



HAL
open science

La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure

Charles Boucher

► **To cite this version:**

Charles Boucher. La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00717734

HAL Id: dumas-00717734

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717734>

Submitted on 13 Jul 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2012

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Charles BOUCHER

Né le 26 mars 1978 à Reims (51)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUIN 2012

**LA RÉGULATION LIBÉRALE DE LA PERMANENCE DES SOINS
ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS DE L'EURE**

Composition du Jury :

Monsieur le Professeur Benoît VEBER

Président du jury

Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Assesseur

Monsieur le Docteur Emmanuel LEFEBVRE

Directeur de thèse

U.F.R. DE MÉDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

- DOYEN : Professeur Pierre FREGER
- ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST
- DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET -,
C. THUILLEZ
- PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -
M.BENOZIO -.J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E.
COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P
FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B.
HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R.
LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B.
MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-
DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I – MÉDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail

M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Épidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (<i>Surnombre</i>)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique

M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PELLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition

M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR	Sciences humaines - Techniques d'expression

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique

Mme Malika **SKIBA**
Mme Christine **THARASSE**
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)
M. Frédéric **ZIEGLER**

Pharmacie Galénique
Chimie thérapeutique
Pharmacie Hospitalière
Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIÉ

M. Jean-Pierre **GOULLE** Toxicologie

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU** Pharmacie Officinale

PROFESSEUR AGRÉGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Anne-Marie **ANZELLOTTI** Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice **COQUEREL** Chimie Analytique
M. Johann **PELTIER** Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
CB - Centre HENRI BECQUEREL

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAIN SILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Économie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

M. Mario **TOSI** Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV** Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Benoît VEBER

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

À Monsieur le professeur Jean-Loup HERMIL

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance

À Monsieur le Docteur Emmanuel LEFEBVRE

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail, ainsi que pour votre disponibilité et votre patience. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Alain MERCIER

Merci pour l'aide que vous m'avez apportée sur la méthode d'analyse des focus groups.

AUX RÉGULATEURS LIBÉRAUX DE L'EURE QUI ONT ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CETTE ÉTUDE.

À ma famille, mes amis, pour leur soutien et leur patience.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	17
I. INTRODUCTION	18
I.1 DÉFINITIONS	18
I.2 HISTORIQUE DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DE LA PDS.....	20
I.2.1 De l'antiquité à 1950.....	20
I.2.2 Des années 1950 à 2001	20
I.2.3 Évolution depuis 2001.....	23
I.2.4 Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins	27
I.2.5 État des lieux de la permanence des soins en 2012	28
I.3 HISTORIQUE DE LA PDS DANS LE DÉPARTEMENT DE L'EURE	29
I.3.1 Contexte géographique.....	29
I.3.2 Contexte de l'offre de soins existant avant la réorganisation de la PDS	29
I.3.3 La crise de 2001	32
I.3.4 Organisation de la PDS depuis 2004	33
I.3.5 Évolutions liées à la loi HPST.....	35
I.4 OBJECTIF DE L'ÉTUDE	36
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	37
II.1 MATÉRIEL	37
II.1.1 Répartition des régulateurs libéraux dans le département de l'Eure.....	37
II.1.2 Prise en charge des appels au 02.32.33.32	37
II.1.3 Activité de la régulation libérale	40
II.2 MÉTHODE.....	46
III RÉSULTATS ET ANALYSE	49
III.1 MOTIVATIONS CONDUISANT À LA PARTICIPATION	49
III.1.1 La volonté d'assurer la pérennité d'un système optimisé et moins contraignant	49
III.1.2 Une obligation morale découlant de la grève de l'hiver 2001-2002.....	50
III.1.3 La réponse à une mission professionnelle.....	50
III.1.4 La recherche d'un bénéfice personnel	51
III.1.5 La perspective d'une rémunération supplémentaire.....	52
III.1.6 Frein supposé à la participation	52

III.2 REGARD DES RÉGULATEURS SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE PERMANENCE DES SOINS.....	52
III.2.1 Les modalités de la garde effectrice.....	53
III.2.1.1 Les horaires de la garde effectrice	53
III.2.1.2 Une sectorisation large.....	54
III.2.1.3 L'absence de visites à domicile	54
III.2.1.4 Le rejet des maisons médicales de garde	55
III.2.2 La nécessité de la permanence de la régulation libérale.....	56
III.2.2.1 Un devoir déontologique	56
III.2.2.2 La compétence spécifique des médecins généralistes libéraux	56
III.2.2.3 Le maintien de l'attractivité de la rémunération.....	58
III.2.3 La possibilité d'une régulation déportée	58
III.3 CRITÈRES DÉTERMINANT LE CHOIX DU LIEU DE RÉGULATION	60
III.3.1 Une réticence initiale vis-à-vis de la régulation déportée.....	60
III.3.2 Les avantages de la régulation déportée	60
III.3.2.1 Les avantages liés au confort du régulateur	61
III.3.2.2 Les avantages pour la qualité de l'exercice.....	61
III.3.3 Les avantages de la régulation au centre 15	62
III.4 LA PRATIQUE DE LA RÉGULATION.....	63
III.4.1 Approche de la régulation.....	63
III.4.2 Facteurs influençant la réponse du régulateur.....	65
III.4.2.1 Influence du flux d'appels	65
III.4.2.2 Influence du jour et de l'heure de l'appel.....	66
III.4.2.3 Influence des souhaits supposés de l'effecteur.....	66
III.4.2.4 Influence géographique	67
III.4.3 Difficultés rencontrées dans la régulation des appels.....	67
III.4.3.1 Le patient psychiatrique.....	67
III.4.3.2 Le patient âgé dépendant ou en fin de vie	68
III.4.3.3 Difficulté de compréhension.....	68
III.5. RELATIONS AVEC LE PATIENT	69
III.5.1. Relations avec le médecin de garde avant la réforme	69
III.5.2 Évolution de la relation formelle avec le patient.....	69
III.5.2.1 Une adaptation à la réforme parfois difficile.....	69
III.5.2.2 Une amélioration globalement constatée	70

III.5.3 Une éducation médicale qui reste à parfaire	71
III.6 RELATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS	73
III.6.1 Les autres acteurs de la régulation	73
III.6.1.1 Relations avec les PARM	73
III.6.1.2 Relation avec le régulateur hospitalier	75
III.6.2 Relations avec les acteurs de terrain	76
III.6.2.1 Relations avec l'effecteur libéral	76
III.6.2.2 Relations avec l'effecteur public.....	78
III.6.2.3 Relations avec les pharmacies.....	78
III.6.3 Relation avec les institutions publiques	79
III.6.3.1 Un manque de reconnaissance et de représentativité	79
III.6.3.2 Des opinions divergentes quant à la rémunération	80
III.7 PERFORMANCES ET LIMITES DU SYSTÈME	80
III.7.1 Conséquences pour les médecins.....	81
III.7.1.1 Conséquences pour l'ensemble des médecins généralistes	81
III.7.1.2 Conséquences pour les régulateurs en particulier.....	81
III.7.2 Conséquences pour le patient	82
III.7.3. Conséquences pour la société	83
III.7.3.1 Un système jugé efficient	83
III.7.3.2 Conséquences sur la démographie médicale	85
III.7.3.3 Conséquences en matière de santé publique	85
IV. DISCUSSION	86
IV.1 CHOIX DE LA MÉTHODE	86
IV.1.1 Avantages de la méthode.....	86
IV.1.2 Inconvénients de la méthode	87
IV.1.3 Limites de l'étude.....	87
IV.2 FORCES ET FAIBLESSES DE LA RÉGULATION LIBÉRALE DE L'EURE	88
IV.2.1 Les points forts de la régulation libérale.....	88
IV.2.1.1 Efficacité et reconnaissance de la régulation libérale.....	88
IV.2.1.2 Régulation déportée.....	89
IV.2.2 Faiblesses	91
IV.2.2.1 Le caractère volontaire de la participation	91
IV.2.2.2 Une performance variable en fonction du flux d'appels	92
IV.2.2.3 Un manque d'évaluation et de référentiel	93

IV.3 ÉVOLUTION DE LA PDS DANS L’EURE ET PERSPECTIVES D’AVENIR	94
IV.3.1 Une possible disparition des effecteurs en semaine	94
IV.3.2 Vers une meilleure intégration du système de PDS	96
IV.3.2.1 Évolution des communications entre régulateur et patients	97
IV.3.2.2 Évolution des communications entre régulateurs et effecteurs	98
IV.3.3 Synthèse des propositions d’aménagements	98
V. CONCLUSION	100
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
ANNEXES	107
Annexe 1 : Carte des secteurs de garde de l’Eure	108
Annexe 2 : Guide d’entretiens	109
Annexe 3 : Tableaux des codes et catégories	110

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALAUME	Association des Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure
AMU	Aide Médicale Urgente
ARS	Agence Régionale de Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMU	Comité de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires
CODAMUPS	Comité de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires et Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA	Centres de Réception et de Régulation des Appels
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes
EOLE	Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
IGA	Inspection Générale de l'Administration
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil et de Traitement des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et Réanimation
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

I. INTRODUCTION

Le dispositif de permanence des soins (PDS) a pour but de répondre aux demandes de soins non programmés des patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. La PDS est une mission de service public et se doit donc d'offrir une égalité d'accès aux soins à la population.

Dans un contexte de vieillissement et d'inégale répartition du corps médical, les contraintes liées à l'organisation de la PDS sont devenues de plus en plus fortes, en particulier dans les départements à faible densité médicale comme celui de l'Eure.

Afin de limiter ces contraintes, la nécessité d'une nouvelle organisation du dispositif s'est peu à peu imposée au début des années 2000. Après concertation des différents acteurs, le législateur a répondu en 2003 à cette demande en instituant la régulation médicale systématique des demandes de soins non programmés.

Les médecins généralistes libéraux ont été invités à participer à la régulation de la PDS sur la base du volontariat. Pour la plupart d'entre eux, il s'agissait d'une nouvelle activité.

Étudier l'expérience de la régulation libérale de la PDS demande en premier lieu de la définir précisément puis de la replacer dans son contexte historique.

I.1 DÉFINITIONS

La régulation médicale est un acte pratiqué au téléphone par un médecin exerçant au sein d'une structure centralisée. Elle a pour objectif d'évaluer l'état de santé du patient, de déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, les moyens les mieux adaptés à son cas. En fonction de l'évaluation, la réponse peut aller du simple conseil médical au déclenchement d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), en passant par la consultation d'un médecin de garde, ou encore l'envoi d'une ambulance.

La régulation médicale commence dès la réception de l'appel et ne s'achève qu'avec la fin de la mission de l'intervenant. Bien qu'exercé à distance du patient, c'est un acte médical

à part entière, qui, comme tout acte médical, engage la responsabilité du praticien (article R. 6316-1 du Code la santé publique).

Le Rapport Descours [1] paru en 2003 donne une définition de la permanence des soins. Il s'agit d'une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux.

L'aide médicale urgente (AMU) est définie par l'article L. 6311-1 du Code de la santé publique : « *L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.* » Cette mission est assurée par les services d'aide médicale urgente (SAMU).

L'AMU et la PDS sont donc deux domaines complémentaires et la délimitation peut être difficile à établir a priori devant une situation d'urgence ressentie par le patient ou son entourage.

La circulaire n°195 de 2003 de la DHOS [2] propose de définir quatre niveaux d'urgence :

Le niveau 1 : il s'agit de l'urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR) ;

Le niveau 2 : est visée ici l'urgence vraie, sans détresse vitale, nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté, contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant ;

Le niveau 3 : il correspond au recours à la permanence des soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi (dans les 12 à 24 heures) ;

Le niveau 4 : la situation peut amener le régulateur à donner un conseil médical ou thérapeutique.

I.2 HISTORIQUE DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE ET DE LA PDS

I.2.1 De l'antiquité à 1950 [3]

La notion d'une aide médicale urgente organisée est issue des campagnes militaires avec la nécessité de récupérer et de soigner les blessés. Dans l'antiquité déjà on note l'existence d'un corps de cavaliers romains chargé d'évacuer les blessés lors des combats.

Au XVI^{ème} siècle, Ambroise Paré impose la présence de médecins et de chirurgiens sur les champs de bataille au cours des guerres d'Italie, de manière à prendre en charge les blessés le plus rapidement possible. Il développe ainsi le concept de médecine d'urgence préhospitalière.

Durant les campagnes napoléoniennes, le Baron Larrey organise une chaîne de secours allant de la prise en charge, à l'avant, des blessés jusqu'au traitement hospitalier à l'arrière. Il crée pour cela des ambulances volantes dans lesquelles les chirurgiens peuvent donner les premiers soins, donnant ainsi naissance au transport médicalisé.

Ainsi, jusqu'au XIX^{ème} siècle, la médecine d'urgence est avant tout une médecine chirurgicale et militaire. Il faut attendre 1863 et la création de la Croix Rouge pour qu'apparaisse la notion d'intervention médicale de type civil tant sur terrains militaires qu'en période de paix.

Cependant, on assiste au début du XX^{ème} siècle à une quasi-disparition de l'aide médicale préhospitalière fondée sur les principes des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles. On note par ailleurs l'arrêt de l'enseignement des gestes de premier secours au sein des facultés de médecine.

I.2.2 Des années 1950 à 2001 [4]

La réapparition d'une conception de prise en charge préhospitalière médicalisée des détresses médicales ou traumatologiques est le fruit de deux phénomènes, d'une part les épidémies de poliomyélite des années 1950, d'autre part le développement de l'automobile et le nombre croissant d'accidentés de la route.

En 1956 est créé à Paris le premier service mobile de réanimation. Il est installé à l'hôpital Necker à Paris sous l'autorité du Professeur Cara. Il a pour mission le transport inter-

hospitalier des patients sous assistance respiratoire (notamment ceux atteints de poliomyélite) vers un centre disposant de respirateurs.

En septembre 1957, le Docteur Bourret crée la première unité mobile pour les secours aux accidentés de la route à Salon-de-Provence.

Les professeurs Lareng (Toulouse), Cara (Paris) et Serre (Montpellier), constatant la disproportion entre les soins prodigués aux malade ou accidentés à l'arrivée à l'hôpital et ceux prodigués avant et pendant le transport (quasi inexistantes), décident de mettre en place une médicalisation des secours. Celle-ci se manifeste par la présence d'un médecin dans les ambulances dont la mission est de commencer les soins sur place.

Ces initiatives locales seront peu à peu imposées et généralisées à tout le territoire par le législateur, aboutissant à la création des SAMU et des SMUR.

Le décret n°59-957 du 3 août 1959 [5] stipule que les centres hospitaliers régionaux doivent disposer de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence. Il est complété en 1965 par le décret n°65-1045 [6] qui précise les moyens à mettre en œuvre et les acteurs concernés, donnant ainsi naissance aux SMUR

En 1968, à l'initiative du Professeur Lareng, est créé le premier service d'aide médicale urgente (SAMU) chargé de coordonner la prise en charge préhospitalière (SMUR) et le service d'urgence hospitalier. Ce type de service se développe dans de nombreux départements mais il faut attendre la circulaire du 5 février 1976 pour offrir au SAMU un statut légal qui le définit comme un service hospitalier à part entière.

La circulaire du 6 février 1979 ordonne la création des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA). Ils ont pour mission de recevoir les appels du public, d'assurer la coopération entre structure hospitalière et extra-hospitalière, ainsi qu'entre service public et privé.

La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 [7] relative à l'aide médicale urgente et au transport sanitaire crée dans chaque département un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) dont la mission est de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Par ailleurs, cette loi dispose que les SAMU doivent obligatoirement comporter un CRRA.

Le décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 [8] précise les missions du SAMU :

- Assurer une écoute médicale permanente ;
- Déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée ;
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient ;
- Organiser le cas échéant le transport ;
- Veiller à l'admission du patient.

Ce décret définit ainsi sans le nommer le principe de la régulation médicale. Par ailleurs, ce décret définit l'organisation des CRRA, leur attribue un numéro d'appel téléphonique unique, le 15, et leur impose une interconnexion avec le service d'incendie et de secours (le 18). De plus, ce décret évoque pour la première fois la participation des médecins libéraux au CRRA qui doit faire l'objet d'une convention approuvée par le préfet.

Le contenu de la convention de participation des médecins libéraux au CRRA est précisé par la circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988 [9]. Cette convention peut être demandée par les instances départementales des organisations nationales représentatives des praticiens ou par les associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence. Elle a notamment pour but de formaliser les règles d'organisation et de fonctionnement du centre. Elle détermine, en cas de régulation simultanée des médecins libéraux et hospitaliers, le type de partage des appels entre les deux secteurs, en fonction de la gravité des cas et des moyens à mettre en œuvre (il est signalé que tout appel nécessitant le recours à un SMUR sera préférentiellement traité par le médecin hospitalier). Par ailleurs elle précise que la responsabilité civile des régulateurs libéraux peut être engagée, ce qui les oblige à souscrire une assurance privée.

Au cours de la deuxième partie du XX^{ème} siècle, l'organisation de l'aide médicale urgente a donc été structurée et réglementée. Elle s'appuie sur la régulation médicale par l'intermédiaire des CRRA. Il n'en est pas de même pour la permanence des soins.

Le rapport de la commission permanente du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2001 [10] et le livre blanc de l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale

de juillet 2001 rédigé pour la conférence des présidents des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) [11] font les constatations et préconisations suivantes :

- Le cadre de la PDS est imprécis et n'a pas de définition réglementaire.
- La notion de mission d'utilité publique de la garde libérale est implicite mais non reconnue officiellement.
- Une coopération de l'ensemble des lieux de soins est nécessaire afin de concevoir les services de garde et créer des moyens structurants d'organisation et de financement.
- Les médecins libéraux doivent être associés à l'élaboration d'un schéma régional d'organisation de la permanence des soins.
- La participation des praticiens libéraux aux services de garde ne peut plus relever d'une simple participation privée spontanée, celle-ci doit être organisée et prendre des formes pérennes sous forme d'associations locales.
- Les médecins libéraux doivent être associés à la régulation de la demande de soins non programmés au centre 15.
- La création de structures libérales associant une maison médicale de garde et un système de visites à domicile est à favoriser.
- Un mode de rémunération des astreintes et de la régulation des appels doit être établi.

I.2.3 Évolution depuis 2001

Entre novembre 2001 et juin 2002, les médecins généralistes pratiquent une grève des gardes de nuit et de week-end. Ils revendiquent une revalorisation des honoraires de consultation et de visite mais surtout une amélioration des conditions de travail en garde. Deux groupes de travail sont alors créés à la demande du ministre de la santé.

Le premier est dirigé par la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS). Il propose, par la circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 [12], d'améliorer « l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins, tout en assurant une reconnaissance de la mission de service

public ». Elle introduit la notion d'une régulation médicale libérale spécifique des appels en lien avec le centre 15, basée sur le volontariat.

Le second, dirigé par le sénateur honoraire Charles Descours [1], rend ses conclusions le 23 janvier 2003, axées sur 4 propositions principales :

- La participation des médecins à la PDS repose sur le principe du volontariat. Cette disposition nécessite une réécriture de l'article 77 du code de déontologie médicale.
- La demande de soins non programmés fait l'objet d'une régulation à laquelle participent les médecins libéraux.
- Le CODAMU devient le comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS). Il a pour mission de définir les procédures de coopération entre les différents intervenants de la PDS et de l'AMU.
- La PDS s'organise dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs de garde.

S'appuyant sur ces travaux, le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 [13], la circulaire n°587/DHOS/ du 12 décembre 2003 [14] et le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 [15] donnent à la PDS un cadre légal et précisent son organisation.

Sont ainsi définis :

- Les horaires de la PDS :

Elle est assurée en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, soit de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Toutefois il est possible de prévoir, par convention avec le SAMU, que la permanence sera assurée, pour une partie de cette période, autrement que dans le cadre classique de la garde (par des établissements publics et privés par exemple).

- La géographie de la PDS :

La PDS s'organise à l'échelle départementale. Le département est divisé en secteurs de soins en fonction des données géographiques et démographiques et de l'offre de soins existante. Un médecin libéral assure la PDS dans chaque secteur. Les limites et le nombre de

secteurs est fixé par arrêté préfectoral après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM).

- La participation à la PDS :

Les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Cette disposition était incompatible avec l'article 77 du code de déontologie médicale alors en vigueur qui stipulait que « *dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* ». Elle a donc nécessité la réécriture dudit article : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

Dans chaque secteur, un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de 3 mois et envoyé au CDOM dans les 45 jours avant sa mise en place. Ce dernier le transmet alors au préfet, au SAMU et aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Les médecins des centres de santé ou ceux organisés en association de PDS peuvent également figurer sur ce tableau.

- Les réquisitions :

Lorsque le nombre de médecins volontaires est insuffisant, le CDOM doit tenter de compléter le tableau en recueillant l'avis des organisations représentatives des médecins libéraux, des médecins des centres de santé et associations de PDS. Si le tableau reste incomplet, le CDOM adresse un rapport faisant état des avis recueillis au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

- La régulation médicale des appels :

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou, à défaut, par les centres d'appel des associations de PDS à la condition que ces centres soient interconnectés avec le centre 15. La participation des médecins libéraux à la régulation est jugée essentielle car elle permet une réponse adaptée aux demandes relevant de la médecine de ville.

- Le CODAMU intègre la PDS :

Le CODAMU est renommé en Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanences des Soins (CODAMU-PS). Il a pour mission de

veiller à la qualité de la distribution de l'AMU, à l'organisation de la PDS. Il s'assure de la coopération des différents acteurs. Un médecin libéral, désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national, y siège. Les associations départementales de permanence des soins y sont aussi représentées.

- Le cahier des charges :

Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du CODAMU-PS.

L'avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, approuvé par arrêté ministériel le 26 mai 2005 [16], prévoit une participation financière de cette dernière à l'organisation de la PDS. Elle assure le versement de 3C (69 euros en 2012) de l'heure au médecin libéral régulateur ainsi qu'une prise en charge de la formation à la régulation, et si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux pour leur activité de régulation. Précédemment, la régulation était généralement financée par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Le bureau du FAQSV, décisionnaire en matière d'attribution des aides, était majoritairement constitué par des représentants de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). L'Assurance Maladie finance également les indemnités d'astreinte et les majorations spécifiques des actes réalisés par les effecteurs après régulation.

La loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale (article 104) [17] et le décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 [18], relatif aux modalités d'organisation de la PDS, apportent de nouvelles évolutions :

- La PDS est reconnue mission de service publique, ce qui doit permettre aux médecins qui y participent (régulateurs et effecteurs) de bénéficier de la protection juridique de l'État quel que soit leur statut ;
- Les horaires de la PDS sont étendus, en fonction des besoins, au samedi après-midi, au lundi lorsqu'il précède un jour férié et au vendredi et samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ;
- La mission de permanence des soins est étendue aux médecins non conventionnés, ce qui permet aux remplaçants et médecins retraités d'y participer.

I.2.4 Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins

L'évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, menée conjointement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) en mars 2006 [19], décrit une organisation de la PDS « inachevée ».

Le dispositif s'est déployé sur quasiment l'ensemble du territoire mais sa fiabilité n'est pas assurée. L'absence de couverture intégrale aux horaires de la PDS est observée. Elle résulte soit de l'absence d'inscription individuelle d'effecteurs sur les tableaux d'astreintes, soit d'une défection de généralistes pourtant inscrits sur les listes d'astreinte.

Selon le rapport, cette situation résulte du caractère volontaire de la participation à la PDS. L'existence de secteurs où l'intervention des médecins généralistes est aléatoire a pour effet de fragiliser l'efficacité de la régulation. Cependant, une grande disparité de l'efficacité de la PDS entre les départements est notée. Un pilotage trop complexe du dispositif de la PDS, du fait d'un trop grand nombre d'intervenants, et un financement éclaté sont aussi mis en avant pour expliquer le manque de fiabilité de la PDS.

Le rapport de la mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins remis en août 2007 par le docteur Jean-Yves Grall [20] au Ministre de la Santé décrit lui aussi un dispositif aléatoire, instable et fragile. La mission observe notamment une tendance générale à la baisse du nombre de volontaires pour assurer la régulation et même des risques de suppression de cette régulation dans certains départements.

Au niveau structurel, la dualité entre un responsable de l'organisation, le préfet, sans levier financier, et un financeur, l'assurance maladie, sans responsabilité opérationnelle n'est pas de nature à garantir la pérennité ou la fiabilité du dispositif. Pour y remédier, la mission propose un pilotage régional unique de la PDS par la création d'Agences Régionales de Santé (ARS) par regroupement de différents services de l'État et organismes de sécurité sociale.

Cette proposition se concrétise dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [21] qui impose la mise en place des ARS et définit leur mission.

Les ARS rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance Maladie. Elles regroupent en une seule entité plusieurs organismes chargés des politiques de

santé dans les régions et les départements. Elles ont deux missions principales, d'une part le pilotage de la politique de santé publique en région (notamment prévention, éducation à la santé, veille sanitaire), d'autre part la régulation de l'offre de santé pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé.

Les ARS sont désormais en charge de l'organisation de la PDS selon des modalités précisées par le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 [22]. Ainsi, les limites des secteurs de PDS sont arrêtées par le directeur général de l'ARS et non plus le préfet de département. Il en est de même pour le cahier des charges définissant les modalités d'organisation de la PDS.

Ce décret offre, en outre, au directeur général de l'ARS la possibilité de majorer la rémunération forfaitaire des participants à la PDS via le fonds d'intervention régional créé par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

I.2.5 État des lieux de la permanence des soins en 2012

L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2012 [23] fait les constats suivants :

- La France compte 2 267 secteurs de PDS au premier janvier 2012. Malgré une diminution constante depuis 2004 (3 238 secteurs), ce nombre reste supérieur à l'objectif de 2 000 secteurs fixé par la circulaire ministérielle du 8 février 2008. Le nombre et la taille des secteurs sont très variables d'un département à l'autre.
- Le taux de participation des médecins à la PDS dépasse 60% dans 71% des départements. Il dépassait 60% dans 85% des départements en 2007.
- Les médecins libéraux participent à la régulation dans 98 des 100 départements, que ce soit sous statut hospitalier ou par le biais d'une association de médecins libéraux régulateurs.
- La garde effectrice, en 2012, cesse à minuit dans près d'un secteur sur 2. Cette proportion a augmenté constamment au cours des dernières années. En 2004, seuls 17 départements présentaient des secteurs cessant la garde effectrice après minuit.
- Le recours à la réquisition préfectorale pour remplir le tableau de garde a été nécessaire dans 19 départements en 2011.

- Il existe 336 sites dédiés à la PDS (de type maison médicale de garde) répartis dans 83 départements.

I.3 HISTORIQUE DE LA PDS DANS LE DÉPARTEMENT DE L'EURE

I.3.1 Contexte géographique [24]

En 1999, selon le recensement de l'INSEE, le département compte 543 263 habitants pour une superficie de 6 040 kilomètres carrés, soit une densité moyenne de population de 90 habitants par kilomètre carré, inférieure à celle de la France métropolitaine (108 hab/km²).

L'Eure est le principal moteur de la démographie régionale. Le taux de progression annuel 2000-2001 se situe à hauteur de +0,66% contre +0,46% au niveau régional et +0,49% en moyenne nationale.

Il s'agit d'une population jeune : 28% de la population a moins de 20 ans (moyenne nationale 25,4%). Mais le département voit la proportion de personnes âgées (de 65 ans et plus) gagner du terrain : 14,7% de la population en 1999, (soit +65% sur la période 1968-1999).

L'Eure est un département semi-rural. Sur 673 communes, seuls 3 centres urbains dépassent 20 000 habitants. Évreux compte 53 076 habitants, Louviers-Val-de-Reuil 32 733 et Vernon 25 003. Il dispose d'une forte densité de voies de communication routières, essentiellement disposées dans le sens est-ouest (Région parisienne – Ouest de la France), notamment l'A13 et l'A154. L'Ouest du département de l'Eure est rural et vieillissant. Cette partie du département se caractérise aussi par des possibilités d'accès plus difficiles aux établissements de santé.

I.3.2 Contexte de l'offre de soins existant avant la réorganisation de la PDS [24]

En 2003, selon les chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le département comptait 444 médecins généralistes, soit 79,68 généralistes pour 100 000 habitants (moyenne nationale : 115), ce qui plaçait le département de l'Eure au dernier rang des départements métropolitains.

Le département de l'Eure se caractérise par une féminisation et un vieillissement des omnipraticiens, avec une perspective de départs en retraite massifs. Les médecins généralistes âgés de plus de 50 ans représentent 46,87% de l'effectif, tandis que les praticiens âgés de moins de 40 ans n'en représentent que 10,93%.

Tableau n°1 : Répartition des médecins généralistes par âge et par sexe (DREES 2003)

	Eure	Haute-Normandie (Chiffres DREES)	France
- de 30 ans	0	0,5	0,8
30 à 34 ans	4,68% (dont 61,9% de femmes)	6,7	7,3
35 à 39 ans	6,25% (dont 28,57% de femmes)	13,4	13
40 à 44 ans	17,41% (dont 30,76% de femmes)	20,8	20,1
45 à 49 ans	21,87% (dont 26,53% de femmes)	22,2	20,6
50 à 54 ans	25,89% (dont 11,2% de femmes)	20,2	21,4
55 à 59 ans	15,40% (dont 5,79% de femmes)	11,5	10,8
Plus de 60 ans	5,58% (dont 0% de femmes)	4,7	5,1

Cette faiblesse démographique s'associait à des perspectives sombres, confirmées par un travail réalisé en 2005 par Hermil et Lefebvre [25] sur les perspectives démographiques dans l'Eure. Ainsi, les 444 généralistes du département ne seraient plus que 283 en 2015.

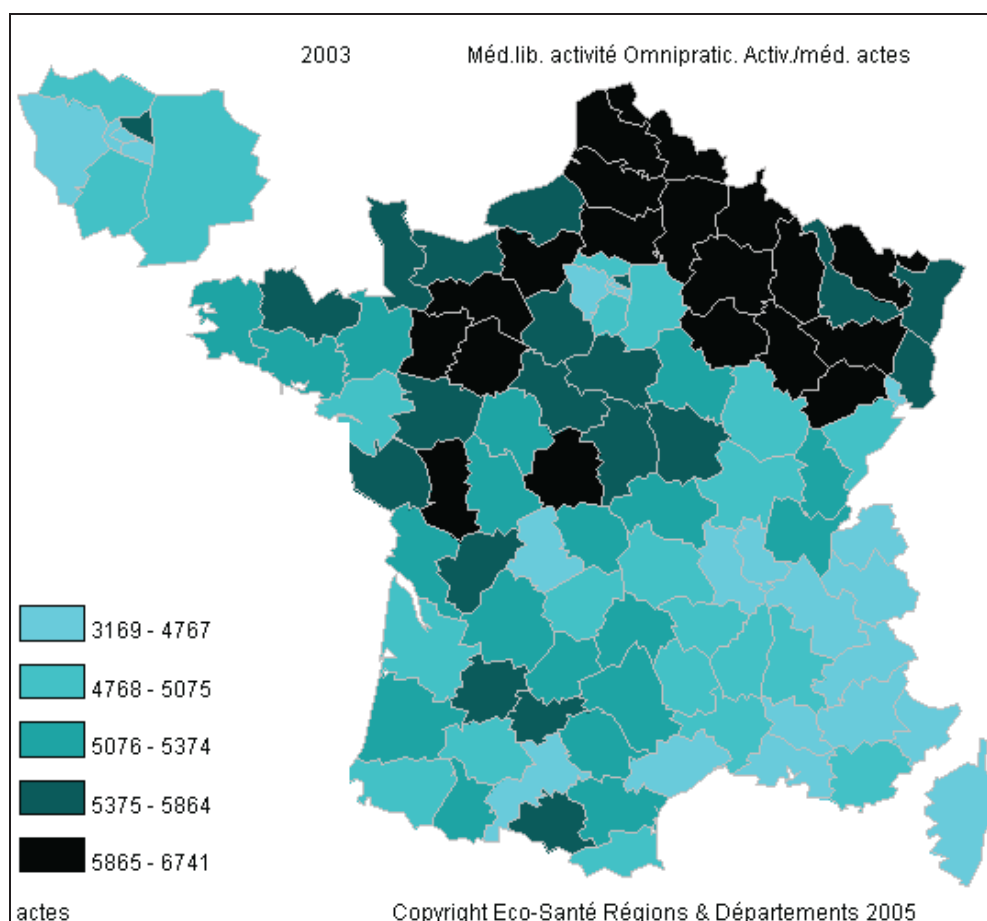
Entre 2000 et 2005, 41 étudiants sur 247 s'étaient installés en région et les prospectives à 5 ans étaient de 25 installations en région.

La désaffection des étudiants pour la médecine générale, en particulier dans les facultés de la grande couronne parisienne, se traduisait en 2005 par l'inscription de 29 internes en médecine générale à Rouen pour 115 postes offerts.

Le phénomène était aggravé par la reconversion précoce des médecins généralistes. Selon le CDOM de l'Eure, en 2002, 30% des cessations d'activité des généralistes dans l'Eure concernaient des médecins âgés de 50 à 60 ans.

La faiblesse de la démographie de médecins généralistes dans le département se traduit par une charge de travail accrue. Ainsi, en 2003, les médecins généralistes accomplissaient 6 071 actes par an contre 5 096 en moyenne nationale.

Carte n°1 : actes des généralistes dans les départements métropolitains en 2003 (source URCAM)



En ce qui concerne la PDS, le département était divisé en 54 secteurs de garde, ce qui constitue en moyenne une garde par semaine et par praticien et un week-end sur 8 avec des extrêmes qui peuvent aller jusqu'à 1 garde un jour sur deux.

Outre l'offre de soins libérale, le département dispose de 8 services d'urgences répartis sur l'ensemble du territoire. On compte 1 Service d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU) au centre hospitalier d'Evreux ; 6 Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et

d'Orientation des Urgences (UPATOU) situées dans les hôpitaux de Gisors, Vernon, Bernay, Verneuil-sur-Avre, Pont-Audemer, Louviers ; et la Clinique Pasteur d'Evreux.

I.3.3 La crise de 2001

La fin de l'année 2001 est marquée par un mouvement syndical tarifaire avec appel à la grève des gardes. Ce mouvement est très suivi dans l'Eure, les médecins refusant de déférer aux réquisitions.

Cette période est riche en réflexions sur la réorganisation du système de permanence de soins, jugée nécessaire au vu de la fréquence des gardes couplée à la charge de travail. Pour permettre la réalisation de leurs idées, les médecins se regroupent dans une association départementale : l'Association des Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure (ALAUME). [26]

Cette association fédère 12 associations locales, les EOLES (Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure) qui constitueront la base de la sectorisation du département.

Cette structure associative départementale permet la représentation de l'ensemble des médecins généralistes au sein du CODAMU-PS. Rapidement, forte de ses 97% de généralistes cotisants, l'association devient l'interlocuteur privilégié des autorités de tutelle.

Pour mettre fin au mouvement de grève, un accord provisoire avec le SAMU 27, la DDASS de l'Eure et le Conseil départemental de l'Eure est conclu au printemps 2002. Il permet de réorganiser une garde provisoire, le temps de mettre en place une structure définitive incluant la mise en place d'une régulation libérale. Auparavant, la participation des médecins généralistes à la régulation était marginale.

Aux termes de cet accord provisoire, le département est divisé en 12 secteurs et les patients peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale aux horaires suivant :

- Le soir en semaine de 20h00 à 23h00 ;
- Le samedi de 18h00 à 23h00 ;
- Les dimanches et jours fériés de 10h00 à 12h00 et de 18h00 à 23h00.

Prévu pour durer 6 mois, ce mode de fonctionnement perdurera jusqu'au 21 juin 2004, date de la mise en service du système définitif. Ce temps est mis à profit par les représentants d'ALAUME pour rencontrer à 3 reprises l'ensemble de leurs confrères, secteur par secteur.

La première rencontre visait à obtenir l'adhésion sur un projet conciliant reprise des gardes avec repos nocturne et régulation libérale sur l'ensemble des horaires de la PDS. La deuxième à recueillir les souhaits et les idées sur les modalités d'organisation. La troisième consistait en une rétroaction vers les médecins de terrain pour préciser l'organisation retenue.

Ce travail de fond a permis de proposer une nouvelle organisation de la PDS respectant le nouveau cadre réglementaire apparu en 2003 et de susciter l'adhésion au système de plus de 90% des médecins généralistes de l'Eure.

I.3.4 Organisation de la PDS depuis 2004

La nouvelle organisation de la PDS dans le département de l'Eure s'appuie sur le décret n°2003-880 [13] et la circulaire n°587 de la DHOS [14] décrits précédemment. L'interprétation de deux articles créés par ce décret permet de proposer deux dispositions qui feront l'originalité du système de PDS dans l'Eure : l'arrêt généralisé à tout le département de la garde effectrice libérale à minuit et la régulation déportée.

L'article R. 730 (devenu R. 6315-1) du Code de la santé publique prévoit que la PDS « *est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental* ». Cet article ouvre la voie à une collaboration entre médecins libéraux et services d'urgence permettant, en cas d'accord entre les deux parties, d'envisager la fin de la garde effectrice libérale à minuit, les services d'urgences assurant ensuite les actes relevant de la PDS entre 0h00 et 8h00.

L'article R. 732 (devenu R. 6315-3) du Code de la santé publique précise que « *L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service.* ». Cet article autorise la conception d'une régulation dite « déportée », permettant aux médecins généralistes régulateurs de réguler depuis leur cabinet ou leur domicile, les outils informatiques permettant une configuration identique à domicile ou au centre 15.

La détermination du niveau d'urgence (décrit au paragraphe I.1) lors d'une demande de soins non programmés permet la séparation des tâches entre le SAMU 27 et les services d'urgence d'une part, et les médecins libéraux d'autre part. Ces derniers s'occupent des niveaux 3 et 4, tant en matière de régulation que de délivrance de soins.

Pour les demandes de soins non programmés ne relevant pas de l'urgence vitale (niveaux 3 et 4), la population du département dispose d'un numéro unique, le 02.32.33.32.32. Deux raisons principales expliquent le choix d'un numéro distinct du 15. D'une part il permet un premier niveau de régulation effectué par le patient lui-même ; d'autre part il permet de ne pas encombrer le standard du centre 15, ce qui assure une gestion plus rapide des appels relevant de l'AMU, mission première du SAMU. L'interconnexion entre ces deux systèmes permet de rebasculer rapidement les appels mal orientés par le patient.

La promotion du numéro de la PDS et la bonne utilisation du système de soins ont fait l'objet d'une campagne d'information auprès de la population. Celle-ci a été financée par la CPAM et réalisée au moyen d'affiches et de plaquettes distribuées dans les pharmacies et les cabinets ainsi que d'encarts dans la presse locale.

La division du département en 12 secteurs de garde proposée par ALAUME dès 2002 est fixée par arrêté préfectoral le 12 mars 2004. (voir carte annexe 1).

Après avis favorable du CODAMU-PS, la nouvelle organisation de la PDS, fruit d'un partenariat entre les médecins libéraux, le SAMU 27, les services d'urgences et la DDASS, est validée par arrêté préfectoral le 6 avril 2004. Cette organisation repose sur un trépied comportant :

- La garde effectrice libérale

12 médecins généralistes, un par secteur de garde, assurent l'activité de soins. Ils interviennent exclusivement à la demande du médecin régulateur pour les patients relevant du niveau 3 d'urgence. Les effecteurs sont mobilisables de 20h00 à 0h00 les soirs de semaine, de 14h00 à 0h00 le samedi et de 8h00 à 0h00 le dimanche. (Entre 0h00 et 8h00, les actes relevant du niveau 3 sont assurés par les services d'urgence). Les consultations s'effectuent toujours au cabinet de l'effecteur. Les effecteurs ne font pas de visite à domicile et le département ne dispose pas de maison médicale de garde.

L'absence de visite justifiera l'envoi d'ambulance pour les patients ne pouvant se déplacer pour des motifs médicaux. Un transport taxi sur critère sociaux était prévu mais ne sera jamais organisé.

- La régulation libérale

Un médecin généraliste libéral assure, pour tout le département, la régulation des appels de niveau 3 et 4 sur l'intégralité des horaires de PDS. Cette régulation est répartie selon les périodes suivantes : du lundi au vendredi de 20h00 au lendemain à 8h00 ; du samedi à 12h00 au dimanche à 8h00 ; et du dimanche à 8h00 au lundi à 8h00. Il intervient soit depuis le centre 15, soit depuis son cabinet ou domicile s'il choisit la régulation déportée.

- La garde administrative

Le département est divisé en 3 secteurs de garde administrative. Dans chaque secteur, un médecin assure l'astreinte de 20h00 à 8h00 du lundi au vendredi ; et du samedi à 12h00 au lundi à 8h00 pour le week-end. Il répond aux demandes émanant des forces de l'ordre concernant les certificats de décès, les hospitalisations sous contrainte, l'examen des gardés à vue. Ces demandes sont régularisées par le centre 15 et non par le régulateur libéral. L'astreinte administrative concerne l'ensemble des médecins inscrits au tableau ordinal ne pouvant justifier la réalisation de gardes postées de 12 heures consécutives.

L'astreinte administrative après avoir fonctionné du fait de l'implication des médecins généralistes a cessé faute d'investissement des autres médecins.

I.3.5 Évolutions liées à la loi HPST

Conformément à la loi HPST de 2009 [21], un nouveau cahier des charges régissant l'organisation de la PDS a été élaboré et arrêté le 8 mars 2012 par le directeur général de l'ARS de Haute-Normandie [27]. Ce cahier des charges, qui s'appliquera à partir du 1^{er} juillet 2012, reprend les grandes lignes de l'organisation précédente arrêtée en 2004. Certains aménagements sont toutefois apportés :

- Le nombre de secteurs passe de 12 à 11 par fusion des secteurs d'Évreux et de Guichainville.

- Le système informatique de PDS utilisé de Seine-Maritime et celui utilisé dans l'Eure devront être interconnectés dans les meilleurs délais.
- L'effecteur libéral établit les constats de décès. Les déplacements se font en dehors des plages de délivrance des soins et sur la base d'un accord entre l'effecteur et le régulateur libéral. L'effecteur ne peut être sollicité après 23h00 pour un constat de décès.
- La rémunération des régulateurs est portée à 117 euros par heure entre 0h00 et 8h00 et reste à 3C par heure aux autres périodes de régulation.
- Les EHPAD devront s'équiper d'un système de télésanté permettant télé-expertise et téléconsultation à distance par le centre de régulation. La régulation aura aussi accès au dossier médical du patient.
- La régulation des appels pourra aboutir à une prescription médicamenteuse d'une durée limitée et non renouvelable.

I.4 OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette thèse est de déterminer comment les régulateurs libéraux de l'Eure s'intègrent dans le nouveau dispositif de PDS et de dégager les difficultés rencontrées afin de proposer d'éventuels aménagements. Nous nous appuierons pour cela sur une enquête qualitative réalisée auprès des médecins régulateurs du département de l'Eure.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1 MATÉRIEL

II.1.1 Répartition des régulateurs libéraux dans le département de l'Eure

Les régulateurs libéraux étaient en 2009 au nombre de 49 (Ils étaient 56 en 2004 lors de la mise en place de la régulation libérale). Parmi ces 49 régulateurs, on compte 8 femmes ce qui représente 16,3% de l'effectif.

Les régulateurs sont inégalement répartis entre les différents secteurs. En effet, les Eoles 2 (Fleury-sur-Andelle), 7 (Louviers) et 9 (Le Neubourg) concentrent à elles seules 31 des 49 régulateurs (soit 63%), tandis que Les Eoles 1 (Gisors), 3 (Vernon), 4 (Les Andelys), 5 (Saint-André-de-l'Eure), 10 (Bernay) et 12 (Guichainville), soit la moitié des secteurs du département, ne fournissent que 7 régulateurs, soit 14,2% de l'effectif total.

La distance moyenne du cabinet des régulateurs au centre 15 du SAMU 27 est de 41,5 kilomètres et la médiane de 41,8 kilomètres.

En fonction de la fréquence de gardes souhaitée, les régulateurs se répartissent sur 3 listes. La liste « turbo » compte 14 régulateurs qui effectuent 13 à 20 gardes par an. La liste « normale » compte 28 régulateurs qui effectuent 3 à 11 gardes par an. Enfin, la liste « détente » compte 7 régulateurs qui effectuent 4 à 6 gardes par an.

La régulation est pratiquée de façon déportée par 2/3 des régulateurs lors des gardes de semaine. Cette proportion tombe à 1/3 pour les gardes du samedi et du dimanche. (Source ALAUME).

II.1.2 Prise en charge des appels au 02.32.33.32.32

La prise en charge d'un appel lors d'une demande de soins non programmés fait intervenir deux acteurs : le PARM et le régulateur libéral.

- **Rôle du PARM**

Les appels au numéro 02.32.33.32.32 pour des demandes de soins non programmés sont reçus par les Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) du CRRA du SAMU 27. Après recueil des informations administratives, le PARM identifie le problème du patient. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- Le PARM identifie une urgence de niveau 1 ou 2 au moyen d'une fiche protocolaire. L'appel est alors basculé directement vers le régulateur hospitalier (en revanche, lorsqu'une demande relevant de la PDS passe par le 15, le PARM demande au patient de raccrocher et de composer le 02.32.33.32.32, de manière à éviter l'engorgement du 15).
- Il s'agit d'une requête administrative (exemple : pharmacie de garde). Le PARM fournit le renseignement et l'affaire est terminée.
- Le problème identifié ne relève pas des 2 cas précédents. Le PARM transmet alors l'appel au régulateur libéral par le biais d'une conférence à trois (mise en attente par le PARM) qui permet un enregistrement de la régulation.
- Lors d'un afflux d'appels, sous certaines conditions, le PARM peut adresser le patient directement à l'effecteur libéral sans passer par le régulateur. Les situations permettant l'orientation directe du patient sont définies par protocole.

Pour chaque appel, une fiche informatique est créée sur un site internet sécurisé. Le PARM y note, dans la partie qui lui est réservée, les renseignements administratifs (nom, adresse et zone Eole, téléphone...) et le motif de l'appel du requérant.

En cas d'urgence de niveau 1 ou 2, ou de requête administrative, le PARM coche la case correspondant à la situation et la fiche est enregistrée et horodatée.

Lorsque l'appel est transmis au régulateur libéral, ce dernier aura accès à la fiche du patient, il devra à son tour remplir la partie de la fiche qui lui est réservée (résumé de l'interrogatoire du patient et réponse choisie).

L'utilisation de fiches internet permet au régulateur libéral déporté de disposer des mêmes informations que s'il était présent au centre 15.

- **Action du régulateur libéral**

Lorsque le régulateur libéral est sollicité, il doit en premier lieu déterminer le niveau d'urgence correspondant à la situation du patient, ce niveau conditionnera sa réponse :

- Si l'appel est classé niveau 1 ou 2, le régulateur rebascule l'appel au PARM de façon à permettre une prise en charge par le régulateur hospitalier du SAMU.
- Si l'appel est classé niveau 4, le régulateur dispense un conseil et conclut l'appel.
- Si l'appel est classé niveau 3, une consultation médicale s'impose. Deux orientations sont alors possibles. Si le problème ne justifie pas, a priori, d'examen complémentaire, le patient est orienté vers l'effecteur libéral. Ce dernier peut alors consulter la fiche du patient exposant les constatations du PARM et du régulateur. Si des examens complémentaires semblent nécessaires ou si l'appel arrive après 23h00, le patient est orienté vers le service d'urgences le plus proche.

En raison de l'absence de visite à domicile, les patients relevant d'une consultation (urgence classée niveau 3), mais ne pouvant se déplacer du fait de critères médicaux, bénéficient d'un transport ambulancier non médicalisé déclenché par le régulateur et organisé par le PARM. Ces patients sont dirigés vers l'effecteur hospitalier pour permettre une prise en charge financière de la CPAM de ces transports. En l'absence de convention avec la CPAM, un transport ambulancier vers le cabinet de l'effecteur de garde ne serait pas pris en charge.

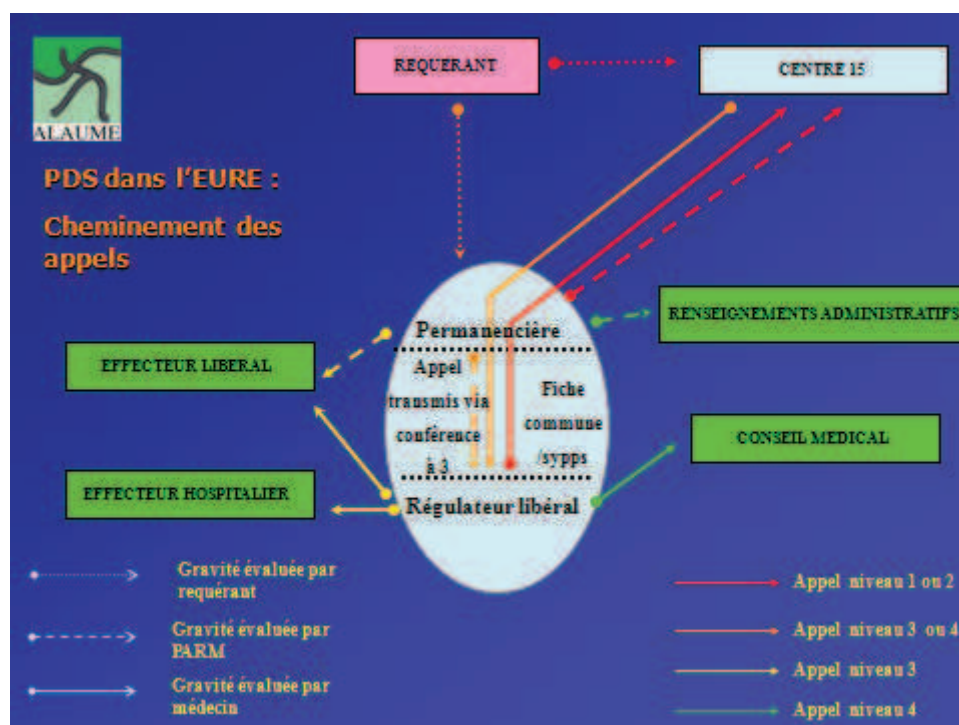
La prise de rendez-vous chez l'effecteur libéral peut s'effectuer de trois façons différentes, en fonction du souhait de ce dernier :

- Le régulateur indique au patient le numéro de téléphone de l'effecteur pour qu'il convienne lui-même de l'heure du rendez-vous, dans un délai n'excédant pas une demi-journée.
- Le régulateur gère directement l'agenda de l'effecteur via le site informatique d'ALAUME. Du lundi au vendredi, les rendez-vous sont pris de 20h00 à 23h00. Le samedi, 2 tranches sont retenues : de 15h00 à 17h00 et de 20h00 à 23h00. Le dimanche, trois tranches horaires sont définies : de 10h00 à 12h00, de 15h00 à 17h00 et de 20h00 à 23h00. Ainsi les rendez-vous sont regroupés, ce qui facilite l'astreinte de l'effecteur. Pour pouvoir honorer ses rendez-vous, l'effecteur doit s'engager à consulter son agenda informatique.

- Les effecteurs n'utilisant pas internet et refusant que leur numéro soit transmis au patient sont tenus d'être présent à leur cabinet sur l'ensemble des horaires de la garde effectrice. Dans ce cas, le régulateur indique l'adresse du cabinet de l'effecteur, sans fixer d'heure de rendez-vous, afin que le patient s'y rende directement.

Ainsi, quelle que soit l'option choisie par le médecin effecteur, il n'est pas prévu de contact téléphonique entre le médecin régulateur (ou le PARM) et l'effecteur.

- **Schéma récapitulatif du cheminement des appels**

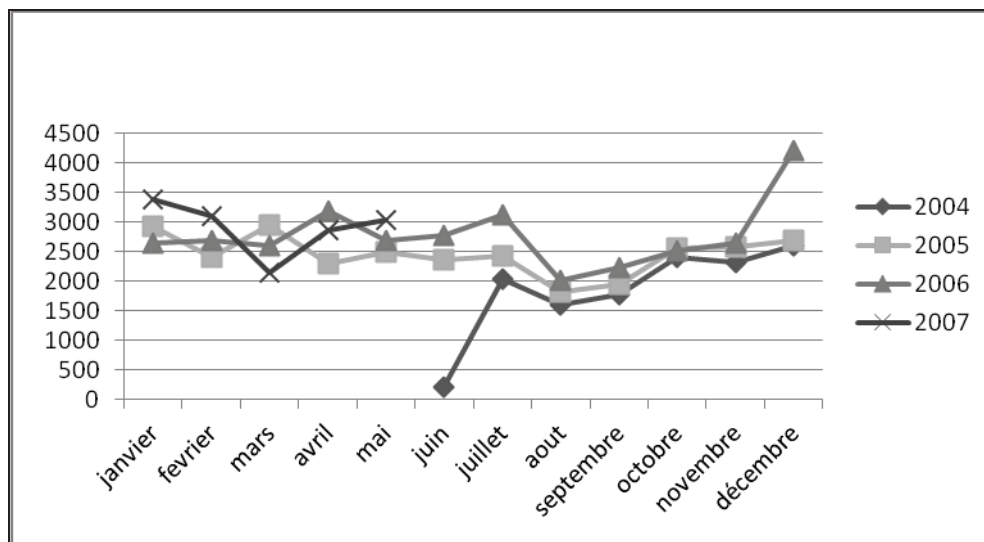


(source ALAUME)

II.1.3 Activité de la régulation libérale

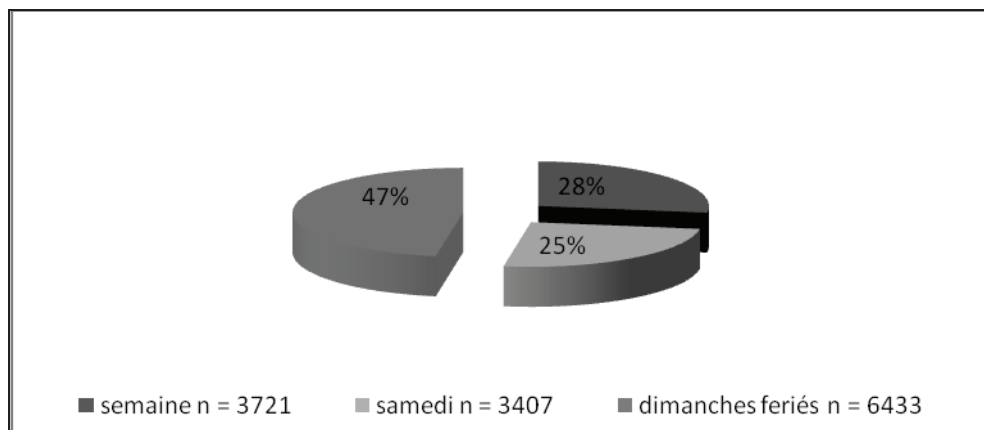
Un bilan d'activité a été réalisé par l'association ALAUME entre juin 2004 et mai 2007, soit trois années pleines. Le nombre moyen d'appels au 02.32.33.32.32 traités est de 30 036 par an, soit 2 503 appels par mois. Le nombre d'appels mensuel fluctue entre 1 608 (août 2004) et 4 205 (décembre 2006). L'évolution mensuelle du nombre d'appels traités au cours de la période est reportée sur le graphique suivant (figure n°1) :

Figure 1 : nombre d'appels mensuel au 02.32.33.32.32 (source ALAUME)



Les appels passés entre le 1^{er} novembre 2004 et le 31 mars 2005 (soit 13 561 appels) ont fait l'objet d'une analyse permettant d'obtenir les résultats suivants. Les figures 2 à 5 indiquent la répartition hebdomadaire des appels et leur répartition horaire durant les périodes de régulation.

Figure 2 : répartition hebdomadaire des appels (source ALAUME)



On observe que les dimanches et jours fériés concentrent près de la moitié de l'activité de régulation.

Le nombre moyen d'appels est de 34,71 par nuit du lundi au vendredi ; 179,5 par samedi et 248,17 par dimanche ou jour férié.

Figure 3 : nombre moyen d'appels par tranche horaire en nuit de semaine (source ALAUME)

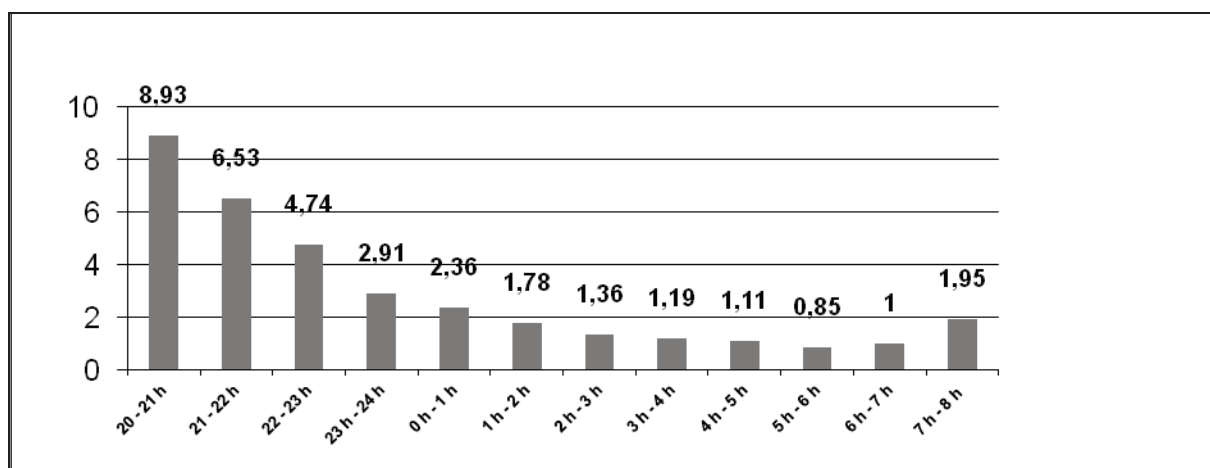


Figure 4 : nombre moyen d'appels par tranche horaire le samedi (source ALAUME)

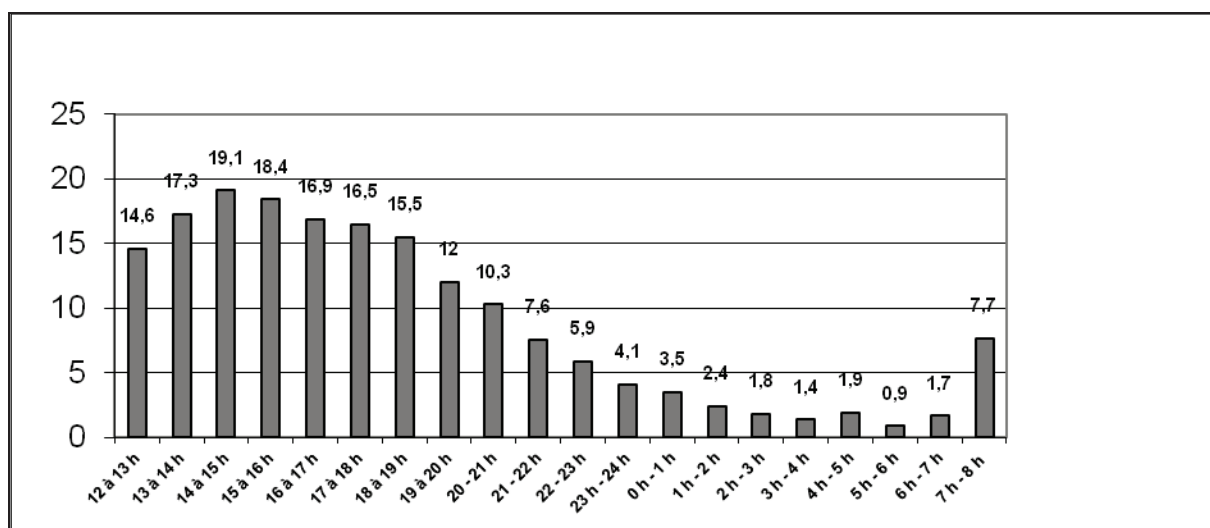
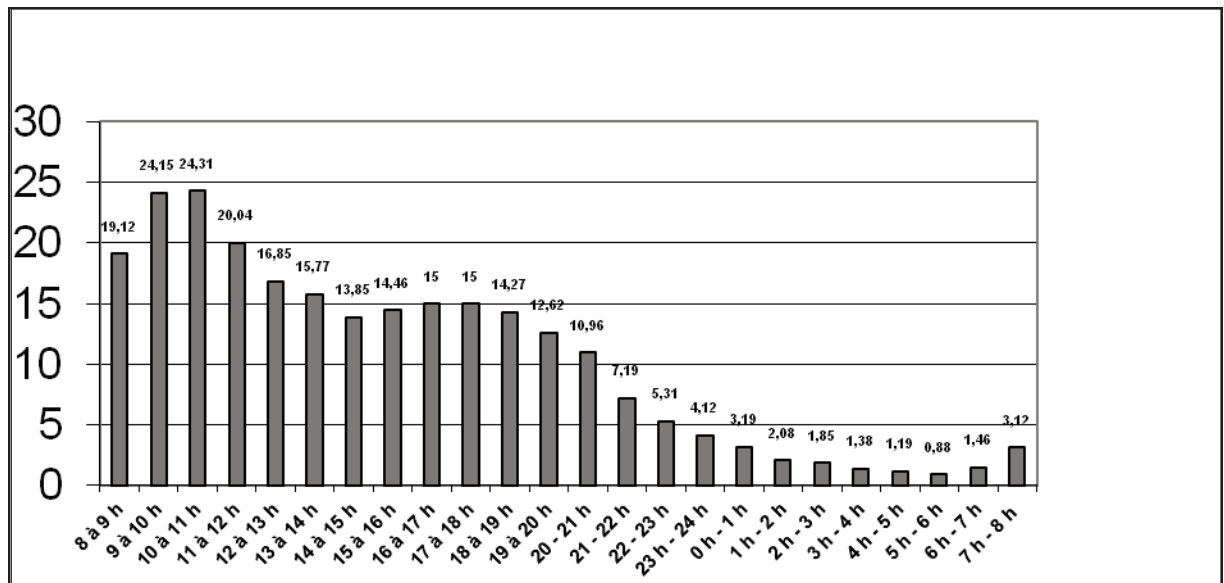


Figure 5 : nombre moyen d'appels par tranche horaire dimanche ou jour férié (source ALAUME)



On observe que le nombre moyen d'appels nocturnes, c'est-à-dire aux heures d'absence de médecins effecteurs (de 0h00 à 7h00) est de 13,6 la nuit du samedi au dimanche et de 9,65 les nuits de semaine.

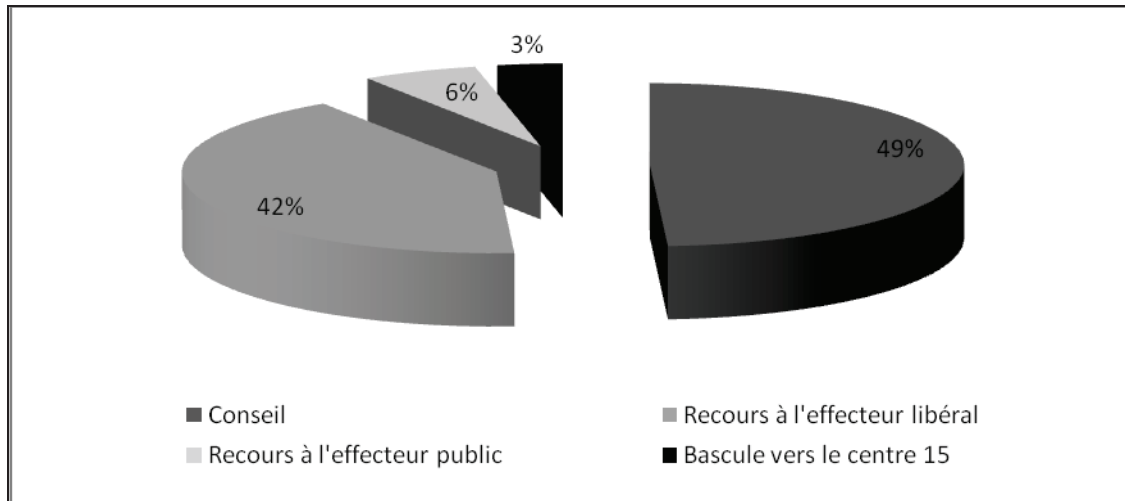
Cette étude a aussi permis d'évaluer le type de réponses données par les PARM et leur proportion :

- 0,53% des appels sont rebasculés vers le régulateur hospitalier car identifiés de niveau d'urgence 1 ou 2.
- 0,99% des appels concernent une demande administrative.
- 2,24% des appels sont abandonnés par le requérant durant la mise en attente.
- 79,47% des appels sont transmis au médecin régulateur libéral
- 16,29% des appels entraînent une consultation directe chez l'effecteur sans passer par le régulateur.
- 0,46% des appels entraînent un recours direct au service d'urgence sans passer par le régulateur.

Après transmission de l'appel téléphonique par le PARM au médecin régulateur libéral, nous avons vu précédemment que différents types de réponses sont possibles. L'étude de 10 457 appels permet de retrouver les proportions reportées sur le graphique de la figure 6.

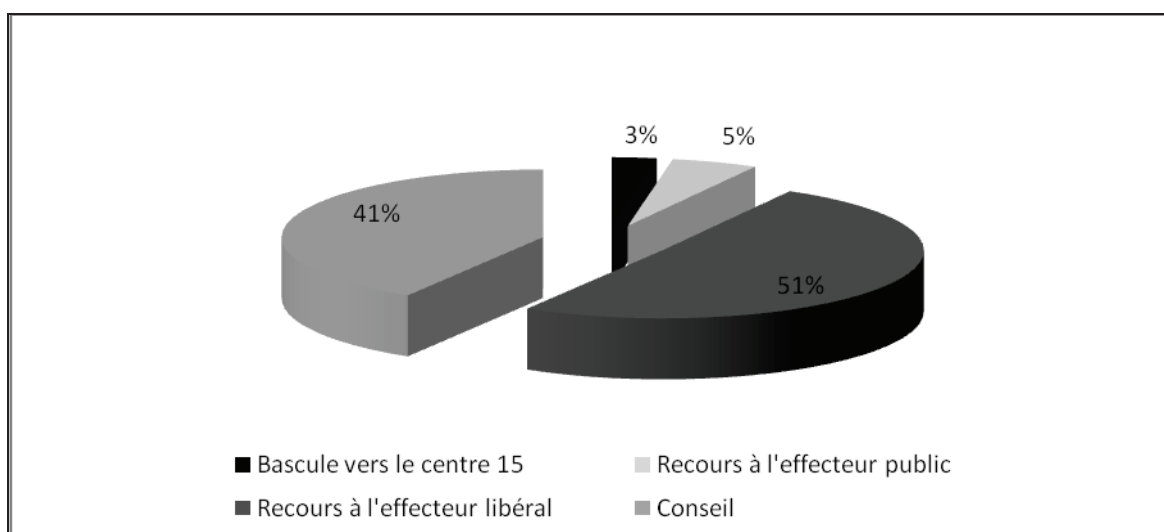
On constate que seuls 3% des appels, initialement identifiés de niveau 3 ou 4 par les PARM, sont rebasculés vers le centre 15 après évaluation par le régulateur libéral d'un niveau 1 ou 2. Par ailleurs, près de la moitié des appels transmis au régulateur se concluent par un simple conseil.

Figure 6 : action du médecin régulateur libéral (source ALAUME)



La réponse du médecin régulateur dépend de l'heure à laquelle survient la demande de soins non programmés en raison de l'absence d'effecteur libéral après minuit. Les proportions, en fonction de la période considérée, sont reportées sur les graphiques des figures 7 et 8.

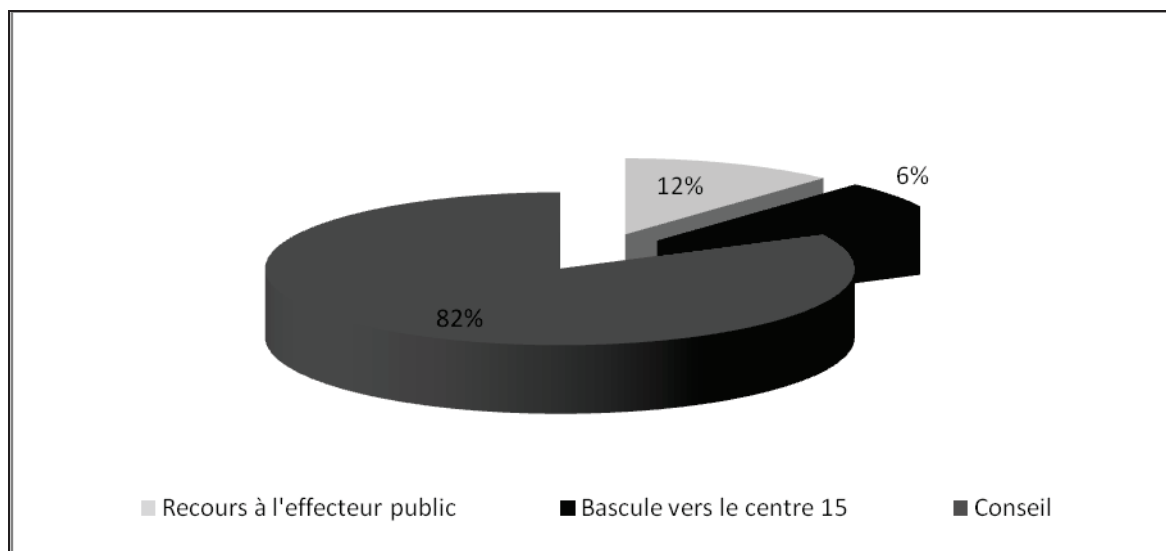
Figure 7 : action du régulateur aux heures de permanence des effecteurs libéraux (source ALAUME)



On note que sur la période totale de présence des effecteurs libéraux, 51% des appels donnent lieu à une consultation chez le médecin généraliste de garde. Cependant, si on ne prend en compte que les horaires de permanence en semaine, seuls 22% des appels se concluent par une consultation.

Ainsi, sur la période étudiée (comprenant 106 jours de semaine), le nombre moyen de consultations effectuées les soirs de semaine dans tout le département par les médecins généralistes de garde s'élève à 5,04, soit 0,42 par secteur de garde.

Figure 8 : action du régulateur aux heures d'absence de l'effecteur libéral (source ALAUME)



On constate que le recours à l'effecteur public (urgences hospitalières) entre 0h00 et 8h00 ne concerne, en moyenne, que 12% des appels. Or il s'agit de la période où le nombre d'appels horaire est sensiblement le plus faible (cf. figures 3 à 5). Le nombre moyen de patients adressés à l'effecteur public par le régulateur libéral est donc inférieur à 2 durant la période d'absence de l'effecteur libéral.

II.2 MÉTHODE

L'objectif de cette thèse est de déterminer comment les régulateurs libéraux de l'Eure s'intègrent dans le dispositif de la permanence des soins. Pour répondre à cette problématique, une étude qualitative par analyse d'entretiens collectifs ou « focus groups » a été réalisée selon les modalités suivantes :

- **Recrutement**

La sélection des participants visait à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. La représentativité des participants sur la population source n'était donc pas recherchée. L'ensemble des médecins généralistes de l'Eure pratiquant la régulation médicale a été sollicité par courriel afin de participer à l'étude. Sur les 49 personnes concernées, 19 ont donné leur accord. En fonction des disponibilités de chacun, 2 groupes ont pu être constitués.

Le premier groupe comptait sept participants, six hommes et une femme. Cinq d'entre eux pratiquaient la régulation libérale depuis l'instauration du système en 2004, un depuis 2006. Seul l'un d'eux avait une expérience préalable de la régulation médicale au sein du SAMU. Quatre d'entre eux exerçaient à moins de 25 km du centre 15 et les trois autres à plus de 40km. Un d'entre eux exerce en zone urbaine (plus de 5 000 habitants), trois en zone rurale (moins de 2°000 habitants) et trois en zone semi-rurale (entre 2 000 et 5 000 habitants).

Le second groupe comptait six personnes, exclusivement des hommes. Cinq pratiquaient la régulation libérale depuis 2004 et un avait une expérience préalable de la régulation. Trois d'entre eux exerçaient à moins de 25 km du centre 15 et les trois autres à plus de 50km. Trois d'entre eux exercent en zone urbaine, deux en zone rurale et un en zone semi-rurale.

- **Technique d'entretien**

Les entretiens se sont déroulés sur un mode semi-directif. Un guide d'entretien a été élaboré à cette fin (annexe 2). Il comprend des questions larges et ouvertes sur les thèmes que nous souhaitons voir abordés. L'entretien était peu directif dans un premier temps, de

manière à laisser opérer une dynamique de groupe et laisser exprimer tous les points de vue. Pour renforcer cette dynamique, les participants ont été incités à s'adresser à l'ensemble du groupe et pas seulement à l'animateur. Dans un second temps, des questions plus précises ont été posées afin de clarifier les opinions de chacun. Nous avons veillé par ailleurs à éviter l'émergence d'un leader d'opinion au sein des groupes en assurant à chacun un temps de parole équitable.

- **Réalisation des entretiens :**

Les entretiens se sont déroulés dans la salle de réception de l'hôpital du Neubourg. Ce lieu a été choisi d'une part en raison de sa situation géographique (centre du département) et d'autre part parce qu'il était connu de tous les régulateurs (lieu de la formation à la régulation).

Une séance a été réalisée pour chacun des deux groupes et s'est poursuivie jusqu'à redondance des idées exprimées par les participants. Afin de certifier l'épuisement du thème, une deuxième séance aurait été souhaitable mais le manque de disponibilité des participants ne l'a pas permis.

La séance du premier groupe a duré près de 3 heures et celle du second groupe 2 heures et 45 minutes. Elles ont chacune fait l'objet d'un enregistrement audio intégral.

- **Analyse des données :**

L'analyse des entretiens a été effectuée à partir des enregistrements obtenus. Elle comprenait deux phases, la transcription et l'analyse du corpus.

La transcription a consisté en une retranscription littérale du discours en individualisant bien les paroles des différents intervenants (participants et animateur), sans chercher à corriger les éventuelles fautes de grammaire ou de syntaxe. Les éléments non verbaux (insistance, rires, silences, etc.) ont été relevés dans la mesure du possible. L'ensemble de la transcription constitue le corpus.

L'analyse a été réalisée selon le principe de la théorie ancrée (grounded theory) dans laquelle la théorie se génère à partir des données collectées (contrairement à l'approche

hypothético-déductive qui consiste à vérifier par l'expérience une hypothèse préalable). Cette analyse se fait par codage qualitatif systématique du corpus. Les codes sont attribués à des segments du corpus, après comparaison et confrontation avec les autres segments déjà codés, en fonction de l'idée qui peut les résumer. Ainsi, au fur et à mesure du balayage du corpus, les codes posés au début sont affinés et subdivisés tandis que de nouvelles idées émergent. Le codage permet ainsi de rendre compte de façon conceptuelle (et non seulement descriptive) du contenu du corpus.

La transcription du premier entretien a été codée indépendamment par le directeur de cette thèse, puis les résultats ont été confrontés afin de s'assurer de la reproductibilité du codage. La transcription du deuxième entretien n'a pas fait l'objet d'un tel double codage.

Les codes obtenus ont ensuite été regroupés en catégories. La mise en relation de ces catégories a permis de faire émerger des thèmes qui sont repris dans l'exposé, illustrés de citations (*mises en évidence*).

Les catégories ayant permis le regroupement des codes et leur mise en relation sont présentées dans les tableaux de l'annexe 3

III RÉSULTATS ET ANALYSE

III.1 MOTIVATIONS CONDUISANT À LA PARTICIPATION

L'engagement des médecins généralistes de l'Eure dans le dispositif de régulation médicale des soins non programmés résulte de plusieurs facteurs. Les volontaires à la régulation souhaitaient en premier lieu assurer la pérennité d'un système jugé moins contraignant que celui qui avait cours jusqu'en 2004. D'autres motivent leur participation par la recherche d'un bénéfice personnel. Enfin, la perspective d'une rémunération supplémentaire est aussi citée comme facteur pouvant inciter à se porter volontaire.

III.1.1 La volonté d'assurer la pérennité d'un système optimisé et moins contraignant

La première source de motivation, partagée par tous, est liée à la volonté de changer l'organisation de la permanence des soins telle qu'elle existait avant 2004. En effet, le précédent système de garde était considéré comme incompatible avec une qualité de vie acceptable. Les gardes étaient jugées trop nombreuses et trop contraignantes.

« Les gardes étaient une astreinte lourde qui revenaient beaucoup de soirs par semaine et beaucoup de week-ends par mois, donc ces gens-là ne pouvaient plus tenir cette charge et toutes ces contraintes ».

De plus, il existait le sentiment que les réponses apportées aux demandes de soins des patients, en général des visites à domicile, n'étaient pas adaptées aux situations rencontrées.

« On sentait tous qu'on faisait des actes qui, en soi, n'étaient pas justifiés ».

Ces contraintes, selon les médecins régulateurs, étaient de nature à dissuader les jeunes médecins généralistes de s'installer, en particulier dans les zones rurales.

« C'était une menace pour que les médecins ne fassent plus le choix de s'installer à la campagne ».

Devant ce constat, et suite à l'évolution législative donnant un cadre légal à l'organisation de la permanence des soins, les généralistes de l'Eure ont décidé de se réunir dans une association, l'ALAUME, afin de proposer une nouvelle organisation.

« Pour ne pas se voir imposer un système de régulation et de garde, nous avons créé notre propre association ».

Le système proposé et validé par le préfet, permettant la fin de la garde effectrice à minuit, implique la participation des médecins généralistes à la régulation. Cette participation à la régulation est donc vécue par les régulateurs comme une contrepartie permettant de mettre fin au précédent système.

« C'était un deal avec le préfet ; si on voulait remettre en cause notre mode de pratique sur le terrain, il fallait s'impliquer dans la régulation... je me suis investi pour pouvoir roupiller tranquille le reste de la nuit ».

Ainsi, la perspective d'une amélioration de la qualité de vie des médecins est présentée comme le facteur principal motivant la participation à la régulation.

« C'est du donnant-donnant, étant donné qu'on avait gagné un confort extraordinaire au niveau des gardes habituelles que l'on subissait auparavant ».

III.1.2 Une obligation morale découlant de la grève de l'hiver 2001-2002

Les médecins les plus investis au sein de l'association ALAUME, à l'origine du nouveau dispositif, ont pu se sentir obligés de participer à la régulation afin de montrer l'exemple.

« Quand il a fallu des régulateurs, je me suis senti obligé d'en faire partie ».

De plus, la reconnaissance du travail accompli par ces médecins ayant permis de mettre en place un nouveau système moins contraignant a suscité chez certains de leurs collègues un sentiment de gratitude les motivant à participer à la régulation.

« J'étais quand même redevable vis-à-vis de ceux qui s'étaient investis...rien que pour les remercier, j'ai décidé de faire partie des médecins régulateurs ».

III.1.3 La réponse à une mission professionnelle

Aux termes de l'article R. 4127-77 du Code de la santé publique (ancien article 77 du code de déontologie), « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Cet article n'est pas interprété de façon

univoque par tous les régulateurs. En effet, pour certains, la participation à la régulation est vécue par comme une réponse à une obligation déontologique du médecin généraliste.

« Ça faisait partie de ce que l'on doit faire quand on est médecin (...) Moi j'estime qu'on a un peu une obligation déontologique ».

Cependant, cet avis n'est pas partagé par tous. D'autres régulateurs récusent l'idée qu'il s'agit d'une obligation et manifestent leur attachement au principe du volontariat :

« Je n'aime pas trop le terme de mission parce qu'on n'est quand même pas corvéable à merci vis-à-vis de nos patients... ».

Pour d'autres, la participation à la régulation découle de la définition qu'ils se font de la médecine générale, et notamment la notion de médecin de premier recours.

« Moi, je considère, comme le dit la WONCA, que le généraliste est et doit rester le médecin du premier recours. Et la régulation de la PDS, c'est vraiment du premier recours, donc on se doit de la faire ».

III.1.4 La recherche d'un bénéfice personnel

D'autres facteurs motivant la participation à la régulation sont cités, notamment la volonté de participer à une expérience nouvelle, de diversifier son exercice afin de lutter contre le burn-out.

« Ça permet de se renouveler un petit peu dans son exercice, de retrouver de la motivation ».

La possibilité d'échapper au service de la garde administrative offerte aux médecins régulateurs a aussi un effet sur la participation.

« Je n'avais pas du tout envie de participer aux gardes administratives dont les régulateurs étaient exemptés ».

Certains avancent un goût personnel pour l'exercice. Cet intérêt est, pour certains, ancien et a pu se manifester par des vacations au SAMU.

« J'ai fait beaucoup de SAMU, donc je connaissais le système de la régulation et ça m'a toujours passionné ».

D'autres, sans expérience préalable, ont commencé à réguler pour différentes raisons mais ont appris à apprécier l'exercice.

« Je régule parce que j'aime ce que je fais ».

III.1.5 La perspective d'une rémunération supplémentaire

L'opportunité d'une augmentation de revenus a évidemment une influence sur la participation à la régulation.

« Moi je suis purement vénal, je fais ça pour gagner de l'argent. Je travaille a priori pour gagner de l'argent, notamment la nuit ».

Cependant, cette source de motivation ne semble pas décisive pour de nombreux régulateurs.

« Je me suis investi pour essayer de trouver un nouveau système qui permette de sauver notre exercice, notre qualité de vie(...). Pour moi le fait de faire de la régulation n'est pas un problème de fric ».

III.1.6 Frein supposé à la participation

Les entretiens ne regroupant que des volontaires, ces derniers ne sont pas les mieux placés pour déterminer les facteurs entraînant leurs collègues à ne pas se porter volontaires. Leurs discussions avec leurs confrères leur permettent cependant d'évoquer un facteur principal qui serait la peur d'assumer une activité à forte responsabilité.

« Le principal frein pour réguler, enfin pour en avoir discuté avec mes collègues, ils considèrent que c'est stressant, il y a une responsabilité importante ».

III.2 REGARD DES RÉGULATEURS SUR L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE PERMANENCE DES SOINS

L'organisation du système de la permanence des soins dans le département de l'Eure, établie en 2004, résulte de l'analyse des besoins de soin de la population et des moyens disponibles pour les satisfaire, comme la loi en disposait. Ce système s'articule autour d'une régulation libérale continue, tandis que la garde effectrice libérale s'interrompt en nuit profonde, relayée

par les services hospitaliers. Cette organisation présente une originalité certaine. Elle assure, en effet, la régulation médicale des soins non programmés tout au long de la nuit, alors même que les régulateurs libéraux n'ont plus d'effecteur à leur disposition après minuit.

III.2.1 Les modalités de la garde effectrice

Depuis 2004, la garde effectrice libérale ne couvre plus l'intégralité de la période de permanence des soins. Les consultations éventuelles s'effectuent au cabinet des médecins de garde, le principe des maisons médicales de garde ayant été rejeté.

III.2.1.1 Les horaires de la garde effectrice

Il n'y a pas de médecin généraliste de garde entre minuit et huit heures dans le département de l'Eure. Si une consultation médicale s'impose dans cette tranche horaire, le patient est orienté vers les services d'urgences. Le nombre d'appels en nuit profonde est faible, une dizaine en moyenne. Sur cette dizaine d'appels, les régulateurs ont recours à l'effecteur public moins de deux fois par nuit en moyenne. Au vu de cette activité, les régulateurs n'estiment pas nécessaire de mobiliser 12 médecins de garde chaque nuit (un par secteur) dans le département.

« Si on voit l'activité sur le département, l'effecteur de nuit n'est pas justifié ».

Cette réflexion pourrait s'appliquer aussi entre vingt heures et minuit les soirs de semaine. La présence d'un effecteur à ces heures ne semble pas absolument indispensable aux yeux des régulateurs devant la faible activité enregistrée sur la période (6 actes par jour en moyenne pour tout le département).

« Le nombre d'actes le soir a considérablement baissé, à tel point qu'il n'y aura peut-être plus d'effecteur du tout en semaine ».

Cependant, le maintien d'un médecin de garde le soir permet, selon les régulateurs, de montrer l'implication des généralistes dans la permanence des soins et ainsi éviter tout conflit.

« Pour des raisons purement politiques vis-à-vis du préfet, je crois qu'il faut garder un effecteur le soir même s'il ne fait rien ».

III.2.1.2 Une sectorisation large

La réduction du nombre de secteurs de garde était un objectif partagé, tant par les médecins libéraux que par les institutions publiques. Les régulateurs ont le sentiment que la nouvelle organisation a parfaitement atteint ce but.

« On est un département où on a vraiment rationalisé à fond. Un régulateur pour un demi million d'habitants et seulement 12 secteurs, c'est du jamais vu ».

Cependant, certains régulateurs émettent quelques critiques sur le découpage des secteurs. D'une part, la taille des secteurs est telle que la distance entre le patient et l'effecteur est parfois jugée trop élevée ; malgré la possibilité de faire appel à l'effecteur d'un autre secteur si celui-ci est plus proche du patient.

« Parfois l'effecteur est à l'extrémité du secteur et le patient est à un endroit vraiment très loin ».

D'autre part, certains régulateurs soulignent les fortes disparités d'activité entre les différents secteurs, en raison des différences de taille de populations des secteurs

« On voit qu'il y a de grosses inégalités entre chaque EOLE, il y en a où il n'y a pas grand-chose à faire le week-end et d'autres où ça turbine ».

III.2.1.3 L'absence de visites à domicile

Dans l'ancien système, la plupart des demandes de visite découlaient d'une absence de moyen de transport. Les régulateurs considèrent qu'en insistant auprès du patient, celui-ci parvient le plus souvent à trouver une solution.

« Ils commencent par n'avoir personne, ils sont seuls au monde mais au bout de quelques minutes de discussion, finalement ils finissent par trouver un voisin ou un ami ».

Les seuls cas – beaucoup plus rares – qui pourraient justifier une visite seraient les patients incapables de se déplacer du fait de leur état de santé, essentiellement les personnes âgées. Pour ces patients, le régulateur programme un transport ambulancier.

« La personne âgée qui ne peut pas bouger, on lui envoie un transport qui l'emmène à l'hôpital (...). Là, on a l'ambulance facile ».

Ainsi, les régulateurs considèrent que la permanence des soins peut fonctionner sans visites. Cependant, certains régulateurs déplorent la rigidité du système. En effet, ils estiment que certaines circonstances exceptionnelles justifieraient des visites, pour les patients en fin de vie notamment.

« Les personnes en fin de vie qui ne relèvent pas a priori d'une hospitalisation, ça relèverait vraiment du déplacement d'un effecteur sur place, et ça on ne peut pas le faire ».

III.2.1.4 Le rejet des maisons médicales de garde

On note par ailleurs l'absence de maison médicale de garde dans le département. Cette absence n'est pas regrettée par les médecins régulateurs, notamment pour des raisons économiques. En effet, ils considèrent que ces structures ont un coût de fonctionnement trop élevé.

« Il y a aussi les maisons médicales, alors là, moi, je suis particulièrement contre (...). Ça coûte une fortune...c'est une aberration économique ».

De plus, ils estiment qu'elles ne sont pas adaptées aux zones rurales à faible densité de population. Elles pourraient en revanche convenir aux zones à forte concentration de population susceptibles de garantir un minimum d'activité.

« Les maisons médicales sont peut-être intéressantes dans les grandes agglomérations comme Rouen ou Le Havre ».

Dans un département comme l'Eure, l'instauration de maisons médicales n'est pas vue par les régulateurs comme la réponse à un besoin réel. Il s'agirait au contraire d'un argument purement électoraliste.

« C'est n'importe quoi les maisons médicales (...).Ils vont nous en resservir à toutes les élections de la maison médicale ».

Enfin, les régulateurs voient dans la création de maisons médicales un risque de contraintes exigées par le financeur.

« Comme ça va être financé avec des fonds publics, les gens qui vont travailler dedans vont avoir un minimum de cahier des charges à respecter, notamment en ce qui concerne les horaires d'ouverture ».

Le risque serait que le décideur public impose des horaires d'ouverture débordant la période des gardes effectrices actuellement en vigueur.

III.2.2 La nécessité de la permanence de la régulation libérale

Dans le département de l'Eure, la régulation libérale des demandes de soins non programmés couvre toute la période de permanence des soins telle que définie par la loi. Les régulateurs jugent cette disposition indispensable, pour des raisons d'ordre déontologique d'une part, pour une raison d'efficacité d'autre part. Elle permet en outre de maintenir la rémunération à un niveau attractif.

III.2.2.1 Un devoir déontologique

La continuité de la régulation libérale, y compris en nuit profonde, permet d'assurer une continuité des soins de type médecine générale et de répondre ainsi à un devoir déontologique.

« Je trouve que c'est un peu notre devoir de continuer à réguler... on ne peut pas ne pas apporter de réponse à la population ».

De plus, ceci permet de montrer que les médecins généralistes restent impliqués dans la permanence des soins bien qu'il n'y ait plus de garde effectrice entre minuit et huit heures du matin. Ainsi le fait de réguler les appels sur toute la période de fermeture des cabinets libéraux a aussi un effet déculpabilisant.

« En tant que médecin libéral, j'ai bonne conscience de savoir qu'il y a un système de réponse quand je ferme mon cabinet ».

III.2.2.2 La compétence spécifique des médecins généralistes libéraux

La nécessité d'assurer une régulation libérale continue est renforcée par la nature des appels des patients qui relèvent pour l'essentiel de la médecine de ville.

« 95% des appels, c'est de la médecine générale, donc c'est le travail du médecin généraliste que de réguler ça ».

En effet, les régulateurs libéraux ont le sentiment d'être plus compétents que leurs collègues hospitaliers pour gérer ce type d'appels parce qu'ils se rapprochent plus de leur exercice quotidien. Ceci se fait au bénéfice des patients.

« On sait les rassurer, les calmer, parce qu'on fait ça toute la journée dans notre cabinet ; je ne suis pas certain qu'un médecin du 15 aura cette faculté ».

Ce sentiment est renforcé par l'expérience de la grève de l'hiver 2002 pendant laquelle les médecins hospitaliers ont assuré seuls la régulation de la permanence des soins.

« On a tous des souvenirs de moments où il n'y avait ni régulateur ni effecteur, au moment de la grève, où il y avait une inadéquation de la réponse qui était manifeste ».

Ainsi, l'engagement des médecins généralistes dans la régulation des appels est vécu comme un moyen d'optimiser les réponses aux demandes des patients et d'éviter des consultations inutiles.

« C'est évident qu'on a une pratique beaucoup plus efficace que nos collègues hospitaliers qui, faute de savoir vraiment ce qui se passe, ont de toute façon recours à l'effecteur ».

Certains estiment cependant que la régulation des appels relevant de la permanence soins pourrait aussi être assurée par une infirmière spécifiquement formée à cet exercice, à l'image de ce qui se pratique dans les pays anglo-saxons, notamment pour déterminer ce qui relève ou non d'une consultation médicale.

« Une infirmière qui a une longue pratique des services porte pourrait très bien faire un guidage ».

Néanmoins, les régulateurs libéraux considèrent être les plus compétents pour répondre aux demandes de conseils médicaux.

« Quand c'est grave, c'est toujours facile de protocoliser, de codifier. Quand ce n'est pas grave, on apporte des conseils médicaux que nous seuls pouvons donner ».

Si les régulateurs libéraux estiment être les plus compétents pour gérer la permanence des soins, ils reconnaissent bien volontiers qu'ils ne sont pas les mieux formés pour assurer la régulation de l'aide médicale urgente. L'organisation du système prévoit, en effet, que les régulateurs libéraux ne gèrent que les appels relevant de la permanence des soins. Un premier

niveau de régulation est effectué d'une part par le patient qui choisit d'appeler le numéro de la PDS et non le 15, et d'autre part par les PARM. Ainsi les régulateurs libéraux ne sont théoriquement pas confrontés à l'urgence vitale qui est du ressort du régulateur hospitalier. Cette répartition des rôles est jugée indispensable.

« Si ce n'était pas préalablement trié par le patient et les PARM, je ne ferais pas de régulation ».

En effet, les régulateurs libéraux ne se considèrent pas compétents pour gérer l'aide médicale urgente parce qu'elle s'écarte trop de leur exercice quotidien.

« En l'absence du système tel qu'il est avec le régulateur du 15 qui prend les urgences présumées vitales, moi, je n'y vais plus...Parce que ce n'est plus le même métier ».

En revanche, ils s'estiment tout à fait compétents pour déceler un appel relevant de l'aide médicale urgente qui aurait été mal orienté et ainsi le rebasculer vers le régulateur hospitalier.

« il peut arriver qu'il y ait des erreurs d'aiguillage de la part des PARM... ça d'accord, mais ça, ça fait parti de mon boulot de les repêcher dans la masse ».

III.2.2.3 Le maintien de l'attractivité de la rémunération

Enfin, la régulation en nuit profonde est aussi jugée nécessaire pour maintenir une rémunération attractive. En effet, les régulateurs ont le sentiment que la rémunération à 3C de l'heure est insuffisante entre vingt heures et minuit, période où le flux d'appels est le plus important. Ceci est compensé par la rémunération horaire identique entre minuit et huit heures du matin, période où l'activité est moindre et permet de dormir quelques heures. Ainsi, si la régulation se terminait à minuit, la plupart ne seraient plus volontaire.

« On considère qu'on n'est pas très bien payé en début de nuit et plutôt mieux payé en deuxième partie de nuit, si on supprime la deuxième partie de nuit, ça devient tout de suite beaucoup moins intéressant ».

III.2.3 La possibilité d'une régulation déportée

La régulation de la permanence des soins dans le département de l'Eure présente aussi l'originalité de pouvoir être effectuée de façon déportée du centre 15, c'est-à-dire directement

depuis le domicile du régulateur libéral. Cette possibilité est considérée comme le point fort de l'organisation. Elle donne à tous les généralistes la possibilité de participer à la régulation quel que soit leur éloignement du centre 15.

« Moi, j'habite à plus d'une heure d'Evreux, je ne régulerai pas s'il n'y avait pas la régulation déportée ».

Ce système permet aussi de trouver plus facilement un remplaçant en cas de défection imprévue d'un régulateur. En effet, dans un tel cas, le remplaçant peut exercer la régulation sans délai depuis son domicile tandis qu'il faudrait ajouter le temps de transport si le régulateur était tenu d'exercer depuis le centre 15.

« On a déjà eu un régulateur qui ne s'est pas présenté et on a fait la garde au débotté ».

De plus, la régulation déportée est aussi vue comme un moyen permettant de mobiliser plus rapidement des régulateurs en fonction de circonstances qui pourraient l'exiger.

« Ça permettrait même d'augmenter le nombre de régulateurs en fonction des pics d'appels... en cas de crise sanitaire, ça peut également être très intéressant ».

Enfin, en effaçant le problème des distances, la régulation déportée est aussi considérée comme un moyen susceptible de favoriser une mutualisation régionale en nuit profonde, période où le flux d'appels est moins important à l'échelle départementale.

« La régulation déportée, ce serait une possibilité de mutualisation des moyens à l'échelle d'une région ; c'est-à-dire qu'on pourrait très bien dire que, après minuit, puisqu'on a un appel par heure en moyenne, eh bien on régule l'ensemble du territoire ».

Cependant, si les régulateurs ne sont pas hostiles au principe d'une mutualisation régionale majorant leur charge de travail, ils considèrent qu'une revalorisation de leur rémunération serait indispensable pour les inciter à poursuivre leur participation.

« Mutualiser ? On augmente la charge de travail sans augmenter la rémunération ? ah non là...3C de l'heure pour dormir, ça va ; mais 3C de l'heure pour bosser, pas question ».

III.3 CRITÈRES DÉTERMINANT LE CHOIX DU LIEU DE RÉGULATION

Les régulateurs libéraux ont le choix de pratiquer la régulation soit au centre 15 du SAMU d'Evreux, soit de façon déportée depuis leur domicile ou leur cabinet.

III.3.1 Une réticence initiale vis-à-vis de la régulation déportée

Dans un premier temps, les gardes de régulation devaient obligatoirement être effectuées au SAMU. Il était donc difficile d'évaluer les avantages et inconvénients de la garde déportée dans la mesure où les médecins régulateurs n'en avaient aucune expérience préalable. Ainsi, lorsque la possibilité de pratiquer de façon déportée a été ouverte aux régulateurs, elle n'a pas immédiatement suscité un enthousiasme débordant.

« Je n'avais pas mesuré la différence que ça pouvait être. Je n'étais pas plus convaincu que ça ; et je le reconnais, c'était un défaut d'appréciation ».

La possibilité de pratiquer la régulation seul chez soi, isolé de l'équipe du SAMU, générait chez certains une forme d'appréhension. Ils marquaient donc une préférence a priori pour la régulation au centre 15.

« J'étais à fond pour la régulation sur place au début, vraiment. (...) J'ai eu un peu de mal à passer le cap de la régulation à domicile. Parce que je ne me sentais pas prêt ; même si les conditions de travail au SAMU étaient mauvaises ».

Cette appréhension était telle que pour plusieurs médecins régulateurs, la première expérience de la régulation déportée résulte d'un événement impromptu qui les a empêchés de se rendre au centre 15.

« Un jour je n'ai pas pu y aller pour une raison technique (...) je me suis retrouvée à être obligée de réguler de chez moi (...). J'ai bien stressé l'heure précédente et en fait ça s'est superbement bien passé ».

III.3.2 Les avantages de la régulation déportée

Dans un deuxième temps, les régulateurs ont pu expérimenter la régulation déportée et ainsi en apprécier concrètement les bénéfices.

III.3.2.1 Les avantages liés au confort du régulateur

Le premier avantage de la régulation déportée est lié au confort matériel dont bénéficient les régulateurs à domicile et qu'ils ne retrouvent pas au centre 15.

« On a des sièges qui sont infâmes... on n'a pas de coins pour se poser ».

La régulation à domicile permet aussi de mettre à profit le temps entre chaque appel pour réaliser d'autres travaux, ce qui est plus difficile voire impossible au centre 15 compte-tenu de l'environnement.

« Être chez soi, ça permet de faire autre chose. Tout ce qui est administratif, compta, je le fais pendant mes gardes ».

Par ailleurs, la régulation déportée offre l'opportunité de pouvoir dormir entre chaque appel.

« Je régule dans mon lit et je me rendors entre chaque appel ».

Les régulateurs notent, à l'inverse qu'il est plus difficile de se reposer au SAMU, ce qui rend la garde plus épuisante ; d'une part en raison de l'absence vivement regrettée de chambre prévue pour le régulateur libéral d'autre part en raison du bruit ambiant au CRRA.

« Le médecin régulateur de médecine générale n'a même pas de chambre. Je trouve ça scandaleux [...] Ça sonne tout le temps, c'est impossible de dormir ».

Enfin, la régulation déportée permet d'éviter le trajet vers le centre 15 et surtout le retour potentiellement dangereux après une nuit sans sommeil.

« Le matin, quand tu n'as pas dormi et qu'il faut se taper 70 bornes, c'est quand même dangereux ».

III.3.2.2 Les avantages pour la qualité de l'exercice

La régulation à domicile permet de travailler dans un environnement sonore plus calme qu'au CRRA, ce qui garantit une meilleure qualité d'écoute.

« À domicile, il n'y a pas de conversation parasite autour. Parce qu'il y a du monde quand même là-bas. Il y a 3 ou 4 PARM, le régulateur hospitalier, les ambulanciers... Au 15 le niveau sonore est rédhibitoire ».

Le fait d'être en dehors du CRRA permet aussi de ne pas être atteint par le stress lié aux pics d'activité. Les régulateurs estiment qu'ils sont plus efficaces s'ils ignorent les appels en attente et un possible engorgement des appels.

« Chez toi, tu n'as pas conscience de ce qui est en attente, tu es au calme et tu les prends un par un... On est moins parasité par l'hystérie, par l'émotionnel qui peut régner au 15 ».

III.3.3 Les avantages de la régulation au centre 15

Si la régulation déportée offre des avantages, notamment en termes de confort, les régulateurs considèrent que la régulation au sein du SAMU en présente d'autres, principalement en terme de qualité de travail.

Bien que la régulation d'un appel reste un exercice individuel, certains estiment que le fait d'être entouré procure un sentiment de sécurité.

« C'est toujours plus rassurant d'être au SAMU (...) même si on ne travaille pas en équipe, il y a cet esprit d'équipe qui nous fait défaut quand on est seul à la maison ».

Par ailleurs, certains estiment que la proximité du PARM permet, par communication non verbale, d'accélérer la prise en charge des appels.

« J'apprécie, quand je suis au 15, de pouvoir communiquer visuellement et avec des signes avec les PARM. Ça permet déjà d'éluder certaines choses ».

La régulation au centre 15 est aussi vue comme un moyen d'instaurer une certaine confiance avec les PARM et ainsi d'améliorer les relations de travail. C'est pourquoi la plupart des adeptes de la régulation déportée estiment qu'il est nécessaire de venir réguler parfois au SAMU.

« C'est important quand on les appelle le soir qu'elles aient un visage(...) on a déjà travaillé ensemble, il y a un respect ».

Outre les avantages offerts par l'une ou l'autre option, d'autres critères déterminent le choix du lieu de régulation. La régulation déportée nécessite une connexion ADSL et la maîtrise de l'outil informatique.

« Je suis totalement nul en informatique alors je régule au SAMU ».

La crainte d'une défaillance technique peut aussi inciter à pratiquer la régulation au centre 15.

« Dans le système de la garde déportée, ce qui peut me stresser, c'est la panne technique, c'est la coupure d'électricité ou l'informatique qui plante ».

La charge de travail, nettement plus importante le week-end qu'en semaine, influe aussi sur le choix des régulateurs. La fréquence soutenue des appels ne permet alors pas de bénéficier de tous les avantages inhérents à la régulation déportée

« Le dimanche c'est lourd, et moi je préfère aller là-bas ».

III.4 LA PRATIQUE DE LA RÉGULATION

III.4.1 Approche de la régulation

La plupart des régulateurs n'avaient pas d'expérience préalable de régulation médicale. Aussi, cette nouvelle activité a été abordée avec une certaine appréhension.

« Au départ, j'étais un peu dans l'inconnu, je ne savais pas trop ce que c'était ».

La formation reçue par tous les régulateurs a permis de diminuer les craintes initiales. La qualité de cette formation est d'ailleurs saluée par tous.

« La formation qu'on a eue était plus rassurante...on parlait de rien, et après, les choses étaient beaucoup plus claires, on avait un référentiel ».

Avec le recul, les régulateurs estiment que la régulation médicale s'éloigne peu de leur exercice habituel. En effet, ils sont régulièrement amenés à pratiquer une forme de régulation avec leurs patients. C'est par exemple le cas lorsqu'un patient inquiet réclame un rendez-vous urgent alors que l'agenda est déjà surchargé. En fonction de l'interrogatoire, le médecin accorde ou non un rendez-vous rapide avec son patient ou se contente d'un conseil.

« C'est en rapport direct avec notre pratique de la journée... on ne change pas de discipline en faisant de la régulation ».

Cependant, il existe une spécificité propre à la régulation de la permanence des soins, qui tranche avec l'exercice quotidien des généralistes, c'est le fait que les régulateurs ne connaissent pas les patients. Cette spécificité impose une concentration et un interrogatoire beaucoup plus minutieux que s'il s'agissait d'un patient qu'ils connaissent.

« On les cuisine plus. On est plus insistant dans nos questions, à l'interrogatoire, pour ne passer à côté d'une vraie urgence ».

Du fait de cette spécificité, les régulateurs considèrent qu'il est nécessaire d'effectuer des gardes régulièrement pour rester performant dans cet exercice. À ce titre, les régulateurs estiment que leur nombre doit rester limité afin de garantir une activité minimale à chacun.

« Pour être performant en régulation, il ne faut pas en faire trop peu...à raison de 2 gardes par an, ce ne serait pas possible ».

Selon les régulateurs, la multiplication des gardes est aussi un moyen de limiter le stress lié à la pratique de la régulation.

« Ce stress diminuera tant qu'on aura la chance de réguler. Plus on régulera, mieux ce sera ».

En effet la régulation est considérée comme une activité stressante en raison du risque d'erreurs et des éventuelles conséquences médicales pour le patient et judiciaires pour eux-mêmes.

« C'est vrai que c'est un peu stressant... on voit des gens qui font du SAMU depuis des années, qui sont super expérimentés et qui se font avoir par la connerie qu'on peut tous faire. Je pense que dans notre groupe, ça va arriver ou c'est arrivé ».

En raison de ce risque et de l'obligation de moyen à laquelle ils sont tenus, les régulateurs privilégient l'envoi à l'effecteur, public ou libéral, lorsque le diagnostic est difficile à évaluer.

« Si tu commences vraiment à prendre du temps pour fouiller, c'est que quelque part tu as un doute ; et si tu as un doute tu le balances à ton copain ».

Cependant, l'objectif des médecins régulateurs reste de limiter au maximum le recours aux médecins effecteurs.

« Le but, c'est de ne pas envoyer quelque chose qui aurait pu largement attendre le médecin traitant le lendemain matin ».

III.4.2 Facteurs influençant la réponse du régulateur

Le choix de la réponse, conseil ou consultation chez l'effecteur ou aux urgences, dépend en premier lieu de la gravité supposée. Toutefois, la réponse apportée à des patients présentant le même tableau peut varier en fonction d'autres critères.

III.4.2.1 Influence du flux d'appels

Lorsque le flux d'appels est important, essentiellement le samedi après-midi et le dimanche, les médecins régulateurs adressent plus volontiers les patients aux médecins effecteurs. Afin de répondre plus rapidement aux appelants en attente, les régulateurs ont tendance à raccourcir leur interrogatoire.

« Il y a un débit qui est beaucoup plus important donc on n'a pas le temps de trop s'attarder le dimanche matin et le samedi après-midi ».

Ainsi, lorsque le débit d'appels est élevé, les hypothèses diagnostiques posées par les régulateurs sont moins précises, faute de temps. Il leur est alors plus difficile de s'en tenir à un simple conseil, aussi adressent-ils plus facilement les patients aux effecteurs.

Par ailleurs, il arrive que le flux d'appels devienne trop important pour le régulateur. Les PARM ont alors la possibilité d'envoyer les patients directement chez le médecin effecteur, sans avis du régulateur. Les PARM ne peuvent théoriquement utiliser cette possibilité que lorsque le tableau clinique du patient correspond aux indications d'une fiche protocolaire qui leur est fournie. Les régulateurs ont le sentiment que la réponse apportée au patient peut alors différer de celle qu'ils auraient proposée s'ils avaient pris l'appel en charge.

« Finalement, il y a une différence de traitement énorme entre les patients que je régule et les patients que je ne régule pas ».

Les régulateurs estiment qu'ils enverraient moins de patients vers l'effecteur s'ils pouvaient réguler tous les appels.

« J'ai l'impression d'être plus serré que le PARM... donc les patients sont pris en charge différemment en fonction de sur qui ils tombent ».

III.4.2.2 Influence du jour et de l'heure de l'appel

Le régulateur prend en compte le délai dans lequel le patient aura la possibilité de consulter son médecin traitant. Ainsi la réponse apportée devant un même tableau peut varier selon que la demande intervient en semaine ou le week-end. Les samedis et dimanches, le régulateur adresse plus facilement les patients aux effecteurs.

« Le problème c'est que le samedi après-midi, si on conseille, c'est un conseil qui doit tenir jusqu'au lundi, c'est difficile ».

Inversement, du lundi au vendredi, la possibilité pour les patients de consulter leur médecin traitant dès le lendemain matin peut inciter le régulateur à s'en tenir à un conseil médical.

« En semaine, on hésite à envoyer, on va leur dire de faire ça ou ça pour ce soir et puis demain matin, ils iront voir leur médecin traitant ».

III.4.2.3 Influence des souhaits supposés de l'effecteur

Les régulateurs considèrent, en s'appuyant sur leur propre expérience de gardes effectrices, que les effecteurs souhaitent recevoir le moins de patients possibles lors de leurs gardes de semaine entre 20 heures et minuit.

« En semaine, je préfère en faire le moins possible aussi ».

Ceci les incite à limiter au maximum les consultations en semaine, mais les place aussi dans une situation inconfortable.

« C'est une position difficile de se retrouver à la fois défenseur du patient et lui trouver la bonne réponse, et à la fois défenseur du confrère pour sa tranquillité ».

Le week-end, en revanche, les régulateurs estiment que les effecteurs sont beaucoup moins réticents à faire des actes.

« Le week-end, il y a un type derrière qui est là pour bosser, qui a envie de bosser ».

Le souci de garantir des revenus à leurs confrères peut alors inciter les régulateurs à orienter plus facilement le patient vers l'effecteur.

« Le dimanche matin, il y a pas mal d'appels, on ne rentre pas dans les détails. Comme on sait que les médecins effecteurs s'ennuient un peu, bon, autant qu'ils gagnent leur croûte ».

III.4.2.4 Influence géographique

Lorsque le régulateur entrevoit la nécessité d'une consultation sans qu'aucun examen complémentaire ne semble utile, la règle voudrait qu'il adresse le patient au médecin de garde le plus proche aux heures où celui-ci est disponible. Cependant, du fait de la taille des secteurs, il peut survenir que le médecin effecteur se situe à plus de trente kilomètres du domicile du patient. Dans un tel cas, il peut arriver que le régulateur décide d'envoyer le patient au service d'urgences hospitalières si ce dernier se trouve être sensiblement plus proche.

« Il y a aussi le facteur distance : parfois, l'effecteur est à l'extrémité du secteur et le patient est à un endroit vraiment très loin alors que l'hôpital est plus accessible. Alors là on va leur dire d'aller à l'hôpital. »

III.4.3 Difficultés rencontrées dans la régulation des appels

Les régulateurs n'évoquent que peu de situations difficiles dans leur pratique. En effet, comme décrit précédemment, ils ont recours à l'effecteur public ou libéral lorsqu'un doute subsiste au terme de leur interrogatoire. Au besoin, ils rebasculent l'appel vers le régulateur du SAMU s'ils considèrent que l'urgence est de niveau 1 ou 2. Cependant, certains appels demeurent complexes à réguler. Les régulateurs citent les cas suivants.

III.4.3.1 Le patient psychiatrique

Les motifs d'appel causant de réelles difficultés de prise en charge relèvent essentiellement de la psychiatrie. L'évaluation d'un risque suicidaire est ainsi jugée particulièrement délicate par les régulateurs.

« L'autre situation (qui pose vraiment problème), ce sont les cas psychiatriques. Apprécier le vrai risque, en tant que régulateur, c'est quasiment impossible entre les hystériques et les réels suicidaires ».

L'évaluation est d'autant plus difficile que ces patients sont souvent jugés peu coopérants ; soit parce qu'ils ne sont pas demandeur de soins (l'appel émanant alors d'un proche)...

« On m'appelle pour une jeune femme dépressive, prostrée...ennuyé à réguler comme appel. Je demande à lui parler et elle refuse ! ».

Soit parce qu'ils refusent la prise en charge proposée

« -on vous envoie une ambulance... -Non parce que de toutes façons j'irai pas à l'hôpital ! ».

III.4.3.2 Le patient âgé dépendant ou en fin de vie

La régulation d'appels concernant des patients âgés dépendants est aussi une situation décrite comme difficile par les régulateurs. Lorsqu'une consultation médicale est jugée nécessaire, mais ne nécessite pas, a priori, d'hospitalisation, le régulateur n'a souvent d'autre choix que d'adresser le patient aux urgences. Les régulateurs ne jugent pas cette réponse satisfaisante.

« Alors t'envoies une ambulance qui va faire transiter la personne âgée pendant 5 ou 6 heures aux urgences. Parce que c'est le délai moyen... Et pour quoi ? Souvent pour rien, enfin, pour pas grand-chose. »

Lorsque le patient en fin de vie a évoqué précédemment son désir de mourir à domicile, le régulateur se retrouve face à cas de conscience. Soit il contrevient à la volonté du patient en l'adressant au service d'urgences hospitalières, soit il se contente de dispenser un conseil alors qu'une consultation lui semble préférable.

« On est quand même un petit peu embêté d'envoyer quelqu'un qui souhaite mourir à domicile... de l'envoyer à l'hôpital ».

Dans ce système sans effecteur mobile, certains estiment que la gestion des malades au stade palliatif devrait être assurée par leur médecin traitant quelle que soit l'heure.

« On se dit dommage que le médecin traitant n'ait pas donné ses coordonnées téléphoniques pour ce cas là ».

III.4.3.3 Difficulté de compréhension

Une bonne compréhension entre le régulateur et son interlocuteur est évidemment indispensable pour apporter une réponse optimale au patient. Ainsi une mauvaise qualité sonore de la communication téléphonique complique grandement la tâche du régulateur.

« Les moments de stress de mes régulations, c'est quand je commence à ne plus bien entendre ce qui se dit au bout du fil. »

III.5. RELATIONS AVEC LE PATIENT

Le changement de système a modifié le comportement des patients et les moyens de lui apporter satisfaction. Si l'évolution de la relation formelle avec les patients est jugée satisfaisante par les régulateurs, sur le fond, ces derniers restent nombreux à trouver que l'éducation médicale des patients est insuffisante.

III.5.1. Relations avec le médecin de garde avant la réforme

Avant la mise en place de la nouvelle organisation, les régulateurs avaient le sentiment que seule une consultation était susceptible de satisfaire les patients.

« Honnêtement, ils n'appelaient pas pour un conseil, c'était une demande d'acte ».

Les patients pouvaient auparavant appeler directement le médecin effecteur de garde et bénéficier d'une consultation de jour comme de nuit, le plus souvent à domicile. Il était difficile pour le médecin de garde de se contenter d'un conseil médical lorsque la situation ne semblait pas imposer une consultation. En effet, l'absence d'enregistrement des conversations et le risque médico-légal plaçaient le patient en situation favorable pour exiger une visite.

« Et si vous venez pas, je vous fais un procès. Combien de fois on a entendu ça ? ».

III.5.2 Évolution de la relation formelle avec le patient

III.5.2.1 Une adaptation à la réforme parfois difficile

La mise en place du nouveau système de permanence des soins dans le département de l'Eure a profondément bouleversé les habitudes des patients. En effet, ils ne bénéficiaient plus d'un médecin effecteur disponible à toute heure. Ainsi, la nouvelle organisation a pu donner aux patients le sentiment d'une baisse de la qualité des soins.

Ce sentiment a entraîné une frustration chez certains patients ; celle-ci s'exprimant par une réelle agressivité vis-à-vis des régulateurs.

« Au début, on n'arrêtait pas de se faire engueuler, incendier au téléphone. On nous disait : alors oui, on n'a qu'à crever ».

Les régulateurs estiment que ce sentiment de frustration, générateur d'agressivité, aurait pu être atténué si la population avait été mieux informée sur la mise en place du nouveau système. À ce titre, les régulateurs regrettent le manque d'implication de certains organismes dans la campagne d'information qui avait été prévue.

« Une plaquette informative expliquant le nouveau système avait été imprimée à 100 000 exemplaires pour qu'on puisse la donner à nos patients. On ne les a jamais reçues ! Elles ont dû se perdre dans les sous-sols de la DDASS. »

III.5.2.2 Une amélioration globalement constatée

Le nouveau système de permanence des soins a donc été difficile à accepter pour certains patients. Les régulateurs ont néanmoins noté une amélioration progressive du comportement des patients lors des conversations téléphoniques.

« Les gens se sont adaptés au nouveau système. Ils sont souvent plus patients, plus compréhensifs. Voilà, je trouve que ça se passe de mieux en mieux ».

Les régulateurs attribuent cette évolution à un premier facteur. Les patients ont progressivement pris connaissance de la nouvelle organisation et ont pris acte qu'il n'y avait pas d'alternative.

« On n'a pas donné le choix au patient, c'était comme ça et pas autrement ».

Les patients connaissaient donc mieux les réponses possibles du régulateurs et ne montraient plus d'agressivité pour obtenir des prestations qu'ils savaient désormais impossibles, comme des visites à domicile par exemple.

En outre, les régulateurs estiment que la population a pris conscience du fait que cette réforme était justifiée pour soulager la charge de travail sans cesse croissante des médecins. En effet, les médias de masse se sont largement fait l'écho de la diminution du nombre de médecins généralistes et de leur vieillissement, en particulier dans les départements ruraux comme celui de l'Eure.

« Les gens ont compris. Il commence à être connu que le nombre de médecins diminue, que les médecins vieillissent et que c'est un peu difficile pour assurer la permanence des soins. Donc je trouve que les gens sont de plus en plus agréables ».

Ainsi, depuis que les patients ont assimilé le nouveau système, les régulateurs jugent que le contact formel avec les patients s'est largement amélioré. Certains trouvent même qu'ils ont, lors des régulations, un meilleur contact que lorsqu'ils ont leurs propres patients au téléphone.

« Ils sont beaucoup plus respectueux (...) que nos propres patients qui peuvent être franchement exigeants ».

III.5.3 Une éducation médicale qui reste à parfaire

Les régulateurs ont bien conscience que leur mission consiste avant tout à rassurer la population. Ils savent que la fonction de régulateur implique de dispenser des conseils, même basiques, à des patients inquiets.

« Si les patients savaient tout, on n'aurait pas lieu d'exister ».

Cependant, ils manifestent volontiers leur surprise devant la propension de certains patients à les appeler pour faire face à des situations qu'ils jugent pourtant simples.

« Je suis toujours un peu navré par les motifs des demandes ».

Plusieurs raisons sont avancées par les régulateurs pour expliquer ces appels qu'ils considèrent injustifiés voire abusifs. Certains estiment que ces appels résultent de la faiblesse, en France, de l'éducation à la santé. Ce manque d'éducation peut provoquer un stress excessif qui les pousse à appeler devant des problèmes apparemment bénins.

« Il y a trois quarts des appels parce que les gens ont peur, ils sont anxieux, ils ne savent pas faire ».

Pour tenter de limiter le nombre d'appels évitables, certains régulateurs souhaiteraient la mise en place d'une véritable politique d'éducation à la santé qui toucherait la population dès l'enfance. Ils reconnaissent que le médecin généraliste doit tenir dans cette éducation une part importante. Cependant, s'appuyant sur les exemples de pays étrangers, ils estiment que d'autres acteurs doivent participer.

« Là [en Suède et en Norvège], ce n'est pas qu'au médecin d'éduquer la population. C'est bien avant, c'est dès l'école. Et là-bas, ils sont éduqués de façon positive, pas à sauter sur leur téléphone pour un oui pour un non ».

D'autres régulateurs pensent qu'il s'agit moins d'un problème général d'éducation que d'un problème lié à un nombre limité de personnes, plus anxieuses que le reste de la population. En effet, il existe chez certains régulateurs le sentiment que ces appels plus ou moins injustifiés émanent toujours des mêmes personnes.

« J'ai l'impression que c'est toujours les mêmes, les patients qui me disent le lundi qu'ils ont fait appel au système de garde pendant le week-end, ce sont toujours les mêmes ».

Certains montrent des signes de résignation quant à la possibilité d'améliorer l'éducation médicale de ces personnes.

« J'ai l'impression qu'une partie de la population qu'on prend en charge en régulation est de toute façon réfractaire à cette éducation-là ».

Les régulateurs soulignent aussi l'attitude consumériste de certains patients. Ces derniers auraient ainsi tendance à utiliser le système de permanence des soins, non pas parce qu'ils ressentent une réelle situation d'urgence mais simplement parce que le service existe. Ainsi, le recours au médecin régulateur est parfois confondu avec un service de conseils, indépendamment de tout sentiment d'urgence de la part du patient.

« On est appelé parfois à des heures très tardives pour un simple conseil [...] on a accès à un médecin qui est au bout du fil, pourquoi on ne l'appellerait pas ! ».

Les régulateurs déplorent, en outre, un manque d'investissement personnel chez certains patients pour faire face au problème qui les touche. Ces patients auraient ainsi tendance à se déresponsabiliser et à attendre tout du système de santé sans même se demander ce qu'ils pourraient faire eux-mêmes.

« Il y a une sorte de régression, c'est-à-dire je suis malade, il faut qu'on s'occupe de moi ».

III.6 RELATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS

III.6.1 Les autres acteurs de la régulation

Les régulateurs publics et les PARM sont les deux autres acteurs de la régulation. Si les relations entre régulateurs (public ou libéral) et PARM sont permanentes puisque chaque appel transmis au régulateur est passé, au préalable, par le PARM, les relations entre régulateur public et libéral sont, elles, beaucoup plus restreintes

III.6.1.1 Relations avec les PARM

Les régulateurs ont conscience du rôle fondamental joué par les PARM dans le système de régulation.

« Elles sont la cheville ouvrière ».

En effet, ces derniers assurent la pré-régulation des appels. Ils déterminent ce qui relève du régulateur public ou libéral. La qualité de ce premier tri est largement reconnue par les régulateurs libéraux.

« Les appels sont pris en première ligne par les permanencières qui font quand-même bien leur travail ».

Ainsi, les quelques erreurs d'orientation des appels que peuvent commettre les PARM ne remettent pas en cause cette bonne appréciation.

« Il arrive qu'il y ait des erreurs d'aiguillages, mais c'est rare. (...) On a quand même une équipe qui tient la route ».

Par ailleurs, les PARM ont la possibilité de diriger les patients directement vers l'effecteur lorsque le flux d'appel dépasse les capacités du régulateur libéral. Leur efficacité dans cet exercice est aussi saluée par les régulateurs.

« Elles sont capables de gérer les problèmes et de déterminer ce qui est à réguler par nous ou ce qui doit directement passer par l'effecteur ».

Ce jugement favorable n'est pas altéré par le sentiment que les PARM n'utilisent pas toujours les protocoles prévus dans ces situations.

« La plupart ne les maîtrise pas (...) c'est plus au feeling que selon les protocoles ».

Ainsi, les compétences des PARM sont unanimement reconnues. Cependant, certains régulateurs estiment que ces compétences ne sont pas toujours entièrement exploitées. D'une part, selon certains, l'implication des PARM est parfois moindre lorsque l'appel concerne la permanence des soins et non l'urgence vitale.

« Quand ça concerne le public, elles font leur boulot jusqu'au bout : elles posent les bonnes questions, elles prennent leur temps. Quand c'est pour nous, certaines nous les balancent directement ».

D'autre part, il existe chez certains régulateurs le sentiment qu'ils ne sont pas traités par les PARM de la même façon selon qu'ils régulent au centre 15 ou à domicile.

« J'ai entendu plusieurs fois ce discours : nous on est là, eux ils sont chez eux, ce n'est pas normal ! Puisque c'est comme ça, je vais leur envoyer tous les appels sans aucune régulation préalable ».

En outre, les régulateurs estiment que la qualité de la régulation dépend aussi de la qualité de la relation humaine entre PARM et régulateur.

« C'est important que le couple médecin régulateur / permanencière marche bien. Qu'on ait confiance dans ce qu'elles font, qu'elles nous fassent confiance ».

A contrario, une mauvaise relation peut entraîner, selon les régulateurs, une diminution de l'implication des PARM.

« J'ai entendu dire souvent : celui là, il n'est pas sympa ; alors moi je lui passe tout, je ne régule rien ! ».

Pour cette raison, beaucoup de régulateurs adeptes de la régulation déportée insistent sur la nécessité de venir parfois exercer au centre 15 afin de cultiver cette relation humaine.

Enfin, les régulateurs reprochent à certains PARM une attitude inappropriée vis-à-vis des patients. Ainsi, certains PARM manqueraient de tact pour gérer des appels de patient inquiets par leur état de santé.

« Elles ont un ton relativement agressif, alors le ton monte parce qu'en face, les gens, et pour cause, sont relativement stressés quand ils appellent ».

Cependant, cet avis n'est pas partagé par tous. En effet, beaucoup considèrent que l'agressivité provient plus généralement des patients et, qu'au contraire, les PARM gèrent bien la plupart de ces situations.

« C'est souvent désamorcé par les PARM qui s'en prennent plein la figure. (...) elles ont un métier difficile par rapport à ça ».

III.6.1.2 Relation avec le régulateur hospitalier

L'organisation ne prévoit pas de contact systématique entre les régulateurs public et libéral. En effet, lorsque le régulateur libéral estime qu'un appel concerne l'urgence vitale, celui-ci rebascule l'appel au PARM. Ce dernier le transmet ensuite au régulateur public sans qu'il n'y ait d'échange entre les deux régulateurs.

« Quand on estime que le problème est un peu litigieux, bon ça se passe toujours avec la PARM. ».

Ainsi, les relations professionnelles entre les deux médecins régulateurs sont rares. Elles souffrent de l'image que certains régulateurs libéraux avaient du monde hospitalier et du SAMU avant même de commencer la régulation. Cette mauvaise image est expliquée par le manque de reconnaissance des compétences spécifiques des médecins généralistes par les médecins hospitaliers.

« Les hospitaliers, ils ont l'impression qu'ils savent faire ce qu'on fait, ce qui est la base ; mais eux ils savent en faire plus. ».

Par ailleurs, dans leur exercice quotidien de médecin généraliste, tous les régulateurs ont été amenés à faire appel au SAMU pour un de leurs patients. Certains ont ressenti, en ces occasions, un manque de considération de la part des médecins smuristes. Or ces médecins smuristes sont aussi, pour la plupart, régulateurs hospitaliers au Centre 15.

« T'es quand même le médecin traitant, c'est à peine s'ils te disent bonjour. On ne te demande pas ton avis sur le cas. Tu es pratiquement transparent. Y'a des cas où ça se passe un peu comme ça ».

Cependant, la pratique et le fait de côtoyer leurs collègues hospitaliers a permis de nuancer cette image négative. En effet, l'expérience a montré que ce manque ressenti de considération n'était pas le fait de tous leurs confrères hospitaliers.

« Il y a des régulateurs qui nous considèrent relativement bien (...). C'est plus une question de personnalité du régulateur que d'attitude générale des régulateurs publics ».

Il peut aussi arriver que le régulateur libéral demande un avis à son confrère hospitalier. Si ces situations restent rares, les régulateurs libéraux déclarent entretenir une relation cordiale avec les régulateurs hospitaliers.

« Quand on a besoin de lui parler, on est bien reçu, et rapidement. Il n'y a pas de souci ».

Les relations des régulateurs libéraux avec les régulateurs hospitaliers et avec les PARM sont donc jugées globalement satisfaisantes. Cependant, les contacts restent occasionnels dans la mesure où un régulateur libéral n'effectue en moyenne qu'une dizaine de gardes par an. Les relations ne peuvent donc pas atteindre le degré de complicité qui lie les PARM aux régulateurs hospitaliers.

« On est très bien accueilli, ce n'est pas le problème (...) mais eux ils se voient tous les jours (...) il y a une connivence que nous on n'a pas ».

III.6.2 Relations avec les acteurs de terrain

Le régulateur libéral a deux types d'effecteurs à sa disposition, le médecin généraliste de garde du secteur (disponible jusqu'à minuit) d'une part et le service des urgences hospitalières d'autre part. Le choix dépendra donc de l'heure de l'appel du patient et de la nécessité supposée d'examen complémentaire. Quel que soit le choix, il n'y a, en théorie, pas de contact direct entre régulateur et effecteur. Le pharmacien est souvent le dernier maillon de la chaîne de soins.

III.6.2.1 Relations avec l'effecteur libéral

La mise en relation entre le patient et l'effecteur peut se faire de trois façons différentes, en fonction du souhait de ce dernier. Soit le régulateur transmet au patient le numéro de téléphone de l'effecteur, soit un rendez-vous est généré sur un agenda électronique partagé, soit l'effecteur s'engage à être présent à son cabinet aux heures convenues. Ainsi il n'y a pas

de communication téléphonique directe entre régulateur et effecteur. Cependant, légalement, l'effecteur doit rester joignable par le régulateur ; ce qui n'est pas toujours le cas.

« Il y en a un certain nombre qui ne répondent pas, qui laissent le répondeur et qui sont donc injoignables ».

Les régulateurs jugent anormal de ne pas pouvoir joindre les médecins effecteurs ; en premier lieu pour des raisons de principe et de confraternité.

« Je trouve ça inadmissible, quand on est de permanence, qu'on ne puisse pas se joindre de confrère à confrère ».

En outre, les régulateurs considèrent que les effecteurs devraient être joignables de manière à pouvoir faire face à des situations exceptionnelles ou non prévues dans le cahier des charges de l'organisation de la permanence des soins.

« Les médecins de secteur devraient nous donner leur numéro de portable pour qu'on puisse, nous, les régulateurs les joindre en cas de pépin ».

Certains régulateurs jugent même que c'est pour éviter ces demandes inhabituelles, principalement des visites, que ces effecteurs demeurent injoignables.

« Ils ne sont pas contactables, et évidemment, comme ça ils ne sont pas ennuyés par les demandes de visite ».

Enfin, les régulateurs sont parfois confrontés à des patients qui rappellent parce qu'ils ne trouvent pas le cabinet de l'effecteur. Ils préféreraient alors pouvoir transmettre l'appel à l'effecteur, de manière à ce que celui-ci puisse guider directement le patient jusqu'à son cabinet, ce qui n'est possible que si l'effecteur est joignable.

« Quand le patient doit aller au cabinet du médecin et qu'il ne sait pas où c'est ; on se dit : bon, il va appeler le médecin qui va lui expliquer à quel endroit ça se trouve dans la ville. Eh bien, c'est pas possible ! »

Cependant, beaucoup d'effecteurs laissent leur numéro de portable de manière à être joignable à tout moment et sont disposés à effectuer des actes exceptionnels quand les régulateurs leur en font la demande. C'est notamment le cas des demandes de certificats de décès en cas de carence de la garde administrative dont dépendent théoriquement ces actes.

« L'exception, c'est pour le décès le dimanche (...) c'est au bon vouloir de l'effecteur qui en général accepte souvent ».

III.6.2.2 Relations avec l'effecteur public

L'accès au service des urgences hospitalières est libre et permanent. Le régulateur libéral n'a donc pas à s'assurer de la disponibilité de l'urgentiste lorsqu'il lui adresse un patient. Il n'y a donc jamais de contact entre le régulateur libéral et l'effecteur public. Cependant, certains régulateurs regrettent de ne pouvoir avertir le service d'urgence de l'arrivée d'un patient. Ils souhaiteraient en effet que les patients ayant bénéficié de la régulation libérale puissent avoir une prise en charge plus rapide que les patients venus de leur propre chef à l'hôpital et dont l'état ne relève pas de l'urgence vitale ; ces derniers étant responsables des nombreuses consultations injustifiées dans les services d'urgence.

« On va les envoyer dans un service porte (...) et ces gens-là vont se retrouver dans la masse des gens qui n'ont pas joué le jeu et ils se retrouvent à la case départ. Moi je trouve ça scandaleux ».

III.6.2.3 Relations avec les pharmacies

À la suite, soit d'une consultation avec l'effecteur, soit d'un conseil du régulateur, les patients se voient souvent proposer un traitement médicamenteux. Or, ils ne disposent pas nécessairement du médicament dans leur pharmacie personnelle. Les pharmaciens jouent donc un rôle important dans la permanence des soins.

Les régulateurs se réjouissent que les pharmaciens et les médecins se concertent afin de réduire au maximum la distance entre le cabinet du médecin effecteur et la pharmacie de garde. Ceci est au bénéfice du patient.

« Les pharmaciens attendent que les médecins aient fait leur liste de garde avant de faire la leur (...) – Nous dans l'école 7, en fonction de la liste de garde des pharmaciens, on choisit le médecin ».

Cependant, les régulateurs éprouvent parfois des difficultés à savoir quelles sont les pharmacies de garde des différents secteurs. Ce qui, selon certains, peut conduire à des situations embarrassantes vis-à-vis du patient. En effet, les régulateurs proposent parfois un traitement médicamenteux d'accès libre en pharmacie mais se trouvent incapables d'indiquer au patient l'officine de garde de son secteur.

« Il nous arrive d'avoir des appels de gens auxquels on donne un conseil, auxquels on veut dire "allez acheter ça en pharmacie" et on n'est même pas capable de leur dire laquelle ».

On peut noter que les régulateurs n'ont pas mentionné la possibilité de la télé-prescription.

III.6.3 Relation avec les institutions publiques

III.6.3.1 Un manque de reconnaissance et de représentativité

Depuis 2004, les modalités de la permanence des soins sont encadrées par la loi. Dans ce domaine, le législateur peut s'appuyer sur différents rapports d'évaluation pour faire évoluer l'organisation du système. Ces rapports proviennent des parlementaires eux-mêmes ou d'institutions publiques (Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration ou Cour des comptes notamment).

Or, selon les régulateurs, ces rapports ne s'appuieraient pas suffisamment sur l'expérience des médecins généralistes libéraux qui sont les acteurs principaux de la permanence des soins. Ainsi, ce seraient principalement les hospitaliers qui seraient sollicités pour la rédaction de ces rapports.

« Les gens qui sont écoutés en matière de conseil politique c'est les hospitaliers, c'est SAMU de France ».

Les régulateurs expliquent cette situation par le manque de visibilité et de représentativité des généralistes libéraux.

« On n'est pas représenté. Il faudrait qu'on ait le pendant de SAMU de France ».

Ils estiment ainsi qu'ils ne disposent pas d'interlocuteur représentatif, contrairement aux hospitaliers.

« Un politique qui décide, il consulte un minimum au préalable. Et quand il consulte, il faut qu'il y ait quelqu'un d'identifiable et quelqu'un de joignable. Donc pour l'hôpital, il n'y a pas de problème, mais pour des gens comme nous... ».

Certains régulateurs se demandent même si cette absence de consultation ne témoigne pas aussi d'un certain mépris pour la médecine générale.

« On n'est rien du tout par rapport au poids des hospitaliers dans les décisions politiques. C'est le problème de notre profession, on n'est pas crédible ».

III.6.3.2 Des opinions divergentes quant à la rémunération

La valeur de la rémunération négociée avec l'assurance maladie est diversement appréciée par les régulateurs. Elle semble adaptée pour certains au regard de la charge de travail que représente une nuit de régulation.

« On est, pour moi, relativement bien payé quand on fait des gardes de nuit, parce qu'on passe quatre heures à dormir grosso modo ».

Mais pour d'autres, cette rémunération n'est pas jugée conforme au niveau de qualification des médecins et au niveau de responsabilité engagée lors de la régulation.

« Je me permets de vous rappeler que nous sommes payés que 66 euros de l'heure pour du travail de gens qui ont un doctorat du troisième cycle avec une très haute responsabilité... pour serrer la main d'un avocat, tu paies déjà 200 euros... ».

De plus, la variabilité de la rémunération en fonction des départements contribue à créer un sentiment d'injustice.

« Je pense qu'on est encore sous-payé et j'entendais encore il n'y a pas très longtemps, pas plus tard que ce matin, des départements où l'astreinte est payée 5C de l'heure, alors que nous, nous ne sommes payés que 3C ».

III.7 PERFORMANCES ET LIMITES DU SYSTÈME

Les régulateurs décrivent trois niveaux de répercussion découlant de la mise en place de la nouvelle organisation de la permanence des soins dans le département de l'Eure : pour les médecins, pour les patients et enfin pour la société en général.

III.7.1 Conséquences pour les médecins

III.7.1.1 Conséquences pour l'ensemble des médecins généralistes

La grève de l'hiver 2001-2002 avait pour principale revendication l'amélioration des conditions de travail en garde. Les régulateurs ont le sentiment que le nouveau système a répondu aux attentes des généralistes du département.

« Grâce à ce système, la vie des médecins dans les campagnes et dans les autres villes du département devient beaucoup plus confortable ».

La nouvelle organisation a permis de diminuer le nombre de gardes par médecin grâce à une sectorisation plus large. De plus, la suppression des gardes effectrices en nuit profonde a sensiblement amélioré la qualité de vie des médecins généralistes. En effet, 54 médecins étaient mobilisés chaque nuit pour assurer la garde dans chacun des 54 secteurs.

« Rentrer chez soi et ne pas se demander où est le portable parce que ça risque de sonner, ça change la vie ».

La répétition des gardes était en effet jugée très contraignante, indépendamment du nombre d'appels reçus.

« On tournait à 5 médecins, on n'avait pas forcément un appel à chaque fois mais même si le téléphone ne sonnait pas, on dort beaucoup moins bien avec le téléphone qui peut sonner ».

III.7.1.2 Conséquences pour les régulateurs en particulier

Contrairement au reste de leurs confrères, les régulateurs continuent les gardes en nuit profonde dans le nouveau système. Leur charge de travail durant ces gardes n'est pas jugée anecdotique. L'organisation de la journée suivant une nuit de régulation s'en trouve souvent affectée.

« Ce n'est pas une nuit très réparatrice, on reçoit quand même pas mal d'appels [...] Moi, après une nuit de boulot, je ne bosse pas le matin ».

De plus, certains régulateurs jugent l'exercice de la régulation rébarbatif, cependant, ils en tirent suffisamment de bénéfice pour poursuivre cette activité volontaire. Outre la rémunération, ils ont d'abord la satisfaction de garantir une nuit tranquille à tous leurs confrères du département.

« Il y a quand même des soirs où on n'a pas envie de réguler alors qu'on est de garde, mais une des satisfactions c'est de se dire : "j'en bave ce soir mais les autres dorment". Voilà, c'est ça qui me fait continuer ».

Enfin, Les régulateurs peuvent trouver dans l'exercice-même de la régulation une source de gratification personnelle. C'est notamment le cas lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir été utile au patient qui appelle.

« Rassurer une jeune maman à deux heures du matin, lui faire un cours... Bon, même si c'est un peu agaçant, c'est aussi satisfaisant ».

III.7.2 Conséquences pour le patient

Dans le nouveau système, le patient ne dispose plus d'un médecin effecteur de garde à toute heure. Les régulateurs ont le sentiment que certains patients regrettent l'ancienne organisation.

« Je ne suis pas certain que nos patients soient d'accord alors qu'avant, il suffisait de claquer des doigts pour qu'on vienne chez eux ».

Cependant, les régulateurs estiment qu'une moindre disponibilité des effecteurs n'est pas synonyme de baisse de la qualité des soins. En effet, ils considèrent que la qualité d'un système de permanence des soins dépend en premier lieu de la qualité de la régulation. Or dans l'Eure, la régulation est assurée en permanence par des médecins généralistes, lesquels seraient plus compétents pour effectuer cette tâche.

« Ils ont au téléphone un médecin généraliste qui a donc le même mode de raisonnement que leur propre médecin. Je pense que c'est une plus-value pour les patients ».

Ainsi, avec le recul, les régulateurs arrivent à la conclusion que le nouveau système offre une qualité de soins équivalente au précédent.

« Ce n'est pas un mauvais système pour les malades. Parce qu'on s'aperçoit qu'il n'y a pas plus de casse avec ce nouveau système qu'il n'y en avait avant ».

Les régulateurs ont le sentiment que la majorité des patients partagent aujourd'hui cette vision. Ils ont admis qu'une demande de soins non programmés pouvait se résoudre autrement que par une visite à domicile, sans que cela n'affecte la qualité des soins.

« On a une bonne réponse des patients (...) Il s'avère que les gens sont globalement satisfaits ».

Enfin, les régulateurs considèrent que l'amélioration de la qualité de vie des médecins bénéficie aussi aux patients. Grâce à la diminution des gardes effectrices et de la charge de travail qu'elles généraient, les médecins généralistes du département seraient moins fatigués et moins stressés et donc plus performants pour leurs patients.

« Les patients sont gagnants indirectement dans la mesure où ils ont des médecins plus heureux, plus épanouis ».

III.7.3. Conséquences pour la société

III.7.3.1 Un système jugé efficient

La mise en place d'une régulation avait pour objectif de diminuer la charge de travail des médecins, notamment en limitant les consultations injustifiées. Or si ces consultations sont injustifiées, le coût qu'elles engendrent l'est aussi. Le législateur, en instituant une régulation, entendait donc réduire les coûts de la permanence des soins par la diminution du nombre de consultations.

Les régulateurs jugent que l'organisation choisie dans l'Eure est particulièrement efficace dans ce domaine. Contrairement à ce qui se pratique dans d'autres départements, la régulation de la permanence des soins n'est assurée que par des médecins généralistes libéraux. Or, les régulateurs libéraux jugent qu'ils ont moins recours à l'effecteur que ne l'auraient des régulateurs hospitaliers, ce qui permettrait de limiter au maximum le nombre de consultations.

« On sait les rassurer, les calmer parce qu'on fait ça toute la journée dans notre cabinet (...). Le régulateur du 15, les gamins qui ont de la fièvre, il les enverrait tous aux urgences ».

Ce sentiment de performance de la régulation s'appuie sur le retour d'information positif des effecteurs. En effet, ces derniers peuvent, via une fiche informatique, indiquer si leur diagnostic confirme les hypothèses du régulateur et si la consultation se justifie. Ils déplorent cependant que les effecteurs soient trop peu nombreux à remplir cette fiche.

« La plupart du temps, ceux qui remplissent la fiche effecteur, ils marquent que ça correspondait (...). Mais bon, il n'y en a pas beaucoup qui la remplissent ».

Ainsi, les régulateurs estiment qu'une régulation performante permet l'absence d'effecteur libéral en nuit profonde. Or, une astreinte de garde effectrice donne droit à une indemnité de 100 euros sur la tranche entre minuit et 8 heures du matin. Cette absence d'effecteur permet donc, selon eux, de réaliser une économie substantielle.

« La sécu est bénéficiaire (...), l'abandon de l'astreinte la nuit sur les 12 secteurs, ça fait 1 200 euros par nuit économisés ».

Même s'ils avaient des effecteurs libéraux à leur disposition, les régulateurs déclarent qu'ils auraient recours à l'effecteur public pour les rares cas où une consultation s'imposerait, plutôt que de déranger leur confrère libéral.

« À 3 heures du matin, c'est évident que je n'irais pas déranger mon collègue qui travaille le lendemain. Clairement le patient je l'enverrais aux urgences ».

Ainsi, les régulateurs jugent que dans certains départements, la garde effectrice en nuit profonde serait davantage maintenue pour permettre aux effecteurs de percevoir des indemnités d'astreinte que pour répondre à un besoin réel de la population. La certitude de toucher l'indemnité d'astreinte combinée au risque minime d'être dérangé grâce à la régulation rendrait la garde attractive.

« On pourrait tous gagner 100 euros la nuit à ne rien faire (...). À Carcassonne ils ont des secteurs de garde à 3, ce qui fait qu'ils touchent 100 euros de garde toutes les 3 nuits, alors qu'avec la régulation ils ne font pas d'actes ».

Enfin, les régulateurs libéraux citent l'absence de maison médicale de garde dans le département pour souligner les performances économiques du système, ces structures étant considérées extrêmement coûteuses.

« On était opposé à la maison médicale de garde dès le départ (...) ça coûte une fortune, c'est complètement déficitaire ».

Les régulateurs ont donc l'impression de participer à un système vertueux économiquement, tant par rapport à leur ancienne organisation que par rapport à celle pratiquée dans d'autres départements.

III.7.3.2 Conséquences sur la démographie médicale

Les régulateurs jugent que l'ancienne organisation du système de permanence des soins était de nature à décourager l'installation de jeunes généralistes dans un département rural comme l'Eure. En effet, ils jugent que la nouvelle génération de médecins n'était pas prête à assumer la charge de travail induite par la répétition des gardes.

« Dans les campagnes, les gardes étaient une astreinte lourde qui revenait beaucoup (...). Et c'était une menace pour que les médecins ne fassent plus le choix de s'installer à la campagne ».

Ainsi, en limitant la charge de travail liée aux gardes, les régulateurs ont le sentiment que ce nouveau système va aider à préserver la densité de médecins généralistes dans le département. D'une part en rendant l'installation plus attractive.

« Grâce à notre système, on peut espérer qu'on va pouvoir ramener des jeunes généraliste dans notre département ».

D'autre part en incitant les médecins les plus âgés à prolonger leur activité au-delà de ce qu'ils avaient prévu.

« Ça peut avoir une influence sur le fait de ne pas décrocher et de maintenir les performances de démographie médicale du département ».

III.7.3.3 Conséquences en matière de santé publique

Les régulateurs ont le sentiment de participer à un système efficace répondant bien aux attentes de la population et qui a permis de limiter les coûts. Cependant, certains se demandent si la participation des médecins libéraux à la permanence des soins est indispensable. Lors de la grève de l'hiver 2001-2002, la permanence des soins a reposé uniquement sur les médecins hospitaliers, et certains régulateurs jugent qu'il n'y a pas eu de préjudice en matière de santé publique.

« La grève que nous avons faite il y a 5 ans nous a montré que nous pouvions très bien fonctionner sans permanence des soins (...). Si pendant les 3 mois qui viennent, il n'y a plus d'effecteur ni de régulateur libéral, je ne suis pas sûr qu'on aura une augmentation de la mortalité nocturne ou infantile dans l'Eure ».

IV. DISCUSSION

L'objectif de l'enquête était de déterminer comment les médecins régulateurs libéraux s'intègrent dans le système de la permanence des soins dans le département de l'Eure, afin d'en dégager les limites et les atouts.

IV.1 CHOIX DE LA MÉTHODE

Le focus group est une technique d'entretien collectif qui permet de recueillir des informations sur un sujet précis. Il s'agit d'une technique d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives qui s'appuient sur un questionnaire. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. [28]

IV.1.1 Avantages de la méthode

Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne. Cette méthode permet de faire émerger de nouvelles idées inattendues et inaccessibles avec une technique quantitative par questionnaire à questions fermées.

De plus, par opposition aux autres techniques qualitatives comme l'entretien individuel ou l'observation, les avantages des résultats obtenus par *focus groups* reposent sur l'interaction et la dynamique de groupe. En effet, selon Kitzinger et al [29] : « *la situation de groupe peut faciliter une discussion [...] du fait que les participants les moins inhibés entraînent les autres dans une dynamique qui casse la timidité des premiers* ».

Ainsi, cette méthode est particulièrement adaptée pour étudier l'expérience de la régulation car elle permet de collecter et de stimuler la diversité des opinions des sujets interrogés ; ce qui n'aurait pas été réalisable par une méthode reposant sur un questionnaire ou des entretiens individuels.

IV.1.2 Inconvénients de la méthode

La réalisation des *focus groups* présente certaines difficultés d'ordre technique. Elle exige notamment de trouver un lieu et une date acceptables par tous les participants. Cette contrainte est forte lorsqu'il s'agit de réunir des médecins généralistes aux emplois du temps déjà chargés. Ainsi, seuls deux groupes ont pu être constitués, réunis chacun pour une seule séance.

En outre, les groupes sont constitués pour faire émerger la diversité des opinions. Il n'y a pas d'exigence de représentativité mais seulement de diversité de l'échantillon. La composition des groupes répond à cette exigence en matière de sexe, du lieu d'exercice (rural, semi-rural et urbain / proche ou éloigné du centre 15), de l'expérience préalable (novice et ancien régulateur) et de lieu de régulation (déportée ou au centre 15). Néanmoins, l'absence de représentativité vis-à-vis de la population source ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population étudiée. Cette méthode ne permet donc pas de faire des inférences statistiques.

Enfin, si l'interaction et la dynamique de groupe font la force de la méthode, elles exposent au risque de voir l'émergence de « leaders d'opinion » nuisant à l'expression des idées divergentes. Pour limiter ce risque, on s'est assuré que chacun puisse bénéficier d'un temps de parole suffisant pour exprimer ses sentiments.

IV.1.3 Limites de l'étude

Le nombre limité de volontaires et leur manque de disponibilité n'a pas permis de multiplier les séances et de parvenir ainsi à la certitude de la saturation des données. Cependant, pour recueillir un maximum de données, les séances, prévues pour durer 2 heures, ont pu être prolongées jusqu'à redondance des opinions exprimées. L'étude aurait pu être complétée par des entretiens individuels avec les volontaires, mais l'absence de dynamique de groupe n'aurait pas assuré l'émergence d'idées nouvelles.

L'étude ne reflète que l'opinion des régulateurs libéraux de l'Eure. C'est à partir de leur seule expérience que sont analysés les limites et les atouts de la régulation libérale de la PDS. Cette étude pourrait être complétée par une étude de même nature concernant les médecins effecteurs ou les patients.

IV.2 FORCES ET FAIBLESSES DE LA RÉGULATION LIBÉRALE DE L'EURE

IV.2.1 Les points forts de la régulation libérale

IV.2.1.1 Efficacité et reconnaissance de la régulation libérale

Le principe de la régulation de la permanence des soins a été imposé par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 [13]. Les médecins généralistes libéraux ont été incités à participer à cette régulation et se sont rapidement impliqués dans cette nouvelle activité. Ainsi, au 1^{er} janvier 2006, les libéraux participent déjà à la régulation dans 74 des 100 départements [30]. En janvier 2012, il existe une régulation libérale dans 98 départements [23]. En France métropolitaine, le département des Ardennes est le seul à n'avoir pas mis en place un système de régulation libérale, cette dernière étant assurée exclusivement par le SAMU.

Cependant, si les libéraux participent à la régulation dans presque tous les départements, leur participation ne couvre pas toujours l'intégralité des horaires de permanence des soins. En effet, dans près de la moitié des cas, la régulation libérale s'interrompt en nuit profonde, entre minuit et huit heures, la permanence des soins étant alors régulée par le médecin du Centre 15.

Les régulateurs libéraux de l'Eure jugent que leur régulation est plus efficace que celle de leurs confrères hospitaliers pour les appels concernant la permanence des soins. Ainsi, leur participation sur l'intégralité des horaires est présentée comme un point fort de l'organisation du département.

On ne retrouve pas dans la littérature d'étude comparative permettant d'affirmer la supériorité des médecins généralistes libéraux sur leurs confrères hospitaliers pour la régulation des appels relevant de la permanence des soins. Cependant, plusieurs rapports d'évaluation soulignent l'importance de la régulation libérale.

Ainsi, dès mars 2006, le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'administration [19] établit que la régulation libérale est un point fort de la permanence des soins. « *Elle évite une mobilisation intempestive des effecteurs de terrain, elle permet d'orienter l'utilisateur et lorsqu'elle s'effectue en pleine coopération avec le SAMU, elle contribue à répartir de façon optimale les appels* ».

De plus, le rapport d'information dirigé par le député Philippe Boënnec [31] en 2008 reconnaît les compétences spécifiques des généralistes libéraux pour la régulation des appels ne concernant pas d'urgence vitale. « *Une complémentarité existe entre médecins hospitaliers et régulateurs libéraux, ces derniers étant par exemple plus à même de dispenser des conseils médicaux adaptés à des pathologies bénignes et connaissent bien la médication correspondante* ».

Enfin, les régulateurs hospitaliers reconnaissent eux-aussi l'importance de la présence des généralistes libéraux au sein de la régulation. En effet, dans un article paru en 2009, Giroud, président du syndicat « SAMU-Urgences de France » déclare que « *la participation des généralistes à la régulation médicale est un incontestable succès (...). L'action des généralistes permet le développement des conseils médicaux et la limitation des visites à domicile* » [32] (Cette position générale, exprimée par un représentant national, ne saurait exclure certains problèmes locaux ; ainsi dans notre étude, les régulateurs libéraux estiment que leurs compétences ne sont pas suffisamment reconnues par certains de leurs confrères hospitaliers).

Les compétences spécifiques des régulateurs libéraux sont largement reconnues, tant par les acteurs institutionnels que par les hospitaliers. Ces compétences leur permettent d'apporter la meilleure réponse au patient et ainsi de limiter au maximum les consultations inutiles. La régulation libérale est donc doublement bénéfique, pour le patient d'une part et pour la société d'autre part, en terme de limitation des coûts.

Cette reconnaissance confirme l'opinion des régulateurs de l'Eure sur la pertinence d'une régulation libérale continue sur l'intégralité des horaires de permanence des soins et plaide en faveur de sa généralisation à tous les départements.

IV.2.1.2 Régulation déportée

Le nouveau dispositif de permanence des soins dans l'Eure offre la possibilité de la régulation déportée depuis sa mise en place en 2004. Peu de départements proposent cette possibilité au régulateur. Dans son enquête 2012 [23], le Conseil national de l'Ordre n'en recense que 3 (mais oublie curieusement l'Eure, premier département à avoir développé le concept et l'outil). Les régulateurs de l'Eure décrivent des avantages et des inconvénients à la

régulation déportée mais ils sont majoritaires à la pratiquer. Ils considèrent que la possibilité de choisir est un point fort du dispositif.

Plusieurs rapports d'évaluation semblent s'opposer au principe de la régulation déportée et recommandent la présence des régulateurs libéraux et hospitaliers dans un lieu unique, le SAMU-Centre 15. Ils jugent en effet que la présence des généralistes et des urgentistes dans un même lieu permet d'exploiter au mieux la complémentarité des compétences de chacun et d'améliorer la prise en charge des appels. Ainsi, Philippe Boënnec, dans le rapport précité [31], insiste sur la « *nécessaire présence conjointe dans les plates-formes de médecins généralistes et urgentistes* », ce lieu unique permettrait en outre un meilleur partage des données qu'une interconnexion. Il rejoint en cela les conclusions du rapport Grall [20].

L'enquête auprès des régulateurs de l'Eure permet de rejeter ces arguments. Certes une complémentarité existe entre les deux types de régulateurs. Cette complémentarité permet au PARM d'orienter l'appel vers le régulateur le plus compétent en fonction du niveau d'urgence estimé.

Cependant, la régulation d'un appel est un acte individuel et aucun appel n'est pris en charge simultanément par les deux types de régulateur, pour des raisons de compétence propre à chacun des régulateurs d'une part, et pour des raisons pratiques (une conversation téléphonique à trois nuit à la clarté de l'interrogatoire) d'autre part.

Ainsi, lorsqu'il reçoit un appel relevant de l'aide médicale urgente, le régulateur libéral bascule l'appel à son confrère hospitalier, via le PARM. Il n'y a donc pas de contact direct entre les deux régulateurs. Tout s'effectue par transfert d'appel et un tel transfert peut aussi bien se faire depuis le domicile du régulateur libéral pour peu que les outils informatiques soient performants.

Dès lors, on peut conclure que la présence physique dans un même lieu des deux types de régulateur n'apparaît pas indispensable. Il paraît donc légitime d'offrir aux régulateurs libéraux la possibilité d'une régulation déportée.

La régulation déportée permet d'impliquer tous les généralistes d'un département quel que soit l'éloignement du Centre 15. On note que la distance moyenne entre le domicile du régulateur et le Centre 15 est de 41 kilomètres dans l'Eure (en 2009) tandis qu'elle est inférieure à 20 kilomètres en Charente-Maritime (en 2006) et en Maine-et-Loire (en 2007) [33,34].

La régulation déportée paraît particulièrement intéressante dans les départements ruraux où l'agglomération du Centre 15 est peu peuplée et ne peut fournir tous les volontaires nécessaires au fonctionnement du dispositif. À titre d'exemple, une étude réalisée par l'URML d'Aquitaine en 2008 [35] montre que l'éloignement du Centre 15 représente une difficulté pour 95 % des régulateurs de Dordogne et des Landes (départements ruraux). En revanche, en Gironde, ils ne sont que 22 % à s'en plaindre dans la mesure où la plupart des volontaires habitent l'agglomération bordelaise.

Cependant, seuls 23 % des régulateurs aquitains se déclarent en faveur de la mise en place d'une régulation déportée. L'idée de la régulation déportée semble être abordée avec une certaine appréhension. Les régulateurs de l'Eure éprouvaient une réticence semblable lors de la mise en place du dispositif, le fait de se retrouver isolé de l'équipe du SAMU pouvait paraître inconfortable. Aujourd'hui, ils sont cependant majoritaires à profiter de cette possibilité, tout comme en Mayenne où 60 % des régulateurs exercent à domicile [36].

Au vu des avantages de la régulation déportée, il semble justifié d'encourager sa mise en place, notamment dans les départements ruraux. En 2012, pour la première fois, le Conseil national de l'Ordre recommande « *d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur (...) l'intérêt d'une régulation délocalisée au domicile ou en cabinet du médecin* » [23].

IV.2.2 Faiblesses

IV.2.2.1 Le caractère volontaire de la participation

La participation à la régulation libérale repose sur le volontariat. La pratique de cette activité se doit donc d'être suffisamment attractive afin d'assurer l'engagement d'un nombre suffisant de médecins généralistes. Or, la première source de motivation des régulateurs de l'Eure réside dans le rejet de l'ancien système de gardes. Cette source de motivation n'est pas pérenne. Le recrutement des futurs régulateurs ne pourra pas s'appuyer sur le rejet d'un système qu'ils n'auront pas connu ou dont ils auront oublié les contraintes. Il faut donc rendre la régulation plus attractive.

Un moyen évident de rendre plus attractive la régulation libérale est d'en augmenter la rémunération. La nouvelle convention entre médecins libéraux et l'assurance maladie confirme la rémunération à hauteur de 3C de l'heure (actuellement 69 euros). Cette somme est

jugée acceptable par les régulateurs de l'Eure, mais pas particulièrement attractive. Le directeur de l'ARS a le pouvoir de majorer ces rémunérations forfaitaires. Cette disposition est déjà mise en œuvre dans plusieurs régions. Le Nord-Pas-de-Calais prévoit 90 euros de l'heure pour la régulation. En Aquitaine la rémunération atteint 92 euros de l'heure et monte même à 115 euros en nuit profonde.

Par ailleurs, la participation à la permanence des soins et par conséquent à la régulation est définie par la loi comme une mission de service public pour les médecins généralistes de premier recours [21]. Il paraît donc nécessaire de former les étudiants à l'accomplissement de cette mission. La réalisation de gardes effectrices et de régulation libérale durant l'internat de médecine générale pourrait y contribuer. Cela permettrait aussi de lever l'appréhension initiale décrite par les régulateurs au cours de l'enquête et liée à l'absence d'expérience antérieure. Ces mesures auraient vraisemblablement un effet bénéfique sur le volontariat.

IV.2.2.2 Une performance variable en fonction du flux d'appels

Les résultats de l'enquête montrent que la prise en charge d'un appel et la réponse apportée au patient peuvent varier en fonction du flux d'appels. Lors des pics d'appels, le régulateur a moins de temps pour formuler une hypothèse diagnostique. Il adresse donc plus facilement le patient à son confrère effecteur pour limiter le risque d'erreur (« *Il y a un débit qui est beaucoup plus important donc on n'a pas le temps de trop s'attarder le dimanche matin* »).

De plus, en cas d'engorgement, les PARM peuvent adresser directement le patient au médecin effecteur. Ainsi des patients sont adressés chez l'effecteur alors qu'un conseil aurait pu suffire. Or la régulation médicale a pour objectif de limiter au maximum les consultations évitables qui sont préjudiciables au patient et représentent un coût social certain.

Pour que la régulation reste performante, il conviendrait donc d'adapter le nombre de régulateurs à l'intensité de l'activité lorsque celle-ci est prévisible. Or, le rapport d'activité d'ALAUME (cf. II.1.3) montre que l'activité est particulièrement forte le samedi après-midi et le dimanche et très limitée en nuit profonde. Il serait donc bénéfique de prévoir un régulateur supplémentaire pendant ces périodes de forte activité, comme le font déjà certains départements, notamment la Seine-Maritime. À l'inverse, la faible activité pendant la nuit

profonde permettrait une mutualisation interdépartementale, un seul médecin régulant pour toute la région.

Adapter le nombre de régulateurs à l'activité serait un moyen de rationaliser le coût de fonctionnement du système tout en garantissant une réponse optimale pour le patient. En effet, le surcoût lié aux indemnités du second régulateur serait compensé par une diminution des consultations évitables d'une part, et par la diminution des indemnités versées en nuit profonde grâce à la mutualisation régionale d'autre part.

Par ailleurs, durant les périodes de faible activité, certains régulateurs s'endorment entre chaque appel, en particulier lorsqu'ils régulent depuis leur domicile (« *Je régule dans mon lit et je me rendors entre chaque appel* »). Ces endormissements peuvent nuire à la qualité de la régulation. Marc Giroud, président de SAMU de France, souligne que de nombreux échecs de la régulation médicale surviennent au creux de la nuit lorsque le régulateur est subitement réveillé [37]. Il s'appuie sur une étude de Wertz et al [38] qui montre, en 2006, que les performances cognitives immédiatement au réveil sont pires qu'après 26 heures de privation de sommeil.

Cependant, les résultats de l'étude montrent qu'une augmentation de l'activité du régulateur liée à une mutualisation régionale ne serait acceptée qu'en contrepartie d'une augmentation de la rémunération (« *3C de l'heure pour dormir ça va mais 3C de l'heure pour bosser pas question* »). En effet, une nuit de travail sans sommeil imposerait la prise d'une journée de repos le lendemain. Il faudrait donc que la rémunération de la régulation en nuit profonde soit supérieure à la perte de revenu induite par le repos compensateur.

IV.2.2.3 Un manque d'évaluation et de référentiel

Les régulateurs de notre enquête soulignent le manque de retour d'information des effecteurs. Ainsi, les régulateurs peuvent rarement savoir s'ils ont apporté la réponse la mieux adaptée à l'état du patient. Pourtant, les effecteurs ont la possibilité pour chaque consultation de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse du régulateur via le site internet de la PDS.

Un retour systématique d'information permettrait d'analyser les éventuelles mésestimations du niveau d'urgence (par exemple, consultations susceptibles d'être différées

aux heures ouvrables ou renvoi à l'hôpital d'un patient adressé à l'effecteur libéral). Une telle analyse permettrait ainsi d'améliorer les performances de la régulation.

De plus, une évaluation des pratiques à l'échelle nationale pourrait permettre d'établir des protocoles communs à l'ensemble de la régulation libérale. En effet, les régulateurs libéraux de la permanence des soins ne disposent pas de documents de référence pour les aider dans leur activité. La HAS [39] a certes édité des « *Recommandations de bonne pratique* », mais ce guide se limite à définir le rôle des différents acteurs sans apporter d'aide décisionnelle au régulateur.

À l'inverse, il existe des guides proposant des algorithmes décisionnels pour la régulation de l'aide médicale urgente. Ils permettent d'accélérer et d'optimiser la prise en charge des appels par le régulateur hospitalier. L'existence de protocoles établis permet, en outre, d'assurer un fonctionnement plus homogène en uniformisant les pratiques au sein de chaque SAMU. L'absence de protocole validé pourrait expliquer le constat du rapport IGA/IGAS [19] qui décrit des pratiques hétérogènes entre les régulateurs, en particulier d'une région à l'autre.

On peut toutefois penser que la grande diversité des situations rencontrées en médecine générale rendra l'établissement de tels algorithmes décisionnels plus difficile que pour l'AMU.

IV.3 ÉVOLUTION DE LA PDS DANS L'EURE ET PERSPECTIVES D'AVENIR

IV.3.1 Une possible disparition des effecteurs en semaine

Notre enquête révèle que les régulateurs ont le sentiment que leur travail permet d'éviter un grand nombre de consultations qui auraient eu lieu dans l'ancien dispositif de PDS. Ainsi, l'activité des effecteurs aurait particulièrement diminué les soirs de semaine entre 20h00 et minuit, et certains régulateurs s'interrogent sur la nécessité de maintenir un effecteur libéral sur cette tranche horaire. « *Le nombre d'actes le soir a considérablement baissé, à tel point qu'il n'y aura peut-être plus d'effecteur du tout en semaine* ».

Les chiffres d'ALAUME repris par le nouveau cahier des charges du dispositif de PDS [27] attestent de la faible activité les soirs de semaine. Au 2^{ème} trimestre 2011, on recensait une moyenne de 7,9 consultations par soir pour l'ensemble des 12 secteurs, soit une moyenne de 0,66 consultation par secteur, avec un maximum d'1,3 pour l'EOLE d'Évreux et un minimum de 0,3 pour les EOLES de Gisors, de Fleury-sur-Andelle et de Guichainville.

Selon une enquête diligentée par l'URCAM [40], 40% des effecteurs libéraux de l'Eure se plaignent du nombre trop restreint de patients par garde. Ainsi, cette faible activité, liée à la performance de la régulation, pourrait avoir un impact négatif sur le volontariat des effecteurs. C'est le constat que fait l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDS en 2012 : « *La régulation médicale libérale soulage les praticiens d'interventions (...) mais elle tarit tellement leur activité que des praticiens se demandent à quoi bon participer à la garde* » [23].

Face à cette faible activité, deux évolutions peuvent s'envisager. La première consiste à augmenter la taille des secteurs, la seconde à supprimer les gardes libérales effectrices de semaine qui seraient assurées par les services d'urgences.

Réduire le nombre des secteurs existant pourrait permettre d'augmenter mécaniquement l'activité dans chacun des nouveaux secteurs créés. Cependant, au vu de l'activité actuelle sur l'ensemble du département (7,9 consultations par soir), l'éventuel nouveau découpage ne devrait pas excéder 4 secteurs pour garantir à l'effecteur une activité motivante. Mais il y aurait alors deux fois plus de services d'urgences que d'effecteurs libéraux de garde dans le département. Les secteurs atteindraient une taille – et donc une distance moyenne de leur domicile au cabinet de l'effecteur – difficilement acceptable pour le patient. En outre, avec un tel découpage, les patients seraient souvent plus proches du service des urgences que de l'effecteur libéral, ce qui pourrait les pousser à préférer l'hôpital pour des raisons de facilité d'accès.

La deuxième possibilité d'évolution consisterait à supprimer les gardes effectrices libérales le soir entre 20h00 et minuit. Dans ce cas, les patients dont l'état nécessiterait une consultation seraient dirigés par le régulateur libéral vers le service d'urgences le plus proche ; ceci étant possible dans la mesure où les services d'urgences sont bien répartis sur le territoire du département (cf. carte en annexe 1). Les effecteurs libéraux continueraient d'assurer les gardes le week-end, période de plus forte activité. Un tel dispositif n'aurait qu'un faible impact sur l'activité des services d'urgences du département (un patient

supplémentaire par jour et par service en moyenne). Cette option serait moins confortable pour le patient (pas de prise de rendez-vous possible et attente probable) mais rendrait le département plus attractif pour l'installation de jeunes généralistes.

Cependant, la suppression des gardes effectrices le soir pourrait affaiblir la régulation. Les urgences étant libre d'accès, les patients seraient tentés de s'y rendre sans régulation préalable ; le risque étant de voir affluer aux urgences des patients pour lesquels un conseil par téléphone aurait pu suffire. Cette évolution nécessiterait un effort d'éducation vis-à-vis de la population sur le bon usage du système de santé.

Le nouveau cahier des charges régissant l'organisation de la PDS dans l'Eure [27] prévoit l'expérimentation de cette option sur un seul secteur. Pendant deux ans, la garde effectrice de l'EOLE 8 ne sera plus assurée entre 20h00 et minuit par les libéraux mais par le service d'urgences de l'hôpital de Verneuil, lequel aura accès au dossier de régulation d'ALAUME par voie informatique. On peut supposer que l'expérimentation serait généralisée à l'ensemble du département si le dispositif se révèle efficace, à l'image de celui de l'Orne où les gardes effectrices libérales de semaine ont été supprimées [41].

IV.3.2 Vers une meilleure intégration du système de PDS

Dans son étude comparative sur la régulation de la demande de soins non programmés en Europe, Hartmann [42] arrive à la conclusion que la qualité de la régulation de la PDS dépend notamment de la qualité du partage de l'information médicale entre ses différents acteurs.

Nos résultats montrent plusieurs niveaux pour lesquels ce partage d'information n'est pas satisfaisant. Les régulateurs citent l'absence de retour d'information de la part du médecin effecteur alors que le logiciel le permet. Il leur est parfois difficile de joindre leur confrère effecteur. (*« Il y en a un certain nombre qui ne répondent pas, qui laissent le répondeur et qui sont donc injoignables »*.) Enfin, ils déplorent l'absence de communication avec les services d'urgences et l'absence de prime pour les patients adressés par le régulateur par rapport à ceux qui se sont présentés aux urgences en dehors de toute régulation. (*« Ces gens là vont se retrouver dans la masse des gens qui n'ont pas joué le jeu et ils se retrouvent à la case départ »*.)

À chaque niveau, on peut envisager des améliorations de partage de l'information, notamment grâce à l'emploi des nouvelles technologies.

IV.3.2.1 Évolution des communications entre régulateur et patients

En l'état actuel, le régulateur n'a aucun accès au dossier médical du patient. Il ne peut s'appuyer que sur l'interrogatoire du patient, lequel est susceptible, par exemple, d'oublier certains antécédents importants. L'accès au dossier médical contenant les antécédents et les traitements en cours faciliterait sensiblement l'évaluation de l'état du patient et par conséquent l'élaboration d'hypothèse diagnostique.

Ainsi, la régulation souffre du retard pris dans la mise en place du Dossier Médical Personnel (DMP). Créé par la loi du 13 août 2004, ce dossier, conservé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé, doit contenir le suivi des actes et prestations de soin du patient. Il a pour but de faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé, éviter les actes redondants et agir contre les interactions médicamenteuses. L'article L. 1111-17 du Code de santé publique précise que le régulateur a accès à ce dossier (sauf opposition expresse du patient). Le DMP n'est aujourd'hui que dans sa phase de déploiement.

Par ailleurs, les nouvelles technologies de l'information et de la communication ont permis l'émergence de la télémédecine dont les modalités sont définies par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 [43].

L'utilisation de nouvelles technologies pourrait se révéler très utile dans le domaine de la régulation et permettre d'affiner les hypothèses diagnostiques. Le développement de dispositifs médicaux communicants, comme le stéthoscope électronique, et la récupération de paramètres vitaux classiques (pouls, tension, température, fréquence respiratoire), couplés à une caméra haute définition pourraient permettre de pratiquer de véritables téléconsultations. La télémédecine permettra un premier examen clinique sommaire sans déplacement du patient, ce qui est particulièrement intéressant dans un dispositif sans effecteur mobile.

On note que le nouveau cahier des charges de la PDS dans l'Eure [27] prévoit l'équipement des EHPAD d'un système de télésanté permettant télé-expertise et téléconsultation par le centre de régulation. Il prévoit en outre l'accès de la régulation au dossier médical du patient (en attendant la généralisation du DMP). Les modalités de mise en

œuvre ne sont cependant pas précisées par le cahier des charges et resteront conditionnées au développement des technologies.

IV.3.2.2 Évolution des communications entre régulateurs et effecteurs

Comme vu au paragraphe (V.2.2.3), un retour d'information plus systématique de l'effecteur vers le régulateur pourrait permettre une meilleure évaluation de la performance de la régulation.

En outre, on note l'absence de partage d'informations entre la régulation libérale et les services d'urgences. Ainsi, contrairement à l'effecteur libéral, le service d'urgence n'a pas accès au dossier de régulation d'un patient qui lui est adressé par le régulateur libéral. Il n'y a donc pas de différence de prise en charge entre le patient régulé et le patient venu de sa propre initiative, dans la mesure où les services d'urgence n'ont pas les moyens de les différencier.

Le partage d'information pourrait permettre d'envisager une prise en charge prioritaire – à niveau de gravité comparable – des patients adressés par la régulation. En Suède, selon l'étude d'Hartmann [42], la priorité donnée aux patients régulés a pour conséquence une augmentation du recours à la régulation, laquelle permet de diminuer les consultations abusives aux services d'urgences. La Suède applique aussi un ticket modérateur plus important pour les patients se rendant directement aux urgences, afin d'inciter les patients à faire appel au service de régulation.

IV.3.3 Synthèse des propositions d'aménagements

Au niveau national :

- Encourager dans chaque département la mise en place d'une régulation libérale continue sur l'ensemble des horaires de la PDS.
- Favoriser dans chaque département la possibilité d'une régulation déportée.
- Initier les étudiants en médecine générale à la régulation libérale par la pratique obligatoire de gardes de régulation séniorisées durant leur internat.

- Améliorer le partage d'informations entre les différents acteurs de la PDS par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (DMP, télésanté).
- Inciter les patients à recourir systématiquement à la régulation avant de se rendre aux urgences en priorisant, à gravité égale, la prise en charge des patients adressés par le régulateur par rapport à ceux venant de leur propre initiative.

Dans le département de l'Eure :

- Adapter le nombre de régulateurs à l'activité prévisible : ajouter un régulateur en période d'afflux d'appels (samedi et dimanche en journée) et diminuer le nombre de régulateurs par mutualisation régionale en période de faible activité (nuit profonde).
- Favoriser le retour d'information de l'effecteur vers le régulateur afin de permettre une meilleure évaluation de la pratique de la régulation.
- Étudier les possibilités de suppression de l'effecteur libéral les soirs de semaine, en fonction des résultats de l'expérimentation à venir dans le secteur de Verneuil-sur-Avre.

Ces propositions découlent d'une étude sur l'expérience des régulateurs libéraux. Ce travail pourrait être poursuivi par des études qualitatives portant sur les attentes des effecteurs et des patients sur la PDS en général et la régulation libérale en particulier.

V. CONCLUSION

La régulation libérale de la PDS dans le département de l'Eure a été mise en place en 2004, suite au rejet de l'ancien dispositif qui s'est manifesté par les grèves de l'hiver 2001-2002.

Notre étude a permis de déterminer comment les régulateurs s'intègrent à ce nouveau dispositif, notamment en ce qui concerne leur motivation, leur interaction avec les autres acteurs du système ainsi que leur regard sur l'organisation de la PDS et sur leur propre pratique.

Il en ressort que les médecins libéraux présentent des compétences spécifiques pour la régulation de la PDS dans la mesure où les appels relèvent pour l'essentiel de la médecine générale. Ainsi la régulation libérale continue sur l'intégralité des horaires de la PDS apparaît comme un point fort de l'organisation du dispositif dans l'Eure.

La possibilité de la régulation déportée est reconnue comme un autre point fort de l'organisation de la PDS dans le département. Elle permet à tous les médecins de l'Eure de s'impliquer dans la régulation indépendamment des distances et dans un confort supérieur. Elle favorise la participation volontaire des médecins généralistes et apparaît ainsi comme un garant de la pérennité de la régulation libérale.

L'étude a aussi permis de mettre en évidence certaines faiblesses dans l'organisation de la PDS dans l'Eure. La motivation des régulateurs repose en premier lieu sur le rejet de l'ancien système de garde. Cette source de motivation est appelée à s'épuiser progressivement ; ainsi d'autres moyens devront être développés pour maintenir le volontariat et attirer de nouveaux régulateurs. Par ailleurs, on note que le dispositif actuel ne prévoit aucune adaptation du nombre de régulateurs aux variations de flux d'appels. Dans cette optique, le principe de la régulation déportée serait pourtant fortement facilitateur. De plus, la régulation libérale souffre d'un manque d'évaluation. Enfin le partage de l'information entre les différents acteurs peut être amélioré

Pour limiter les faiblesses de la régulation libérale, plusieurs propositions peuvent être envisagées. Les étudiants en médecine générale pourraient être formés à la régulation de la PDS au cours de leur internat, ce qui limiterait l'appréhension liée à cette activité.

La régulation libérale pourrait être mutualisée au niveau régional, un seul généraliste régulant pour toute la Haute-Normandie en nuit profonde. Ceci entraînerait une hausse d'activité ne permettant plus l'endormissement entre les appels, ce qui améliorerait probablement la qualité de la régulation. Cette mutualisation s'accompagnerait d'une hausse de rémunération permettant un repos compensateur sans perte de revenus.

Les patients adressés aux urgences par le régulateur pourraient, à gravité égale, faire l'objet d'une prise en charge prioritaire, ce qui encouragerait les patients au bon usage du système de soins.

Enfin, un meilleur partage de l'information entre les différents acteurs de la PDS, grâce aux nouvelles technologies, devrait permettre d'améliorer la performance de la régulation libérale. La première évolution majeure attendue est la mise en place du DMP. L'accès aux informations de ce dossier apportera une aide substantielle au régulateur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 20 p.
2. Circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
3. Stierle F. *Historique de la médecine d'urgence pré-hospitalière civile en France*, site Web du SAMU 68, [consulté le 17 février 2009], disponible à partir de l'URL http://membres.multimania.fr/cesusamu/appligos/samu/samu.html#Historique_SAMU
4. Menthonnex P., Menthonnex E. Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours, In : Urgences 2010 (Paris, 2-4 juin 2010), p. 569-597
5. Décret n°59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics (JO du 5 août 1959, p.7820)
6. Décret n°65-1045 du 2 décembre 1965 complétant le décret 59-957 du 3 août 1959 par un art. 6-1 (Institution de l'obligation pour certains établissements hospitaliers de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence) (JO du 3 décembre 1965, p. 10843)
7. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (JO du 7 janvier 1986, p. 327)
8. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (JO du 17 décembre 1987, p. 14692)
9. Circulaire n°88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente - Condition d'un partenariat (BO du ministère chargé de la santé n°89/2, p. 179-188)

10. Lucas J. *L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport sur la Commission nationale permanente*, CNOM, 2001, 34 p. [consulté le 25 mai 2009], disponible à partir de l'URL <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/cnppermanencedessoins.pdf?download=1>
11. URLM. *Livre blanc : Organisation de la permanence des soins en médecine libérale*, 2001, 77 p. [consulté le 25 mai 2009], disponible à partir de l'URL http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/livre_blanc.pdf
12. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville (BO du ministère chargé de la santé n°2002-30)
13. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (JO du 16 septembre 2003 p. 15863)
14. Circulaire DHOS/01 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire (BO du ministère chargé de la santé n°2003-50)
15. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (JO du 8 avril 2005 p. 6345)
16. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 1^{er} juin 2005, p. 9765)
17. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (JO du 22 décembre 2006 p. 19315)
18. Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (JO du 28 décembre 2006 p. 19761)

19. BLANCHARD P, DUPONT M, OLLIVIER R, FERRIER C, PRETOT X. *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, Rapport conjoint IGAS n°2006 029 et IGA n°06-007-02, mars 2006
20. GRALL J-Y. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Rapport remis au ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, 2007, 46 p.
21. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO du 22 juillet 2009 p. 12184)
22. Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (JO du 17 juillet 2010 p. 13240)
23. CNOM. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012. [consulté le 22 mars 2012], disponible à partir de l'URL : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/ENQUETE_PDS_2012.pdf?download=1
24. Cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins dans le département de l'Eure, arrêté par le préfet de l'Eure le 6 avril 2004
25. HERMIL JL. LEFEBVRE E. *Démographie médicale, des pistes pour lutter contre une catastrophe organisée*, RMDE, 2006
26. BOUREZ T, GUBIAN S. « Permanence des soins : le projet innovant de l'Eure ». *Revue du praticien*, 2004, 18, n°652/653 p. 637-638
27. Arrêté du directeur général de l'ARS de Haute-Normandie du 8 mars 2012 fixant le cahier des charges régional de permanence des soins ambulatoire (PDSA) de Haute-Normandie. [consulté le 3 mai 2012], disponible à partir de l'URL : <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Cahier-des-charges-de-la-perma.131238.0.html>
28. MOREAU A, DEDIANNE M-C, LETRILLIART L, LE GOAZIOU M-F, LABARERE J, TERRA J-L. « S'approprier la méthode du focus group ». *Revue du praticien*, 2004, 18, n°645, p. 382-384
29. KITZINGER J, MARKOVA I, KALAMPALIKIS N. « Qu'est ce que les Focus Groups ? ». *Bulletin de Psychologie*, 2004, 57 (3), n°471, p. 237-243

30. CNOM. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2006. [consulté le 22 mars 2009], disponible à partir de l'URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/pdsquestionnaire06.pdf?download=1>
31. BOËNNEC P, Rapport d'information sur la permanence des soins, fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, Assemblée Nationale, 21 octobre 2008, 91 p.
32. GIROUD M. La Régulation médicale en médecine générale, *Réanimation*, 2009, Vol 18, n°8, p. 737-741
33. LEMERCIER G. *La Régulation libérale de la permanence des soins : évaluation 2005-2006*, Th D Méd, Université de Poitiers, 2006, 122p.
34. ARNAUD L. *État des lieux de la régulation médicale libérale en Maine-et-Loire*, Th. D Méd, Université d'Angers, 2007, 117p.
35. URML d'Aquitaine. Enquête auprès des régulateurs d'Aquitaine. In : Première journée de la permanence des soins en Aquitaine (Bordeaux, 11 octobre 2008)
36. ADOPS 53. La permanence des soins de la médecine générale en Mayenne, année 2010 : évaluation, 2011. [consulté le 14 octobre 2011], disponible à partir de l'URL : <http://adops53.fr/evaluation2010.pdf>
37. GIROUD M. La Qualité en régulation médicale. In: Congrès Urgences 2007, p. 659-671
38. Wertz A, Ronda J, Czeisler C, Wright K. Effects of Sleep Inertia on Cognition. *JAMA*, January 11, 2006 ; 295 : 163-164
39. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Recommandations de bonne pratique, 2011, [consulté le 7 novembre 2011], disponible à partir de l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_regulation_medicale.pdf

40. SUZOR V, BANSE T, BOUVET-BAZINETTE O et al. Maisons médicales de garde et régulation en Haute-Normandie : évaluation. URCAM de Haute-Normandie, 2006, 84p.
41. Arrêté préfectoral portant validation du cahier des charges fixant les conditions de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de l'Orne signé le 21 février 2008. [consulté le 14 avril 2012], disponible à partir de l'URL : http://www.urml-bn.org/images/stories/pro/COMMISSIONS_PERMANENTES/PDS/ORNE/PDS_Orne_2008_arrrt_prefectoral.pdf
42. HARTMANN L, ULMANN P, ROCHAIX L. «Régulation de la demande de soins non programmés en Europe» Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, *Revue française des affaires sociales*, 2006/2 n°2-3, p.91-119
43. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (JO du 21 octobre 2010, p.13)

ANNEXES

Annexe 1 : Carte des secteurs de garde de l'Eure



Secteurs de Garde des Médecins Généralistes

© INSEE 1999 - IGN 1999



Informations

- Superficie : 6 040 km²
- Population : 541 054 hab.
- Nombre d'arrondissements : 3
- Nombre de cantons : 43
- Nombre de communes : 675

Légende

- Limite d'arrondissement
- Limite de canton*
- Limite de commune

* Cantons composés de communes entières uniquement

EVREUX : Préfecture
Bernay : Sous-préfecture
Amfreville-la-Campagne : Chef-lieu de canton

■ Hôpital possédant un service d'urgence

Annexe 2 : Guide d'entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN

- **Accueil des participants**

- Présentations et remerciements ;
- Description de l'étude et de ses objectifs ;
- Explication de la méthode et des règles de l'entretien

- **Questionnaire :**

- Comment êtes-vous devenu régulateur ?
 - *Améliorer le système de soin ? Devoir déontologique ? Recherche de rémunération ?*
- Comment jugez-vous le nouveau dispositif de PDS ?
 - *Comparaison avec l'ancien système, performance, organisation géographique, horaires des effecteurs et des régulateurs.*
- Quelles sont vos relations avec vos collègues de la PDS ?
 - *PARM, régulateurs hospitaliers, effecteurs.*
- Comment les patients ont-ils réagi au changement de dispositif ?
 - *Attentes et satisfaction des patients ?*
- Où pratiquez-vous la régulation ? Quels critères de choix ?
- Comment se pratique concrètement la régulation ?
 - *Appréhensions et difficultés ? Influence de la présence ou non d'un effecteur libéral ?*

Annexe 3 : Tableaux des codes et catégories

Tableau 1 : Motivations

				THEME
				MOTIVATIONS
CODES	CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	
actes injustifiés charge de travail survie de la profession	changement de dispositif	changement de dispositif de PDS nécessaire pour rationaliser et limiter les contraintes	«Ces gens-là ne pouvaient plus tenir cette charge et toutes ces contraintes»	
amélioration qualité de vie marché	volontariat = contrepartie	volontariat vu comme la contrepartie de l'amélioration de la qualité de vie	«C'était un deal avec le préfet : si on voulait remettre en cause notre mode de pratique sur le terrain, il fallait s'impliquer dans la régulation»	
implication dans la grève dette vis-à-vis des meneurs	grève de 2001	engagement dans la régulation conséquence directe de la grève	«J'étais quand même redevable vis-à-vis de ceux qui s'étaient investis...rien que pour les remercier, j'ai décidé de faire partie des médecins régulateurs»	
devoir déontologique médecin de 1er recours	mission professionnelle	engagement dans la régulation pour répondre à une mission professionnelle	«Ça faisait partie de ce que l'on doit faire quand on est médecin (...) Moi j'estime qu'on a un peu une obligation déontologique»	
diversification garde administrative gout pour l'exercice	bénéfice personnel	engagement dans la régulation pour trouver des bénéfices personnels	«Ça permet de se renouveler un petit peu dans son exercice, de retrouver de la motivation»	
attrait de la rémunération rémunération accessoire	rémunération	influence de la rémunération sur le volontariat	«Moi je suis purement vénal, je fais ça pour gagner de l'argent. Je travaille a priori pour gagner de l'argent, notamment la nuit»	
responsabilité stress	freins	freins supposés au volontariat	«Le principal frein pour réguler, enfin pour en avoir discuté avec mes collègues, ils considèrent que c'est stressant, il y a une responsabilité importante»	

Tableau 2 : Regard sur l'organisation du dispositif de PDS

CODES		CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	SOUS THEME	THEME	
activité nuit profonde	nécessité effecteur de nuit	horaire garde effectrice	pertinence des horaires de la garde effectrice	«Si on voit l'activité sur le département, l'effecteur de nuit n'est pas justifié»	pertinence de l'organisation de la garde effectrice	REGARD SUR L'ORGANISATION DU DISPOSITIF PDS	
suppression effecteur soir	sectorisation forte	sectorisation	pertinence du découpage en secteurs du département	«On voit qu'il y a de grosses inégalités entre chaque EOLE, il y en a où il n'y a pas grand-chose à faire le week-end et d'autres où ça tur-bine»			
distance patient/effcteur	disparité d'activité	absence de visite	pertinence et conséquences de l'absence de visite à domicile	«La personne âgée qui ne peut pas bouger, on lui envoie un transport qui l'emmène à l'hôpital (...). Là, on a l'ambulance facile»			
isolement des patients	transport personnes âgées	maison médicale de garde	vision (et rejet) des maisons médicales de garde	«Les maisons médicales, moi, je suis particulièrement contre (...). Ça coûte une fortune...c'est une aberration économique»			
patient en fin de vie	coût des MMG	devoir déontologique	devoir d'assurer en permanence une réponse de type médecine générale	«Je trouve que c'est un peu notre devoir de continuer à réguler... on ne peut pas ne pas apporter de réponse à la population»			
MMG = argument electoral	MMG source de contrainte	compétences spécifiques	compétences spécifiques des médecins généralistes pour la régulation de la PDS	«On sait les rassurer, les calmer, parce qu'on fait ça toute la journée dans notre cabinet ; je ne suis pas certain qu'un médecin du 15 aura cette faculté»			
densité de population	réponse MG continue	maintien rémunération attractive	influence de la régulation en nuit profonde sur l'attractivité de la rémunération	«On considère qu'on n'est pas très bien payé en début de nuit et plutôt mieux payé en deuxième partie de nuit, si on supprime la deuxième partie de nuit, ça devient tout de suite beaucoup moins intéressant»			
absence effecteur nuit	nature des appels	régulation AMU	intérêts d'offrir la possibilité de régulation déportée	«Moi, j'habite à plus d'une heure d'Evreux, je ne régulerai pas s'il n'y avait pas la régulation déportée»			
compétences supérieures infirmières régulatrices	compétences supérieures infirmières régulatrices	compétences supérieures infirmières régulatrices					nécessité d'une régulation libérale continue
régulation AMU	régulation AMU	régulation AMU					régulation déportée
rémunération nuit profonde	activité nuit profonde						
distance centre 15	remplacement régulateur mutualisation	remplacement régulateur mutualisation					
crise sanitaire	crise sanitaire	crise sanitaire					

Tableau 3 : Critères déterminant le choix du lieu de régulation

CODES		CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	SOUS THEME	THEME
opposition à RD difficulté d'appréciation stress lié à RD	réitence initiale	vision à priori de la régulation déportée (RD)	«Je n'avais pas mesuré la différence que ça pouvait être. Je n'étais pas plus convaincu que ça : et je le reconnais, c'était un défaut d'appréciation»	vision à priori de la RD	CRITÈRES DÉTERMINANT LE CHOIX DU LIEU DE RÉGULATION	
	confort matériel	avantage de la régulation déportée en matière de confort	«Je règle dans mon lit et je me rendors entre chaque appel»	avantages de la régulation déportée		
	temps mis à profit trajet au centre 15 environnement sonore pics d'appels	confort en RD qualité de l'exercice	avantage de la RD en matière de qualité d'exercice	«À domicile, il n'y a pas de conversation parasite autour... Au 15 le niveau sonore est réhibitoire»		avantages de la régulation au centre 15
esprit d'équipe communication non verbale complicité PARM	régulation au centre 15	avantage de la régulation au centre 15	«J'apprécie, quand je suis au 15, de pouvoir communiquer visuellement et avec des signes avec les PARM. Ça permet déjà d'éviter certaines choses»	avantages de la régulation au centre 15	autres critères	
	maîtrise informatique nécessité ADSL panne technique	influence des technologies sur le choix du lieu de régulation	«Je suis totalement nul en informatique alors je règle au SAMU»	autres critères		
	activité week-end	influence du jour et de la charge de travail attendue	«Le dimanche c'est lourd, et moi je préfère aller là-bas»			

Tableau 4 : L'exercice de la régulation

CODES		CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	SOUS THEME	THEME
expériences préalables qualité de la formation	spécificité de la régularisation	appréhension de la régulation	description de l'initiation à la régulation	«Au départ, j'étais un peu dans l'inconnu, je ne savais pas trop ce que c'était»	approche de la régulation	L'EXERCICE DE LA REGULATION
nombre de régulateurs	influence du flux d'appels sur la réponse apportée	«J'ai l'impression d'être plus serré que le PARM... donc les patients sont pris en charge différemment en fonction de sur qui ils tombent»				
			erreur de régulation	influence du jour et heure de l'appel sur la réponse apportée	«Le problème c'est que le samedi après-midi, si on conseille, c'est un conseil qui doit tenir jusqu'au lundi, c'est difficile»	
incertitude = recours effecteur	influence des souhaits supposés de l'effecteur sur la réponse	«Le week-end, il y a un type derrière qui est là pour bosser, qui a envie de bosser»				
			débit des appels	influence de la localisation du patient sur la réponse apportée	«Il y a aussi le facteur distance : parfois, l'effecteur est à l'extrémité du secteur et le patient est à un endroit vraiment très loin alors que l'hôpital est plus accessible»	
régulation PARM	difficulté à évaluer le patient psychiatrique	«Apprécier le vrai risque, en tant que régulateur, c'est quasiment impossible entre les hystériques et les réels suicidaires»				
			délais accès médecin traitant	difficulté à donner une réponse satisfaisante aux patients en fin de vie	«On est quand même un petit peu embêté d'envoyer quelqu'un qui souhaite mourir à domicile... de l'envoyer à l'hôpital»	
rémunération effecteur	difficulté engendrée par une mauvaise qualité de communication	«Les moments de stress de mes régulations, c'est quand je commence à ne plus bien entendre ce qui se dit au bout du fil.»				
			effection en semaine	compréhension		
effection week-end						
			distance patient / effecteur			
sectorisation forte						
			patient psychiatrique			
attente aux urgences						
			absence de visite patient en fin de vie			
qualité sonore						

Tableau 5 : Relations avec le patient

CODES		CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	THEME
demandeurs d'actes patient exigeant		relation avant réforme	perception de la relation avec le patient avant la réforme de la PDS	«Honnêtement, ils n'appelaient pas pour un conseil, c'était une demande d'acte»	RELATIONS AVEC LE PATIENT
agressivité initiale manque d'information		adaptation à la réforme	réaction des patients à la mise en place du nouveau dispositif	«Au début, on n'arrêtait pas de se faire engueuler, incendier au téléphone. On nous disait : alors oui, on n'a qu'à crever.»	
patient compréhensif absence d'alternative vieillissement des médecins		évolution de la relation	évolution de la relation entre le régulateur libéral et les patients	«Les gens se sont adaptés au nouveau système. Ils sont souvent plus patients, plus compréhensifs. Voilà, je trouve que ça se passe de mieux en mieux»	
manque d'éducation patient anxieux appels abusifs manque de responsabilisation		éducation du patient	vision des patients et de leur éducation médicale	«J'ai l'impression que c'est toujours les mêmes, les patients qui me disent le lundi qu'ils ont fait appel au système de garde pendant le week-end, ce sont toujours les mêmes»	

Tableau 6 : Relations avec les autres acteurs de la permanence des soins

CODES		CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	SOUS THEME	THEME
compétence PARM	relation PARM	évaluation	description des relations avec les PARM et évaluation	«Les appels sont pris en première ligne par les permanencières qui font quand-même bien leur travail»	relation avec les autres acteurs de la régulation	RELATION AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS
implication variable						
importance relation						
agressivité PARM/patient	relation 15	description des relations avec le régulateur hospitalier	«Les hospitaliers, ils ont l'impression qu'ils savent faire ce qu'on fait, ce qui est la base ; mais eux ils savent en faire plus»			
reconnaissance des compétences						
expérience avec SMURiste	relation effecteur libéral	description des relations avec l'effecteur libéral	«On ne sont pas contactables, et évidemment, comme ça ils ne sont pas ennuyés par les demandes de visite»	relation avec les acteurs de terrain		
régulateur 15 accessible						
absence de connivence						
joindre l'effecteur libéral	relation effecteur public	description des relations avec les services d'urgence	«On va les envoyer dans un service porte (...) et ces gens-là vont se retrouver dans la masse des gens qui n'ont pas joué le jeu et ils se retrouvent à la case départ. Moi je trouve ça scandaleux»	relation avec les acteurs de terrain		
demandes exceptionnelles						
attente aux urgences						
accès prioritaire	relation pharmacie	description des relations avec les pharmaciens de garde	«Les pharmaciens attendent que les médecins aient fait leur liste de garde avant de faire la leur»	relation avec les institutions publiques		
concordance gardes						
liste de garde						
téléprescriptions	reconnaissance des institutions	difficulté à dialoguer avec les institutions faute de représentant identifiable	«On n'est rien du tout par rapport au poids des hospitaliers dans les décisions politiques. C'est le problème de notre profession, on n'est pas crédible»	relation avec les institutions publiques		
manque de représentativité						
hospitalo-centrisme	valeur rémunération	perception de la valeur de la rémunération en tant que reconnaissance du travail fourni	«Je me permets de vous rappeler que nous sommes payés que 66 euros de l'heure pour du travail de gens qui ont un doctorat du troisième cycle avec une très haute responsabilité... pour servir la main d'un avocat, tu paies déjà 200 euros...»	relation avec les institutions publiques		
rémunération/charge travail						
rémunération/qualification						

Tableau 7 : Performances et limites du système

CODES	CATEGORIES	DESCRIPTIFS	ELEMENTS DE DISCOURS	SOUS THEME	THEME
qualité de vie	conséquences effecteur	conséquences du nouveau dispositif pour les médecins effecteurs	«Grâce à ce système, la vie des médecins dans les campagnes et dans les autres villes du département devient beaucoup plus confortable»	conséquences pour le médecin	PERFORMANCES ET LIMITES DU SYSTEME
charge de travail effecteur					
charge de travail en régulation	conséquences régulateur	conséquences du nouveau dispositif pour les régulateurs libéraux	«Il y a quand même des soirs où on n'a pas envie de réguler alors qu'on est de garde, mais une des satisfactions c'est de se dire : "j'en bave ce soir mais les autres dorment". Voilà, c'est ça qui me fait continuer»	conséquences pour le patient	
repos compensateur					
satisfaction			«On a une bonne réponse des patients (...) Il s'avère que les gens sont globalement satisfaits»	conséquences pour la société	
solidarité confraternelle					
satisfaction patient	conséquences patient	conséquences du nouveau dispositif pour le patient	«On sait les rassurer, les calmer parce qu'on fait ça toute la journée dans notre cabinet (...). Le régulateur du 15, les gamins qui ont de la fièvre, il les emverrait tous aux urgences»	conséquences pour la société	
qualité des soins					
médecin traitant performant			«Grâce à notre système, on peut espérer qu'on va pouvoir ramener des jeunes généraliste dans notre département»	conséquences pour la société	
compétences supérieures	efficacité	performance du dispositif en matière de dépenses de santé	«Si pendant les 3 mois qui viennent, il n'y a plus d'effecteur ni de régulateur libéral, je ne suis pas sûr qu'on aura une augmentation de la mortalité nocturne ou infantile dans l'Eure»		
absence effecteur = économie					
coût des MMG	démographie médicale	effet supposé du nouveau dispositif sur la démographie médicale			
charge de travail effecteur	santé publique	effet du nouveau dispositif en matière de santé publique			
attractivité installation					
prolongement activité					
morbi-mortalité					

RÉSUMÉ

Introduction : La régulation systématique de la permanence des soins est une activité récente à laquelle les médecins généralistes libéraux sont invités à participer sur la base du volontariat.

Objectif : Déterminer comment les régulateurs libéraux de l'Eure s'intègrent dans ce nouveau dispositif afin d'en relever les forces et les faiblesses et proposer des aménagements.

Méthode : Étude qualitative par analyse d'entretiens collectifs (focus groups) de médecins généralistes participant à la régulation libérale dans le département de l'Eure.

Résultat et discussion : Le nouveau dispositif de PDS dans le département de l'Eure, dont la régulation est le pivot, a permis de réduire sensiblement la charge de travail des médecins effecteurs. La participation des généralistes à la régulation libérale est jugée essentielle en raison de leurs compétences spécifiques. La motivation des régulateurs repose essentiellement sur le rejet de l'ancien système de garde et devra être soutenue. La possibilité de la régulation déportée permet d'impliquer tous les médecins du département et favorise le volontariat. La régulation libérale souffre d'un manque d'évaluation et le partage de l'information entre les différents acteurs de la PDS reste à optimiser. Dans un premier temps, la mise en place du Dossier Médical Personnel devrait faciliter la tâche des régulateurs.

Conclusion : Le dispositif actuel est jugé satisfaisant par les régulateurs de l'Eure. Une mutualisation à l'échelon régional et une meilleure intégration entre les différents acteurs permettraient de l'améliorer.

Mots-clés : médecine générale, permanence des soins, régulation téléphonique, étude qualitative, focus groups, Eure
