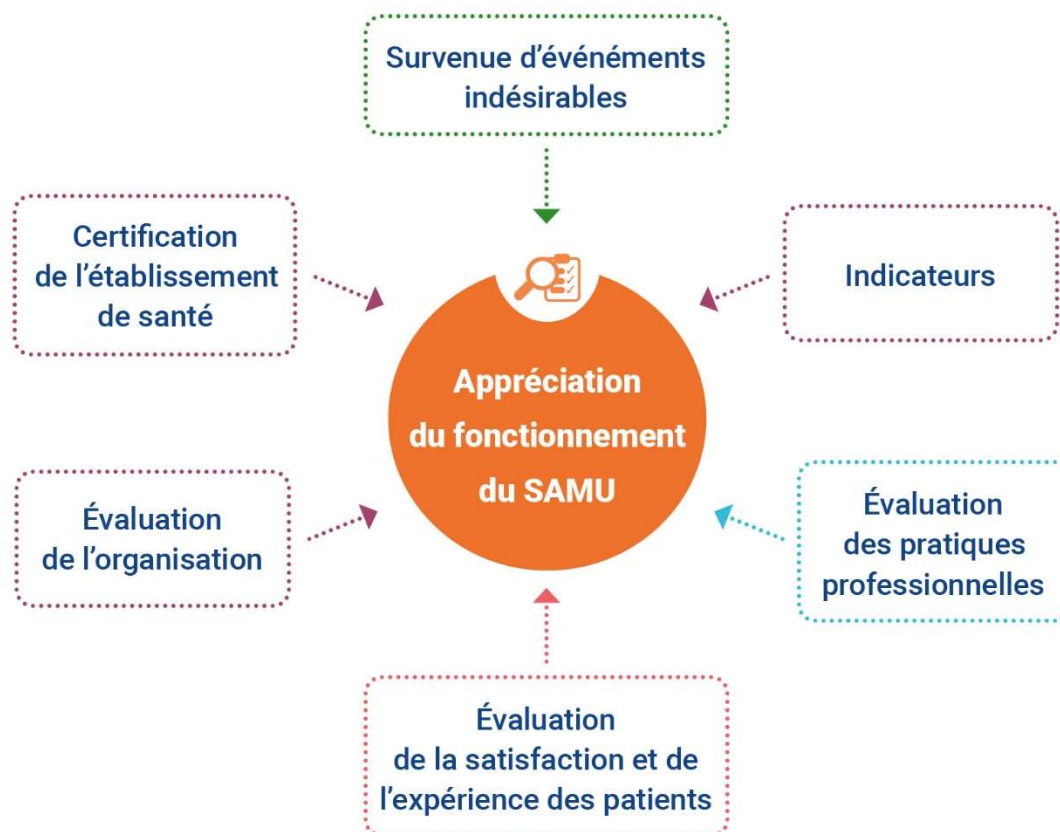


Figure 6 : les moyens d'évaluation disponibles pour évaluer et améliorer le fonctionnement du SAMU.

Il est souhaitable que le SAMU mène une réflexion sur ses objectifs prioritaires en matière de qualité et de sécurité des soins et sur les moyens d'évaluation correspondants.

2.4.2. Indicateurs

Éléments-clés

- ➔ 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.

Au sein de chaque SAMU, les indicateurs sont définis précisément et la faisabilité de leur recueil évaluée. Ils doivent être choisis de manière à être *SMART* (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes, temporellement définis) (48).

Les objectifs quantitatifs sont fixés en équipe de manière graduelle afin d'obtenir l'adhésion des équipes et de renforcer la motivation collective.

Les résultats des indicateurs sont analysés à périodicité définie, discutés en équipe (par exemple, lors de *staffs*) et donnent lieu à des actions d'amélioration. Ils sont communiqués à l'ensemble des personnels du SAMU, au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement, à la direction de l'établissement (direction de l'établissement, direction qualité) et aux instances de l'établissement (Commission médicale d'établissement, Commission des usagers).

Plusieurs types d'indicateurs sont nécessaires pour le pilotage et la maîtrise de la qualité au sein des SAMU (activité, ressources, processus, résultats). Ils sont définis dans les différents chapitres du guide.

2.4.3. Gestion des risques

Éléments-clés

- ➔ 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 déclaration 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.⁵⁵

Au niveau de chaque SAMU, les modalités de gestion des risques sont à définir. Elles combinent :

⁵⁵ <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>

- une approche *a priori* visant à mettre en place des organisations sûres avant qu'un événement indésirable ne se produise ;
- une approche *a posteriori* qui vise à améliorer le fonctionnement à partir du retour d'expérience.

La gestion des risques repose sur l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques puis leur traitement. Elle est synergique de l'approche processus car chaque risque concerne un processus particulier ou l'interface entre deux processus.

Gestion des risques *a priori*

De nombreuses méthodes permettent d'identifier les risques en amont de la survenue d'événements indésirables (exemples : analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC), analyse préliminaire des risques (APR)) (49). En règle générale, les méthodes utilisées reposent sur la compréhension du système et des processus et identifient les défaillances qui pourraient se produire.

Les risques identifiés sont évalués en termes de fréquence et de gravité et peuvent être présentés sur une matrice (diagramme de Farmer) ou cartographie des risques. Ceci permet de les hiérarchiser en fonction de leur criticité (combinaison de la fréquence et de la gravité) et de traiter les risques prioritaires.

Gestion des risques *a posteriori*

Déclaration des événements indésirables

Déclarer, connaître et analyser les causes à l'origine d'un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est indispensable afin d'éviter qu'il ne se reproduise. Cette démarche est une composante essentielle de la gestion des risques et chaque SAMU la met en œuvre.

La HAS définit un événement indésirable associé aux soins (EIAS) comme « un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie⁵⁶ ».

Un EIAS est grave lorsqu'il entraîne un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès. Tout professionnel de santé a l'obligation de déclarer la survenue d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS)⁵⁷. Un dispositif national permet le recueil et l'analyse de ces événements.

Au sein du SAMU comme au niveau d'un établissement de santé, un dispositif de déclaration des événements indésirables est en place. Il précise les situations qui requièrent la déclaration d'un événement indésirable, le circuit de déclaration, les situations qui nécessitent la déclaration au niveau national de même qu'un dispositif national concernant les EIGS. Ce dispositif doit être connu de l'ensemble des professionnels.

Des recommandations professionnelles ont été établies par Samu-Urgences de France (SUdF) en 2019 pour soutenir et développer les déclarations et leur analyse (10).

⁵⁶https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

⁵⁷ Article L. 1413-14 du CSP.

Articles R. 1413-68 et suivants du CSP.

Ces recommandations préconisent notamment :

- l'intégration de l'analyse et du traitement des EIAS dans la gestion globale de la qualité au sein du SAMU avec identification d'un référent qualité gestion des risques au sein de chaque SAMU ;
- l'accès aisé au système de déclaration des EIAS de l'établissement depuis chaque poste de travail du SAMU ;
- la déclaration obligatoire de tout EIAS constaté par le SAMU au sein de l'établissement siège du SAMU ;
- le signalement d'EIGS en régulation médicale sur le portail national en lien avec la direction de l'établissement, le président de la Commission médicale d'établissement (CME) et les responsables institutionnels de la structure : chef de pôle, responsable du SAMU.

Détection d'événements indésirables par des *triggers*

Chaque SAMU sélectionne les situations qui doivent faire l'objet d'une recherche d'événements indésirables dans la prise en charge (*triggers*).

La méthode des *triggers*⁵⁸, méthode créée par l'Institute for Healthcare Improvement aux États-Unis, a pour but de détecter de façon active des événements indésirables en ne dépendant pas d'un processus de déclaration. En effet, les systèmes de recueil d'événements indésirables ont pour limite leur faible taux de déclaration, limite rencontrée dans tous les systèmes de santé. L'évaluation de cette méthode a montré qu'elle était très performante pour identifier les événements indésirables et mesurer la sécurité (50).

Ses principes sont les suivants (51) :

- l'objectif est d'identifier des événements indésirables en étudiant les dossiers dans lesquels un événement particulier (le *trigger*) est rencontré ;
- les *triggers* ne sont pas eux-mêmes des événements indésirables mais leur présence est associée à une probabilité forte d'événement indésirable ;
- le service ou l'établissement définit les *triggers* qu'il souhaite utiliser ;
- un échantillon de dossiers est étudié rétrospectivement à périodicité définie à la recherche de la présence d'un *trigger* ; si un *trigger* est identifié dans le dossier, une étude approfondie de ce dossier est effectuée à la recherche d'événement indésirable ;
- cette méthode permet d'évaluer et de suivre la sécurité des patients dans l'établissement ou le service.

⁵⁸ *Trigger* = événement déclencheur de l'évaluation.

Plusieurs *triggers* utilisés au SAMU ont été publiés :

<i>Trigger</i>	Définition	% EI quand <i>trigger</i>
Décès (52)	Décès d'un patient avant l'arrivée d'un équipage SMUR ou lors de la prise en charge préhospitalière	2,97 %
Délai de décision SMUR (52)	Délai entre l'appel initial au CRRA et l'envoi d'un équipage SMUR supérieur à 45 minutes	6,42 %
Envoi de moyens lors d'une deuxième décision (53)	Pour un même patient, prise d'au moins deux décisions à plus de 60 minutes d'intervalle dont la dernière est l'envoi d'un moyen de secours (transport sanitaire privé, VSAV, SMUR)	5,43 %
Transport du patient vers une structure de soins moins de 24 heures après décision de soins sur place par le moyen de secours envoyé (53)	Pour un même patient, envoi d'un moyen de secours (médecin, TSP, VSAV, SMUR) avec décision d'un soin sur place (SSP), puis envoi d'un autre vecteur (TSP, VSAV, SMUR) avec transport du patient vers une structure de soins dans les 24 h ou dans les 48 h suivant le premier appel	14,29 %
Syndrome coronarien aigu ST+ orienté vers les urgences (54)	Arrivée d'un patient présentant un syndrome coronarien aigu ST+, préalablement régulé et orienté vers les urgences	15,8 %
Mutation en réanimation dans les 90 minutes après arrivée aux urgences (54)	Mutation en réanimation, dans les 90 premières minutes après son arrivée, d'un patient régulé et orienté vers les urgences	55 %
Réorientation précoce (52)	Intervention avec transport du patient vers une structure hospitalière suivie dans les 48 heures d'une seconde intervention médicalisée ou paramédicalisée pour le même patient vers une autre structure hospitalière	6,67 %

Il peut être difficile pour le SAMU d'identifier certaines de ces situations lorsqu'elles apparaissent en aval du suivi par le SAMU. Il est cependant essentiel que les SAMU puissent en être informés pour permettre leur analyse et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Plaintes et réclamations

La gestion des plaintes et des réclamations doit faire l'objet d'un processus défini au sein du SAMU et de l'établissement de santé.

Les plaintes et réclamations peuvent correspondre à des événements indésirables. Il est important de regrouper l'information et de la prendre en compte dans le processus de gestion des risques.

Une synthèse et une analyse des plaintes et des réclamations sont établies dans le but d'identifier les besoins ou opportunités d'amélioration. L'étude approfondie des situations qui le nécessitent permet de nourrir le processus d'amélioration. Cette gestion des plaintes et des réclamations doit s'effectuer en relation avec la Commission des usagers. Celle-ci est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations ainsi que des suites qui leur sont données. Un ou des représentants des usagers peuvent également être intégrés au processus de gestion.

Analyse des déclarations d'événements indésirables (10)

Les déclarations d'événements indésirables du SAMU font l'objet d'une analyse et de mesures correctives.

Compte tenu de la spécificité et de la complexité de l'acte de régulation médicale, elle repose sur :

- la mise en place d'une cellule d'analyse des fiches d'événements indésirables (CAFEI) dédiée pour le recueil et le traitement des EIAS en régulation ;
- rattachée à la direction de la qualité de l'établissement ;
- comportant au moins un médecin régulateur de l'aide médicale urgente, un médecin régulateur généraliste, un assistant de régulation médicale, un superviseur ou un cadre de santé et le correspondant qualité du SAMU ;
- pouvant être commune à plusieurs SAMU-Centre 15 dans un cadre conventionnel entre des établissements sièges de SAMU-Centre 15 ;
- la transmission d'un bilan annuel des CAFEI « SAMU-Centre 15 » au comité technique régional des urgences (CTRU) par les directions des établissements concernés.

Les EIAS devant faire l'objet d'une analyse approfondie des causes sont sélectionnés par la CAFEI.

Analyse des causes des événements indésirables, revues de mortalité et de morbidité (RMM), Comité de retour d'expérience (CREX)

L'analyse par les SAMU des causes des événements indésirables, quelle que soit leur modalité d'identification (déclaration, *trigger*, plainte et réclamation...), est une étape essentielle dans le mécanisme de retour d'expérience. Cette analyse est indispensable pour comprendre les événements, tirer des enseignements et empêcher que les événements ne se reproduisent.

Il faut notamment prendre en compte le fait que si des erreurs humaines sont souvent contributives dans un événement, « une erreur humaine n'est jamais une cause profonde. Elle est le symptôme d'un dysfonctionnement plus profond » (55, 56)⁵⁹.

Les méthodes d'analyse des causes sont décrites par la HAS (57) dans le guide « Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique », notamment dans les fiches suivantes :

- fiche 21. Principes généraux d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins ;
- fiche 22. Revue de morbidité-mortalité (RMM) ;
- fiche 23. Analyse d'un événement indésirable par méthode ALARM ;
- fiche 24. Analyse d'un événement indésirable par arbre des causes.

Samu-Urgences de France recommande :

- d'utiliser une méthode d'analyse approfondie maîtrisée par le ou les référents qualité et à adapter selon la gravité et la complexité de la situation ;
- de privilégier une analyse sous forme de revue de mortalité et de morbidité (10).

⁵⁹ Dekker S. (2006), *The Field Guide to Understanding Human Error*. Ashgate, London. Cité dans : Groupe d'échanges ICSI « Analyse d'Événement » (2013). Numéro 2014-04 des Cahiers de la Sécurité industrielle, Institut pour une culture de sécurité industrielle, Toulouse, France (ISSN 2100-3874). Disponible gratuitement à l'URL <http://www.icsi-eu.org/docs/fr>.

Les actions qui sont définies à l'issue de l'analyse des causes intègrent le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement et du SAMU.

La Commission des usagers est informée des actions menées par l'établissement pour remédier aux événements indésirables graves. Les représentants des usagers peuvent être associés à l'élaboration des mesures correctives.

Un suivi de la mise en œuvre est à effectuer par la CAFEI, le référent qualité et gestion des risques du SAMU et la direction qualité de l'établissement.



Outils HAS

Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé (49).

[Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé \(57\)](#)

Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins⁶⁰.

2.4.4. Évaluation de la satisfaction et de l'expérience des patients

Éléments-clés

- ➔ Les modalités d'évaluation de la satisfaction et de l'expérience des patients sont définies et mises en œuvre.

La satisfaction et l'expérience des patients sont des dimensions incontournables à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins au SAMU. De manière générale, les résultats de leur mesure sont corrélés avec la qualité des soins dispensée (58). La satisfaction et l'expérience des patients sont issues de la mesure directe de la perception des patients. Elles offrent des informations précieuses pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Il appartient à chaque SAMU de définir les modalités d'enquête qu'il souhaite utiliser.

Outre la mesure de la satisfaction par des questionnaires spécifiques, l'existence de plaintes, réclamations et, le cas échéant, de compliments renseigne également sur la satisfaction des usagers. L'utilisation de la méthode du patient traceur ou de modalités d'enquête qualitative peuvent compléter la mesure par questionnaire.

L'étude de la satisfaction des patients et de leur expérience peut être faite en collaboration avec des représentants des usagers avec lesquels pourront être discutées les modalités d'enquête et l'analyse des résultats. Porter un regard croisé entre les équipes du SAMU et les représentants des usagers peut être utile à l'amélioration des pratiques dans le cadre d'une démarche qualité et sécurité des soins.

⁶⁰ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias

2.4.5. Évaluation des pratiques professionnelles

Éléments-clés

- ➔ Les modalités d'évaluation des pratiques professionnelles sont définies.
- ➔ Elles comportent des réécoutes d'enregistrements anonymisés, des évaluations de dossier de régulation anonymisés.

Objectifs et déroulement de l'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques permet d'évaluer, en référence à des recommandations et selon une méthode validée, la qualité de la prise en charge des patients qui ont fait appel au SAMU. Elle permet d'identifier les opportunités d'amélioration afin de consolider l'organisation, d'améliorer le fonctionnement d'équipe et également d'identifier les pistes d'amélioration individuelles.

Il appartient à chaque SAMU de définir ses objectifs d'évaluation (qualité de la réponse aux appels, modalités de transfert d'appel de l'ARM au médecin, prise en charge de certaines situations cliniques...) et de choisir les méthodes d'évaluation appropriées au regard de l'objectif.

Méthodes et modalités disponibles

La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques s'effectue selon une démarche structurée en étapes dont l'ordonnancement peut varier avec la méthode choisie mais qui répond à la logique générale présentée dans la figure 7.

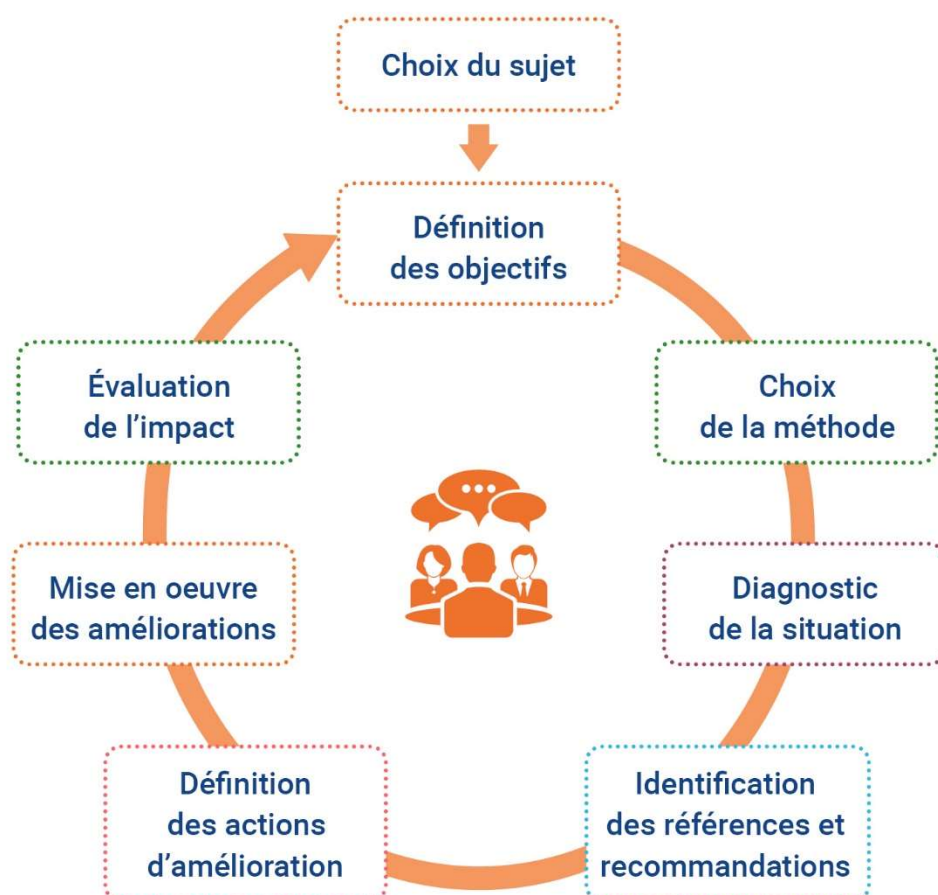


Figure 7 : cycle de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Différentes méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles peuvent être utilisées au SAMU. Plusieurs méthodes parmi les plus utilisées sont présentées ici sans prétention à l'exhaustivité. Ces différentes méthodes, hormis la réécoute des enregistrements d'appels qui est spécifique au SAMU, font l'objet d'informations complémentaires dans les fiches méthodes ou dans des guides de la HAS⁶¹.

La méthode d'évaluation sera choisie en fonction de l'objectif retenu⁶².

Méthode	Description et intérêt pour le SAMU
Débriefing, staff, réunions d'échanges sur les pratiques	Le staff d'une équipe et les réunions d'échanges sur les pratiques permettent d'analyser des situations cliniques rencontrées dans la pratique d'un SAMU. À partir des problèmes soulevés ou de questions identifiées, les données de la littérature scientifique et professionnelle sont prises en compte (59). Des <i>débriefings</i> peuvent être organisés pour des situations de régulation difficiles en dehors des <i>staffs</i>.
Écoute <i>a posteriori</i> des enregistrements d'appels	Le SAMU comportant un fonctionnement en centre d'appels, leur écoute <i>a posteriori</i> apparaît comme un moyen nécessaire pour améliorer et maîtriser la qualité du fonctionnement. Ces enregistrements étant couverts par le secret médical⁶³ au titre de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, l'écoute à visée d'évaluation nécessite que l'identité du patient, ainsi que tout autre élément permettant son identification, aient préalablement été occultés. Une stratégie est à définir dans chaque SAMU : critère de sélection des enregistrements écoutés (appels choisis au hasard, appels correspondant à certaines situations cliniques, modalités de réécoute (réécoute avec les professionnels concernés, réécoute en équipe...), trame d'analyse d'un appel (<i>cf.</i> outil n° 2). Une charte peut être élaborée. Il est important de faire une synthèse de l'évaluation, de formaliser les enseignements et les actions correctives qui en résultent.
Suivi du devenir des patients	La connaissance du devenir des patients est une source d'information importante pour l'évaluation de la régulation médicale. Si un suivi de l'ensemble des patients apporterait une information précieuse au médecin régulateur et au service, le suivi n'est souvent possible que pour les cas les plus lourds (60). En l'absence de recommandation plus précise sur ce sujet, il appartient à chaque SAMU de définir quel suivi des patients il choisit de mettre en place (dossiers de patients répondant à des critères préétablis, notamment les cas les plus lourds, décision du médecin régulateur en fonction des situations...). Il est suggéré d'effectuer un suivi de DRM ciblés (1).

⁶¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

⁶² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

⁶³ Les enregistrements étant couverts par le secret médical, seuls le médecin régulateur et le patient peuvent y avoir accès ainsi que tout médecin qui y serait expressément habilité par la loi.

L'écoute *a posteriori* des appels peut s'effectuer dans deux cas :

- l'écoute des appels qui ont occasionné une plainte ou un événement indésirable et qui s'inscrit dans un autre cadre ;
- l'écoute des appels à visée évaluative et pédagogique. C'est l'objet de cette section. Elle s'effectue sur des enregistrements préalablement anonymisés.

Audit clinique à partir des dossiers de régulation	L'audit clinique mesure les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue à partir de critères d'évaluation construits en prenant en compte les recommandations de bonne pratique. En fonction des résultats d'une première évaluation, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration. L'impact de ces actions est évalué par une nouvelle mesure avec les mêmes critères (61). Au SAMU, un audit peut, par exemple, être conduit sur différentes prises en charge : prise en charge de l'arrêt cardiaque, prise en charge d'une douleur thoracique, prise en charge d'une douleur abdominale.
Simulation	Compte tenu de l'activité de régulation médicale, plusieurs auteurs considèrent que l'apprentissage par simulation paraît incontournable en régulation médicale. La simulation doit notamment cibler le raisonnement médical qui en cas de problème est pourvoyeur d'erreurs diagnostiques. Ce raisonnement ne s'effectue pas de la même façon dans des contextes différents qui ont une influence sur la compréhension des situations. La simulation en régulation médicale fait appel à des simulations avec des patients standardisés et des scénarios médicaux préenregistrés (62) plus ou moins complexes. Du fait de la pertinence de cette approche, une expérience importante, des méthodes, des outils et des dispositifs sont aujourd'hui disponibles (63).
Chemin clinique	Cette méthode décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient (64). La méthode du chemin clinique est applicable au SAMU pour structurer certaines prises en charge. Par exemple, la prise en charge des patients qui relèvent de filières spécifiques : AVC, syndrome coronarien aigu, polytraumatisme.
Patient traceur	La méthode du patient traceur est applicable au SAMU. Il s'agit de sélectionner un patient ayant bénéficié d'une régulation médicale et d'analyser rétrospectivement cette régulation ainsi que la prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle du patient en comparant la pratique réelle aux pratiques professionnelles de référence. La méthode prend en compte les perceptions du patient et de ses proches et les croise avec l'analyse réalisée par les professionnels. Elle appréhende notamment les pratiques professionnelles, l'organisation du SAMU, les interfaces entre le SAMU et ses partenaires et la coordination entre professionnels. Les représentants des usagers peuvent contribuer à la mise en œuvre de la méthode du patient traceur comme l'indique le guide méthodologique de la HAS (65).
Registres de pratiques	Les registres de pratiques sont applicables au SAMU. Ils ont pour objectif le recueil et l'analyse de données standardisées issues des pratiques professionnelles. Les données issues de la pratique sur un thème spécifique sont enregistrées selon des conditions définies précisément et préalablement (renseignement des items demandés, respect des modalités d'inclusion et des délais, calcul d'indicateurs, etc.)⁶⁴. Certains SAMU participent à des registres dans le cadre des filières et réseaux de soins (1) comme c'est le cas, par exemple, pour les arrêts cardiaques et les syndromes coronariens (66).

⁶⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807860/fr/registre-des-pratiques-observatoire-base-de-donnees

Conditions de réussite d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles au SAMU

Des conditions de réussite sont à réunir par les SAMU pour mener à bien leur démarche d'évaluation.

– L'engagement des responsables

L'engagement du responsable et de l'encadrement du SAMU, des responsables de l'établissement et des services impactés par le thème d'évaluation sont nécessaires.

– La création d'un climat favorable à l'engagement des professionnels

Un climat de confiance est nécessaire pour mener sereinement la démarche. Il s'agit notamment de poser des règles de respect des professionnels, de non-jugement et de confidentialité des travaux.

Il est important de mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles dans une visée formatrice et non sanctionnante.

– L'implication des professionnels

L'engagement des professionnels est essentiel à la mise en œuvre des démarches d'amélioration du SAMU. Tous les acteurs impliqués dans le processus évalué doivent être associés à la démarche et régulièrement informés. Si la pratique d'autres professionnels ou départements est concernée par le sujet d'étude, alors il convient de les associer dès les premières étapes du processus méthodologique (67).

– La disponibilité de compétences méthodologiques

Il est souhaitable de disposer d'un accompagnement méthodologique sur les méthodes d'évaluation. Cet accompagnement peut être fourni par la direction qualité de l'établissement.

La mise en œuvre s'effectue selon les principes de l'évaluation formative (association des acteurs évalués, bienveillance, non jugement des professionnels, confidentialité des échanges et des résultats).

Dans tous les cas les recommandations de pratique pertinentes seront mobilisées. Elles permettront d'évaluer les pratiques et de mettre en place les actions d'amélioration.

– Une démarche priorisée

Des priorités d'évaluation doivent être définies, par exemple, l'évaluation de la prise d'appels, l'évaluation de la prise d'appels d'un certain type comme les douleurs thoraciques, l'évaluation de l'ensemble de la prise en charge pour une filière spécifique (ex : AVC, polytraumatisé), la formation à un type de prise en charge.



Outils HAS

[Démarche et méthodes de DPC](#)

[Briefing Debriefing](#)

[Staff d'une équipe médico-soignante, groupe d'analyse de pratiques \(GAP\)](#)

[Audit clinique \(61\)](#)

[Patient traceur \(65\)](#)

2.4.6. Certification de l'établissement de santé

Le SAMU est intégré au périmètre de l'évaluation par la certification des établissements de santé dans la version V2020.

Les critères de certification ont été élaborés de manière participative avec les professionnels de santé. Outre les critères généraux du manuel, deux critères concernant spécifiquement la régulation médicale exercée par les SAMU s'appliquent au SAMU :

N° Critère	Critère	Description du critère
2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	Les appels au SAMU pour raison médicale sont traités sous la responsabilité d'un médecin et tracés. Toutes les communications se rapportant à un cas traité sont tracées au sein du dossier de régulation médicale (DRM). Le travail en équipe entre l'assistant de régulation médicale (ARM) et le médecin est effectif.
2.1-02	La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	La régulation médicale dirige le patient vers la filière de soins non programmés, connue et adaptée à la pathologie présentée par le patient. Cela permet une meilleure accessibilité aux soins spécialisés, qui se traduit par un gain de temps et l'amélioration du pronostic vital. La préférence du patient est prise en compte quand c'est possible.

Ces deux critères sont cohérents avec les préconisations de ce guide. Ils mettent l'accent sur deux éléments-clés pour la qualité et la sécurité des soins des patients ayant recours à la régulation médicale.

La participation à la certification de l'établissement de santé est une opportunité pour les SAMU. Elle permet de faire le bilan de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins engagée, de la formaliser dans une autoévaluation ou dans le compte qualité et de bénéficier de l'évaluation externe des experts-visiteurs de la HAS pendant la visite.

2.4.7. Synthèse et pilotage

Autoévaluation de l'organisation et du système de management de la qualité

Éléments-clés

- 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.

L'établissement de santé et le SAMU ont un intérêt important à s'assurer que l'organisation en place au sein du SAMU est conforme aux exigences qu'ils se sont fixés, qu'elle est mise en œuvre de façon efficace et qu'elle fait l'objet des adaptations nécessaires.

Pour ce faire, une évaluation est à conduire de façon régulière sur la base de critères définis, par exemple avec l'outil fourni dans ce guide (cf. 3.1).

Cette évaluation peut se réaliser, soit sous forme d'autoévaluation en équipe, par exemple, par un groupe qui peut associer des membres de l'équipe du SAMU et de l'équipe qualité de l'établissement soit par audit interne en sélectionnant des auditeurs extérieurs au SAMU.

Cette évaluation fait l'objet d'un compte rendu qui comporte, le cas échéant, des recommandations pour l'amélioration. Ce compte rendu constitue une donnée d'entrée de la revue de direction.

Revue de direction

Éléments-clés

- ➔ 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.

Il est structurant pour les SAMU de mettre en place un mécanisme de type « revue de direction », élément-clé du pilotage global de la démarche d'amélioration.

La revue de direction est une réunion réalisée à intervalles réguliers au cours de laquelle la direction d'un organisme procède à une revue du « système de management de la qualité » en place afin de s'assurer qu'il est approprié et efficace et au suivi des actions d'amélioration de la qualité menées depuis la revue précédente.

La revue de direction est conduite au moins une fois par an. Elle est présidée par le responsable du SAMU. Y participent, notamment le responsable qualité du SAMU et le responsable qualité de l'établissement, l'encadrement du SAMU, les responsables d'actions d'amélioration. Elle permet une étude systématique de la structuration, de la mise en œuvre, de l'efficacité du système de management de la qualité en place et des informations émanant de ce système.

Il appartient à l'équipe qualité de préparer cette revue afin de réunir les données d'entrée essentielles pour sa réalisation. Elles comportent notamment :

- le compte rendu de la revue précédente ;
- les éléments de contexte stratégiques impactant la démarche d'amélioration ;
- le bilan de l'activité et des ressources :
 - activité réalisée globale et par type d'appel,
 - ressources humaines ;
- le bilan des actions d'amélioration précédemment décidées :
 - l'état d'avancement des actions qualité,
 - la mesure des objectifs qualité fixés antérieurement ;
- les données d'évaluation :
 - indicateurs de ressources, processus et résultats,
 - données de satisfaction des patients,
 - résultats d'évaluation des pratiques professionnelles,
 - évaluation des fonctions support (cf. 2.2),
 - évaluation du fonctionnement avec les partenaires (cf. 2.2.5),
 - autoévaluation et audits ;
- les informations relatives aux événements indésirables ;
- les opportunités d'amélioration identifiées.

L'équipe qualité établit le compte rendu en aval de la revue et organise la mise en œuvre des décisions qui ont été prises. Ces décisions constituent les données de sortie de la revue de direction. Elles comportent les décisions relatives aux actions d'amélioration à conduire, aux ressources à ajuster, aux changements à apporter à l'organisation ou au système de management de la qualité. Ce compte rendu est diffusé aux professionnels du service.

Plan d'action d'amélioration

Éléments-clés

- ➔ 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.

Le SAMU et l'établissement prennent en compte l'ensemble des informations sur la qualité du service délivré, définissent les opportunités d'amélioration et mettent en place les actions d'amélioration correspondantes.

Ces actions concernent :

- la prévention des événements indésirables identifiés au sein du SAMU, voire au sein d'autres SAMU ;
- la correction des non-conformités identifiées au cours des actions d'évaluation ;
- l'amélioration de la performance ou de la qualité évaluée par les indicateurs ou lors des activités d'évaluation ;
- la recherche d'une meilleure capacité à satisfaire les besoins des usagers, des partenaires ou des autres parties prenantes.

L'amélioration repose sur une démarche :

- d'analyse des causes de la situation constatée (exemple : non-conformité) ;
- d'identification de la solution ;
- de test de l'efficacité de la solution ou de vérification de l'efficacité d'une solution mise en œuvre.

La prise en compte d'une non-conformité ou d'un risque conduit en tant que de besoin à :

- la mise à jour de l'évaluation des risques ;
- la modification de l'organisation (système de management de la qualité, processus...) ;
- la modification des objectifs qualité.

3. Outils

3.1. Outil n° 1 : grille d'autoévaluation de la démarche d'amélioration de la qualité en place

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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				

⁶⁵ Partiellement.

⁶⁶ Non applicable.

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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 (<i>front office</i> , <i>back office</i> , 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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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 adaptées				
Des entretiens annuels entre les différents professionnels et leur responsable hiérarchique et/ou fonctionnel sont conduits sous une forme adaptée à la nature du poste				
Une évaluation des pratiques professionnelles individuelle et en équipe est en place				
Le SAMU a défini sa stratégie concernant la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux				
Les 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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
• 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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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 (<i>triggers</i>) 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				

Critère	Oui	Part ⁶⁵	Non	NA ⁶⁶
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				

3.2. Outil n° 2 : grille d'analyse pour la réécoute d'un enregistrement d'appel dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles

Avertissement

L'écoute *a posteriori* des enregistrements d'appels peut s'effectuer dans deux circonstances :

- la survenue d'un événement indésirable, une plainte ou une réclamation.

Les enregistrements d'appels de régulation médicale contiennent des informations relatives à l'identité du patient, à l'élaboration du diagnostic et à sa prise en charge couvertes par le secret médical. Seul le médecin régulateur et le patient peuvent avoir accès à ces enregistrements ainsi que tout médecin qui y serait expressément habilité en vertu de la loi (par exemple, les médecins inspecteurs de santé publique sur la base de l'article L. 1421-3 du Code de la santé publique).

Les enregistrements ne peuvent en aucun cas être écoutés ou réécoutés par des tiers même médecins ;

- l'évaluation des pratiques professionnelles, la formation, le partage d'expérience.

Les enregistrements d'appels étant couvert par le secret médical au titre de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, l'écoute à visée d'évaluation nécessite que l'identité du patient ainsi que tout autre élément permettant l'identification aient préalablement été occultés.

L'utilisation des enregistrements à des fins d'évaluation des pratiques professionnelles doit également s'inscrire vis-à-vis des professionnels dans le cadre réglementaire des réécoutes sonores (information, droit d'opposition pour motif légitime)⁶⁷ et faire envisager l'anonymisation des professionnels (en plus du patient). Concernant les sessions collectives, le SAMU doit définir les règles qui s'appliquent (participants, règles déontologiques (notamment confidentialité, respect des personnes), modalités pratiques de réalisation.

Choix des enregistrements

Le SAMU définit préalablement à la réécoute d'enregistrements d'appels les modalités de sélection des appels faisant l'objet d'une réécoute (appels choisis au hasard, appels correspondant à certaines situations cliniques), modalités de réécoute (réécoute avec les professionnels concernés, réécoute en équipe...).

⁶⁷ <https://www.cnil.fr/fr/lecoutte-et-lenregistrement-des-appels-sur-le-lieu-de-travail>

Grille d'analyse

Critère	Oui	Part ⁶⁸	Non	Commentaires éventuels
Assistant de régulation médicale				
Conduite de l'entretien avec l'appelant/le patient				
Se présente lors du décroché				
Invite l'appelant à présenter l'objet de son appel				
Identifie appelant, patient et lieu de la détresse				
Questionne de façon adaptée au motif de l'appel (pertinence, clarté, concision...)				
Recherche de façon systématique les critères de gravité				
Explique à l'appelant/au patient la situation				
S'assure de la compréhension de l'appelant/patient				
Transmet de façon adaptée les informations au médecin				
Si nécessaire, transfère l'appel en précisant à qui et en donnant le délai d'attente « je vous mets en relation... »				

⁶⁸ Partiellement.

Critère	Oui	Part ⁶⁹	Non	Commentaires éventuels
Modalités de communication				
Est courtois et poli				
Est à l'écoute de l'appelant/patient				
Accueille les émotions de l'appelant/patient et fait preuve d'empathie				
Dirige l'entretien				
Personnalise la relation (appelle l'appelant/patient par son nom)				
S'exprime avec un ton rassurant, utilise des mots positifs				
Utilise des mots facilement compréhensibles				
Désamorce l'insatisfaction si nécessaire				
Médecin régulateur				
Prise en compte des informations transmises par l'ARM et/ou prise de l'appelant en ligne et décision médicale				
Réalise une démarche systématique indépendamment des orientations données par les personnes ayant transmis l'appel				
Conduit une démarche diagnostique adaptée à la situation clinique				

⁶⁹ Partiellement.

Critère	Oui	Part ⁷⁰	Non	Commentaires éventuels
Conduit une appréciation du contexte				
Si nécessaire, prend l'appelant et/ou le patient (s'il est en mesure de parler au téléphone) en ligne				
Explique à l'appelant/au patient la situation, la ou les solutions proposées, les moyens engagés, l'orientation				
Recherche l'adhésion de l'appelant et/ou du patient et contractualise avec celui-ci				
En l'absence d'envoi d'effecteur, informe de la nécessité de rappeler le SAMU en cas d'aggravation				
Modalités de communication				
Est courtois et poli				
Est à l'écoute de l'appelant/patient				
Accueille les émotions de l'appelant/patient et fait preuve d'empathie				
Dirige l'entretien				
Personnalise la relation (appelle l'appelant/patient par son nom)				
S'exprime avec un ton rassurant, utilise des mots positifs				
Utilise des mots facilement compréhensibles				
Désamorce l'insatisfaction si nécessaire				

⁷⁰ Partiellement.

Références bibliographiques

1. Samu-Urgences de France, Société Française de Médecine d'Urgence. Samu Centres 15. Référentiel et guide d'évaluation. Paris: SUDF, SFMU; 2015.
https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
2. Samu-Urgences de France. Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé. Paris: SUDF; 2018.
https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/ModerniserLaRegulationMedicale-TexteLong_mai2018.pdf
3. Samu-Urgences de France, Conseil national de l'urgence hospitalière, Société française de médecine d'urgences. Accompagner les Samu-Centre 15 et les plateformes de régulation médicale vers une amélioration de la politique qualité. Proposition des organisations professionnelles. Paris: SUDF, CNUH, SFMU; 2018.
4. Samu-Urgences de France, Société Française de Médecine d'Urgence. Guide de régulation médicale [En ligne]. Paris: SF; 2019.
<https://www.guide-regulation-medicale.fr/fr/>
5. Haute Autorité de santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_regulation_medicale.pdf
6. Société française de médecine d'urgence. Assistant de régulation médicale. Premier référentiel métier Paris: SFMU; 2016.
https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/referentiel_arm_2016_final.pdf
7. Inspection générale des affaires sociales, Bensadon A, Roger J. Enquête sur les circonstances ayant conduit au décès d'une jeune patiente suite aux sollicitations du Samu de Strasbourg, le 29 décembre 2017. Paris: IGAS; 2018.
8. Haute Autorité de santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR. Etude réalisée en juin 2018 sur les événements indésirables graves associés à des soins reçus à la HAS dans le cadre du dispositif réglementaire en vigueur. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/spa-120_rapport_etat_lieux_eigs_samu-smur_cd_v3.pdf
9. Direction générale de la santé, Direction générale de l'offre de soins. Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf
10. Samu-Urgences de France. Gestion des événements indésirables au Samu-Centre15. Recommandations professionnelles de Samu-Urgences de France. Paris: SUDF; 2019.
11. Kotter J. Le Leadership, clé de l'avantage concurrentiel. Paris: Interéditions; 1990.
12. Samu-Urgences de France. Livre blanc, organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-Urgences de France. Paris: SUDF; 2015.
<https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
13. Penverne Y, Leclerc B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, *et al.* Impact of two-level filtering on emergency medical communication center triage during the COVID-19 pandemic: an uncontrolled before-after study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2020;28(1):80.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13049-020-00775-0>
14. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76(4):593-624.
15. Schein EH. Organizational culture and leadership. San Francisco: John Wiley & Sons; 2010.
16. Domecq S, Kret M, Saillour-Glénisson F, Daucourt V, Dumont JP, Halgand N, *et al.* Mesure du contexte organisationnel et managérial en établissement de santé. Questionnaire COMEt®. Guide d'utilisation de l'outil de mesure. Pessac: CCECQA; 2011.
http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/u46/2.ou_tilscpp.pj-cultureorga.guide.pdf
17. Association française de normalisation. Systèmes de management de la qualité.

Exigences. NF EN ISO 9001. Saint Denis La Plaine: AFNOR; 2015.

18. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé. Culture de sécurité. Mieux comprendre pour agir plus efficacement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/la_culture_de_securite.pdf

19. Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé. Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/spa_123_guide_culture_securite_cd_2019_05_29_v1.pdf

20. Penverne Y, Jenvrin J, Danet N, Pineau C, Potel G, Loué B, *et al.* Samu Centre 15 : de nouveaux métiers et nouvelles pratiques. Un centre de réception et de régulation des appels ou de relation patient ? Qualité performance et pilotage. Dans: Urgences 2009. Paris: Société française de médecine d'urgence; 2009. p. 793-806.

21. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. Acad Med 2004;79(2):186-94.

22. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel event alert. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2004.

23. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2011. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000201/index.shtml>

24. Aiken LH. Superior outcomes for magnet hospitals: The evidence base. Dans: McClure ML, Hinshaw AS, ed. Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses. . Washington: American Nurses Publishing; 2002. p. 61-82.

25. Haute Autorité de santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe. L'essentiel de PACTE. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/05_2018_pacte_les_essentiels_vd.pdf

26. Samu-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). Référentiel. Paris: SUDF; 2011. https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

27. Institut national de recherche et de sécurité. Les centres d'appels téléphoniques. Fiche pratique de sécurité. Paris: INRS; 2003.

28. Institut national de recherche et de sécurité, Chouanière D, Boini S, Colin R. Conditions de travail et santé dans les centres d'appels téléphoniques. Paris: INRS; 2011.

29. Assurance maladie. Définition des bonnes pratiques de prévention dans les centres d'appels téléphoniques. Recommandations du comité technique national des activités de service. Paris: Institut National de Recherche et de Sécurité INRS; 2012. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/31329/document/r470.pdf>

30. Mission national d'expertise et d'audit hospitalier. Organisation des centres 15. « *Chaque appel compte, chaque seconde compte* » Rapport de phase 1 – Diagnostic. Paris: MEAH; 2007.

31. Haute Autorité de santé. Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

32. Direction de la défense et de la sécurité civiles, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Paris: Ministère de l'intérieur et Ministère de la santé ; 2008. https://www.securisme.net/IMG/pdf/secours_personne_aide_medicale_urgente.pdf

33. Penverne Y, Leclerc B, Labady J, Berthier F, Jenvrin J, Javaudin F, *et al.* Key performance indicators' assessment to develop best practices in an emergency medical communication centre. Eur J Emerg Med 2018;25(5):335-40. <http://dx.doi.org/10.1097/mej.0000000000000468>

34. Penverne Y, Leclerc B, Lecarpentier E, Marx JS, Gicquel B, Goix L, *et al.* Variation in accessibility of the population to an Emergency Medical Communication Centre: a multicentre

observational study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2019;27(1):94.

<http://dx.doi.org/10.1186/s13049-019-0667-6>

35. Aksin Z, Armony M, V M. The Modern call-center: A multi-disciplinary perspective on operations management research. *Prod Oper Manag* 2007;16:665-88.

36. Penverne Y, Terre M, Javaudin F, Jenvrin J, Berthier F, Labady J, *et al.* Connect dispatch centers for call handling improves performance. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2019;27(1):21.

<http://dx.doi.org/10.1186/s13049-019-0601-y>

37. Blomberg SN, Folke F, Ersboll AK, Christensen HC, Torp-Pedersen C, Sayre MR, *et al.* Machine learning as a supportive tool to recognize cardiac arrest in emergency calls. *Resuscitation* 2019;138:322-9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.01.015>

38. Allamigeon X, BOYET M, Gaubert S. Piecewise affine dynamical models of timed petri nets. Application to emergency call centers. Dans: Janicki R, Sidorova N, Chatain T, ed. *Application and Theory of Petri Nets and Concurrency*. International conference on applications and theory of Petri Nets and concurrency. Cham: Springer ; 2020. p. 26-269.

<https://arxiv.org/pdf/2004.09483.pdf>

39. Mission relative à la modernisation des SAMU. Rapport de la mission D.G.O.S. relative à la modernisation des SAMU état des lieux, objectifs et recommandations opérationnelles. Paris: Ministère de la santé de la jeunesse et des sports; 2010.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission_dgos-rapport_modernisation_des_samu-07-2010.pdf

40. MACSF Le sou médical, Charles D. Médecins régulateurs : la première décision doit être la bonne. Paris: MACSF; 2019.

<https://www.macs-f-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medecale/medecins-regulation-medecale>

41. MACSF Le sou médical, Decroix G. Régulation médicale et responsabilité. Paris: MACSF; 2019.

<https://www.macs-f-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/regulation-medecale-responsabilite>

42. Gloaguen A, Cesareo E, Vaux J, Valdenaire G, Ganansia O, Renolleau S, *et al.* Prise en charge de l'anaphylaxie en médecine d'urgence. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en partenariat avec la Société française d'allergologie (SFA) et le

Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP), et le soutien de la Société pédiatrique de pneumologie et d'allergologie (SP2A). *Ann Fr Med Urgence* 2016;6:342-64.

43. Magnussen LI, Carlstrom E, Berge AK, Wegger F, Sorensen JL. Help we are sinking! Stories from Norwegian dispatch centers on decision-making in unfamiliar and ambiguous situations. *J Emerg Manag* 2018;16(4):245-54.

<http://dx.doi.org/10.5055/jem.2018.0373>

44. Société francophone de médecine d'urgence, Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beaunaiche M, *et al.* *Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence* Paris: SFMU; 2003.

https://www.sfm-u.org/upload/consensus/rbpc_ethique.pdf

45. Grimaud D. Morale, éthique, bioéthique... quelques définitions *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2011;77:13.

46. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. Saint Denis La Plaine: ANESM; 2008.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

47. Haute Autorité de santé. Manuel de certification V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

48. Doran DG. « There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives », *Manage Rev* 1981;70(11):35–6.

49. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003.

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003_qualite_methodologie_ANAE_S.pdf

50. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, *et al.* 'Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff* 2011;30(4):581-9.

<http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0190>

51. Resar RK, Rozich JD, Classen D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. *Qual Saf Health Care* 2003;12 (Suppl 2):ii39-45.
http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii39
52. Bechu M, Payet I, Bounes V. Détection d'événements indésirables par la méthode des trigger tools à partir des dossiers de régulation au sein d'un CRRA 15. *Ann Fr Med Urgence* 2018;8:83-8.
53. Vrinat Q. Détection d'événements indésirables en régulation médicale au SAMU 31 par la méthode des « trigger tool » : analyse de deux nouveaux indicateurs. Thèse [Docteur en Médecine. Médecine Générale]. Toulouse: Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2017.
54. Cachera D, Bechu M. Analyse de deux nouveaux trigger-tools pour la détection d'événements indésirables en régulation médicale. Communication au congrès urgences 2019. FC271–Diffusion le 06/06/2019 [En ligne]. Paris: Urgences Direct Info; 2019.
<https://www.urgencesdirectinfo.com/medias/voir/analyse-de-deux-nouveaux-trigger-tools-pour-la-detection-d-evenements-indesirables-en-regulation-medecale/4648>
55. Dekker S. The field guide to understanding human error. London: Ashgate; 2006.
56. Institut pour une culture de sécurité industrielle. FHOS, l'analyse approfondie d'événement. Cahiers de la Sécurité Industrielle Toulouse: ICSI; 2013.
https://www.icsi-eu.org/documents/281/csi1404_analyse_evenement.pdf
57. Haute Autorité de santé. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
58. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open* 2013;3(1).
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
59. Haute Autorité de santé. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques (GAP). Fiche méthode développement professionnel continu. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf
60. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation* 2009;18:737-41.
61. Haute Autorité de santé. Audit clinique. Fiche méthode développement professionnel continu. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/audit_clinique.pdf
62. Bertrand C, Ammirati C. Place de la simulation comme outil de formation à la régulation médicale : état des lieux et perspectives. Dans: Décider en urgence au SAMU- centre 15. Toulouse: Octarès; 2018.
63. Haute Autorité de santé. Simulation en santé. Fiche méthode développement professionnel continu. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.
64. Haute Autorité de santé. Chemin clinique. Fiche méthode développement professionnel continu. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf
65. Haute Autorité de santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
66. Gueugniaud PY, Hubert H, Savary D, El Khoury C, Bertrand C, Tazarourte K. Les leçons tirées des registres : pourquoi le registre électronique de l'arrêt cardiaque en France (« RéAC ») Dans: Congrès Urgence 2013. Paris: Société française de médecine d'urgence; 2013.
https://www.sfmur.org/upload/70_formation/02_formation/02_congrès/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/049_Gueugniaud.pdf
67. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique. Paris: ANDEM; 1994.

Participants

Les organismes professionnels suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

Collège de la médecine générale (Dr Paul FRAPPÉ, président)

Fédération hospitalière de France (Mme Zaynab RIET, déléguée générale)

Samu-Urgences de France (Dr François BRAUN, président)

Société française de médecine d'urgence (Dr Agnès RICARD-HIBON, présidente)

Union nationale des assistants de régulation médicale (M. Patrice BEAUVILAIN, secrétaire général)

Groupe de travail

Dr Aurélie AVONDO, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Dijon

Mme Laura BESSON, assistante de régulation médicale, Grenoble

Mme Michèle BILLING, directrice qualité, Strasbourg

Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, service Documentation-Veille, HAS

Dr Stéphanie BOICHOT-GEIGER, médecin régulateur généraliste, Paris

Mme Séverine BOURQUIN, représentant des usagers, Présentevillers

Mme Michèle BRONNER, directrice d'hôpital, Nancy

M Nicolas BRUN Nicolas, représentant des usagers, Paris

Mme Valérie DUPUY, assistante de régulation médicale, Niort

Mme Floriane GASTO, juriste, chef de projet, service Juridique, HAS

Dr Patrick JOUBERT, médecin correspondant du SAMU, Flaine

Dr Valérie LINDECKER-COURNIL, chef de projet, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Dr Vincent MOUNIC, conseiller technique, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Dr Yann PENVERNE, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Nantes

Dr Roland RABEYRIN, médecin régulateur généraliste, Le Puy-en-Velay

M. Ludovic RADOU, superviseur SAMU-Centre 15, Le Mans

Dr Christine REVEL-DELHOM, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS

Dr Olivier RICHARD, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Versailles

Dr Dominique SAVARY, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Angers

Dr Caroline TELION, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Paris

Groupe de lecture

- Experts

Dr Guillaume AUCHERES, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Orléans

Mme Fabienne BELMONTE, assistante de régulation médicale superviseur, Chambéry

Dr Frédéric BERTHIER, médecin régulateur urgentiste, Nantes

Mme Valérie CAU, assistante de régulation médicale, Nice

Mme Myriam CERTAIN, assistante de régulation médicale, Fort-de-France

Dr Nourredine CHAHIR, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Brest

Dr Bahram CHAYBANY, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Lille

M. Christophe DI GUISTO, assistant de régulation médicale, Avignon

Dr Claude DOLARD, médecin urgentiste, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Rouen

M. David DRUT, assistant de régulation médicale, Caen

M. Cédric GIVAUDAN, assistant de régulation médicale, Lille

Dr Jean-Marc LABOUREY, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Besançon

Dr François LACON, médecin généraliste et médecin régulateur libéral au SAMU, Chambéry

Dr Catherine PRADEAU, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Bordeaux

Dr Eric TENTILLIER, responsable de la qualité opérationnelle SAMU-SMUR, médecin régulateur de l'aide médicale urgente, Bordeaux

- Parties prenantes consultées

Association des médecins urgentistes de France (AMUF)

Association française des assistants de régulation médicale (AFARM)*

Association nationale des médecins chefs et médecins d'encadrement de SDIS

Chambre nationale des services ambulances (CNSA)*

Collège de la médecine générale*

Conférence des directeurs généraux d'ARS*

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centre hospitalier

Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers universitaires

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

Conférence nationale des directeurs généraux de CHU*

Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH)*

Conseil national professionnel de médecine d'urgence

Croix blanche*

Croix-Rouge française

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*

Direction générale de la santé (DGS)*

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Fédération des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)*

Fédération hospitalière de France (FHF)

France Assos santé

Ordre de Malte

Ordre des médecins*

Protection civile*

Samu-Urgences de France (SUdF)*

Société française de médecine d'urgence (SFMU)*

SOS Médecins

Unicancer

Union nationale des assistants de régulation médicale (UNARM)*

* participation effective à la relecture.

- Relecteurs internes

Dr. Bruno BALLY, adjoint au chef de service, service Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

Mme Catherine BOURGNEUF, chef de projet, service Certification des établissements de santé

Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

M. Marc FUMEY, adjoint au chef de service, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Dr Catherine GRENIER, directrice, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Dr Marie-Claude HITTINGER, conseiller technique, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

Dr Hervé MENTEC, chef de projet, service Évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS

Dr Isabelle RULLON, chef de projet, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS

Visites de SAMU et rencontres de professionnels du SAMU

SAMU d'Annecy :

- Dr Dominique SAVARY, Dr Thierry ROUPIOZ et les membres de l'équipe rencontrés

SAMU d'Amiens

- Pr Christine AMMIRATI et Pr Christophe BOYER et les membres de l'équipe rencontrés

SAMU de Paris

- Pr Pierre CARLI et Dr Caroline TELION et les membres de l'équipe rencontrés

SAMU de Toulouse

- Pr Vincent BOUNES et Dr Pierre ROUCOLLE et les membres de l'équipe rencontrés

Autres personnes rencontrées

- Dr Frédéric BERTHIER⁷¹ (Nantes)
- Dr François BRAUN (Metz)
- Dr Henri DELELIS-FANIEN (Poitiers)
- Dr Joël JENVRIN (Nantes)
- Pr Bernard NEMITZ (Amiens)
- Pr Paul PETIT (Lyon)

Équipe projet HAS :

Coordination du projet : Dr Vincent MOUNIC et Dr Valérie LINDECKER-COURNIL, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Assistants du projet : Mme Catherine JOHN, Mme Sophie DE-COSMI, service Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours

Avec la participation de

- Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, et Mme Laurence FRIGERE, assistante-documentaliste, service Documentation-Veille
- Mme Floriane GASTO, chef de projet, Mme Arianne SACHS, chef de projet, et Mme Christine VINCENT, chef de service, service Juridique
- Mme Laetitia LE GOASTER, chef de projet, et Mme Valérie COMBE, assistante de communication, service Communication et information
- M. Sorin STANEL, chef de projet, DEMESP

Remerciements :

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

⁷¹ Le Dr Frédéric BERTHIER, responsable du Centre d'expertise fonctionnelle du programme SI-Samu à l'Agence du numérique en santé, a contribué à la rédaction de la section du guide sur le système d'information.

Abréviations et acronymes

AMDEC	Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANS	Agence du numérique en santé
APR	Analyse préliminaire des risques
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
ATSU	Association des transports sanitaires urgents
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAFEI	Cellule d'analyse des fiches d'événements indésirables
CDU	Commission des usagers
CESU	Centre d'enseignement des soins d'urgence
CFARM	Centre de formation d'assistant de régulation médicale
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CODAMUTS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CREX	Comité de retour d'expérience
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DPC	Développement professionnel continu
DRM	Dossier de régulation médicale
EFS	Établissement français du sang
EI	Événement indésirable
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
HAS	Haute Autorité de santé
ISO	International Organization for Standardization (Organisation internationale de normalisation)
MCS	Médecin correspondant du SAMU
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
NRBC	Risques nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques
PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
RMM	Revue de mortalité et de morbidité
ROR	Répertoire opérationnel des ressources

SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAS	Service d'accès aux soins
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SI-Samu	Système d'information du SAMU
SIS	Service d'incendie et de secours
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SUdF	Samu-Urgences de France
VLI	Véhicule de liaison infirmier
VSAV	Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

