

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

LEFRANCOIS Clémence

Née le 21 juillet 1991

à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 JUIN 2019

**LES DIFFICULTES ACTUELLES ENGENDREES PAR LA  
REGULATION : QUEL RESSENTI POUR LES MEDECINS  
LIBERAUX REGULATEURS AU SAMU DE ROUEN ?**

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Bertrand DUREUIL

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur MARECHAL-DINELLI Anne

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur JOLY Luc-marie

Madame la Professeur MAUVIARD Elisabeth

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
<b>MUIR</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive

Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

### **PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mme Isabelle <b>LEROUX - NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie

Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

#### **ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Mme Anaïs <b>SOARES</b>	Bactériologie
-------------------------	---------------

#### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Sophie <b>MOHAMED</b>	Chimie Organique
---------------------------	------------------

## LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique



### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES MEDECIN GENERALISTE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Serguei <b>FETISSOV</b> (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

### **CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ – Saint Julien Rouen*

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 Bertrand DUREUIL,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY,

Vous répondez toujours présent quand il s'agit de soutenir et défendre les intérêts de vos DESCMU. Soyez assuré de mes remerciements les plus sincères.

À Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,

Vous avez spontanément accepté de faire partie de ce jury. Votre aide et conseils pour la préparation des ECOS dans la bonne humeur furent précieux. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Madame le Docteur MARECHAL-DINELLI Anne,

Tu m'as accompagnée durant 1 an, toi le médecin généraliste aux multiples casquettes. Ton sens du devoir et ta disponibilité envers tes patients me rendent admirative. Tu m'as fait la gentillesse d'accepter de me superviser sur ce sujet de thèse qui me tenait à cœur. Tes idées et ton expérience m'ont guidée tout au long de ce travail. Reçois dans l'accomplissement de ce dernier, ma profonde reconnaissance.

Aux Médecins régulateurs libéraux du SAMU 76 de Rouen,

Merci de vous être rendus disponibles et de vous être confiés à moi avec autant d'enthousiasme et de partage.

A ma famille et mes amis,

-A mes parents qui me soutiennent depuis toujours et qui sont extraordinaires. Votre amour protecteur fait de moi une personne très chanceuse.

-A mon frère « toto », mon frère jumeau Guillaume. Je serai toujours là pour toi. Merci pour ton travail de relecture et tes conseils avisés.

-A Corentin, 5 ans que je conjugue ma vie à la tienne. Tu l'embellies en tout point. Merci d'être là, je mesure ma chance de t'avoir à mes côtés ! Ah grou grou fort fort !

-Sarah, mon tout petit, mon bonheur infini. Nos retrouvailles lactées du soir est mon moment préféré de la journée. Tu es un amour de bébé et je t'aime au-delà de tout.

-A ma famille, mes oncles et tantes, cousins et cousines, petits cousins et petites cousines : vous êtes loin de moi par la distance mais mes pensées vous accompagnent souvent.

-A mes amies Nénette et Méli. Nous sommes le trio de choc, ma blonde et ma brune, celles qui seront toujours là.

-A tous ceux qui font partie de ma vie et qui participent à la rendre joyeuse : mon amie d'enfance Lulu, nos amis qui sont comme la famille : Nicolas, Lise, Paul. A notre très chère colloc : Iannou , Amélie Cécilia et Elie .

-A mes collègues rencontrés durant cet externat /internat : Ségolène, Louise, Nicolas, Maxime, Bérénice, Guillaume, Betty et bien d'autres. Mention spéciale à Margaux qui excelle quand il s'agit de corriger l'orthographe et la syntaxe d'une thèse ! Merci pour ton aide précieuse.

- Aux médecins, infirmiers, aides-soignants, manip radio etc. qui m'ont encouragée et m'encouragent encore à poursuivre mes études. J'apprends chaque jour à vos côtés.

-Enfin une pensée pour ceux qui ne sont plus là : Mamie et Papi Ulan , Papi Snow, Papinou. Mamie, toi qui m'as fait grandir et m'a donnée tellement d'amour, tu me manques beaucoup ....

## ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ARM : Assistant de Régulation Médicale

AMU : Aide Médicale d'Urgence

CRRA : Centre de Réception et Régulation des Appels

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente

CMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS : Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MLR : Médecin Libéral Régulateur

MG : Médecin Généraliste

MMDG : Maisons Médicales De Garde

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDSA : Permanence D'accès aux Soins Ambulatoire

PDS : Permanence D'accès aux Soins

# SOMMAIRE

Introduction.....

Généralités.....

1) Historique.....

2) La Régulation médicale.....

a. Qu'est-ce que la régulation médicale téléphonique ?.....

b. Quels en sont les différents acteurs ?.....

c. Quel est son rôle et ses missions ?.....

d. Quelles sont les réponses possibles ?.....

3) Le Médecin généraliste, régulateur au sein de la PDSA.....

a. Sa place et son rôle.....

b. Sa formation.....

c. Son devoir et ses responsabilités.....

d. Sa rémunération.....

4) Le Climat médiatique.....

Matériel et Méthode.....

1) Objectif principal de l'étude.....

2) Justification de la méthode qualitative et description.....

3) Justification de l'entretien semi dirigé.....

4) Taille de l'échantillon .....

5) Population étudiée.....

6) Présentation de l'échantillon.....

7) Guide d'entretien et postulats de départ.....

8) Mode de recrutement .....

9) Lieu de déroulement des entretiens.....

10) Déroulement des entretiens.....

11) Retranscription des données.....

12) Méthode d'analyse des résultats.....

13) Le codage ouvert.....

14) Saturation des données.....

15) Le logiciel NVIVO

10.1.10.....

16) Méthodologie de la recherche bibliographique.....

## Résultats.....

- 1) Description du profil des participants.....
- 2) Analyse par le logiciel NVIVO .....

## L'avenir.....

- 1) Inquiétude et pessimisme.....
- 2) Un devoir.....
- 3) Une baisse de la participation.....
- 4) Optimisme.....

## Les difficultés.....

- 1) Le relationnel.....
- 2) Les responsabilités.....
- 3) La charge de travail.....
- 4) La fatigue et pénibilité.....
- 5) Une tâche difficile.....
- 6) Le manque de moyens.....

## La façon de réguler.....

- 1) Réaction.....
- 2) La prudence.....
- 3) Limiter les coûts.....
- 4) Leur disponibilité.....  
A l'écoute.....

## Moins patients.....

- 5) L'influence des ARM.....
- 6) Un changement.....

## Les horaires.....

- 1) Les secondes parties de nuit.....
- 2) Le volontariat.....

## Les injures et violences verbales.....

- 1) Quotidiennes .....
- 2) Les menaces.....



3) Un mal en régression.....

**Les locaux.....**

1) Une ambiance bruyante.....

2) Satisfaction.....

**La motivation.....**

1) Action et Adrénaline.....

2) Un travail d'équipe.....

3) Un attrait financier.....

**La réforme.....**

1) Incompréhension et colère.....

2) Une inquiétude .....

3) Une surcharge des urgences à venir.....

**La rémunération .....**

1) Satisfaction .....

2) Insatisfaction .....

**Le ressenti.....**

A propos de l'affaire de Strasbourg.....

1) Une fatalité.....

2) Des consignes données.....

3) L'impact des médias.....

4) L'apriori.....

5) La communication, clé du changement.....

6) L'ambiance.....

**Discussion.....**

1) Mon ressenti.....

2) Les limites et points forts de l'étude.....

3) La littérature en parallèle.....

**Conclusion.....**

**Annexes**.....

Annexe 1 Abréviations.....

Annexe 2 Guide d’entretien final.....

Annexe 3 Mail de présentation .....

Annexe 4 Affaire médiatique de régulation.....

Annexe 5 SAMU : « Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé » mai 2018 .....

Annexe 6 Bibliographie.....

Annexe 7 : Analyse NVIVO.....

Annexe 8 Entretiens semi dirigés dans leur totalité : Exemple de M15,M3.....

# Introduction

La régulation téléphonique de la permanence de soins au sein des centres 15 est sans nul doute un exercice périlleux, exigeant et épuisant aussi bien physiquement que psychologiquement.

Faisant partie intégrante de la permanence d'accès aux soins, cette activité se définit par la capacité du médecin libéral, via les numéros d'appel 116 117 ou 15, à orienter le patient vers un médecin de garde (mobile ou non) ou vers un médecin hospitalier (urgences hospitalières ou médecin du SAMU) et / ou à dispenser des conseils médicaux(1).

Cet exercice particulier de la médecine a été mis à mal depuis plusieurs années, notamment avec une diminution du nombre de Médecins régulateurs due entre autres au vieillissement démographique et surtout à une augmentation toujours plus forte du nombre d'appels et l'apparition régulière de polémiques relayées par les médias.

Récemment la communauté médicale a réagi et a poussé un cri d'alarme en publiant son manifeste(2). En parallèle, le Ministère de la santé a annoncé les bases de son plan santé 2019.

En donnant la parole aux médecins régulateurs de la permanence de soins (PDS) 76 en 2018-2019, notre étude avait pour intérêt premier de recueillir le ressenti actuel des professionnels de santé dans un contexte médiatique difficile et à l'aube d'une réorganisation de la PDS par l'ARS. Secondairement notre but était d'évaluer les éventuelles modifications d'exercices mises en place par certains régulateurs ces derniers mois et d'aborder leurs revendications.

Afin d'être le plus objectif possible, la méthodologie de notre étude se devait de retranscrire fidèlement le climat en s'appuyant directement sur les acteurs principaux que sont les régulateurs libéraux.

Etant actuellement en formation pour devenir urgentiste, ce sujet m'est apparu comme l'occasion de rappeler la nécessité d'une collaboration étroite entre le monde hospitalier et libéral.

# Généralités

## 1) Historique

Les premières équipes mobiles de réanimation française ont vu le jour grâce au Professeur Maurice Cara en 1955, à la période d'épidémie de poliomyélite, devant la nécessité de transporter les patients sous ventilation artificielle dans les centres hospitaliers équipés de service réanimation.

A cette époque, l'urgentiste régulait lui-même son unique UMH (Unité Mobile Hospitalière).

En 1965, ces équipes se sont multipliées dans toute la France, et un décret définit officiellement le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), attaché aux hôpitaux.

Le SAMU pour Service d'Aide Médicale Urgente est né le 16 juillet 1968 à la suite d'une délibération de la commission administrative des Hôpitaux de Toulouse.

L'acte de naissance du SAMU est donc toulousain.

C'est le professeur Louis Lareng, spécialiste en anesthésie réanimation, qui avait théorisé et travaillé à la mise en place de cette organisation hospitalière nouvelle. Il s'agissait d'inventer la gestion de l'urgence extrahospitalière (c'est-à-dire en dehors de l'hôpital). Une révolution pour l'époque où l'on privilégiait « l'hôpital fermé ». Le Pr Lareng disait alors : « Il faut amener l'hôpital au pied de l'arbre ». Une nécessité devenue de plus en plus criante face à l'hécatombe sur les routes que connaissait le pays dans les années 70.

L'exemple Toulousain a par la suite été généralisé à tout le pays.

Voyons en détails les textes de lois ayant émaillé l'évolution du SAMU et plus précisément l'évolution de la régulation médicale libérale.

-Dès 1974, dans certaines régions, des médecins généralistes libéraux participent à la régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers, jusqu'à en 2006 pour les régions les plus tardives.

-En 1978, une décision interministérielle crée le 15, numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales.

-Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) ont été créés officiellement en 1986 (Loi du 06/01/1986).

-L'évènement marquant qui a perturbé les CCRA est la grève des gardes des médecins généralistes libéraux de 2001-2002 ayant générée une saturation des urgences.

Monsieur Mattei, le ministre de la santé de l'époque, demande alors un rapport sur l'état des lieux de la permanence des soins en France.

A partir des travaux de ce rapport confié au sénateur Descours(3) en 2003, la PDS ambulatoire est définie.

-En parallèle et en attente de ce fameux rapport, la circulaire de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins) de 2002 a permis déjà de reconnaître la permanence des soins comme une mission de service public.

Elle a mis en place un renforcement de la régulation par les médecins libéraux : l'augmentation des appels lors de la grève concernait majoritairement des problèmes de médecine générale. Les médecins généralistes sont inscrits désormais sur la liste d'astreintes pour la régulation sur la base du volontariat.

-La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par la DHOS en 2007, pour élaborer des recommandations de bonne pratique (RBP) sur la régulation(1).

Ces recommandations de bonnes pratiques ont été demandées pour favoriser l'homogénéité de la régulation entre professionnels sur toute la France, et améliorer ainsi la qualité de la réponse apportée aux patients.

En 2011 ces recommandations ont été rendues publiques.

Chaque étape de la régulation y est codifiée et donne lieu à des consignes de fonctionnement.

-Un décret du 22 juillet 2016 précisait les modalités de mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. Il s'agissait en l'occurrence de mettre en œuvre l'article 75 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Celui-ci prévoyait en effet que "la régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente"

Le 116-117 est opérationnel depuis le 5 avril 2017 dans les Pays-de-la-Loire, la Corse et la Normandie. Il a été instauré par la ministre de la santé de l'époque Madame Touraine. Il devait être généralisé fin 2017 sur tout le territoire.

Ce numéro permet de contacter un médecin régulateur de garde uniquement lors des horaires de fermeture des cabinets, c'est-à-dire les soirs à partir de 19 heures, le week-end à partir du samedi midi et les jours fériés. En journée durant la semaine, le numéro n'est donc pas accessible.

-En mars 2010, un décret avait augmenté les horaires dédiés à la PDS : le samedi dès midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

-Le 116-117 est techniquement étendu dans tout le reste de la France, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ayant demandé, en 2017, à l'ensemble des ARS à ce que les SAMU assurent le rebasculement des appels du 116-117 aux plateformes du centre 15. Les ARS ont cependant précisé qu'aucune communication grand public n'avait été mise en œuvre pour accompagner ce dispositif, dans l'attente d'un arbitrage national sur son développement ou son abandon. Comme le souligne la Cour des comptes « à ce jour, l'extension de ce projet est suspendue dans l'attente des conclusions d'une mission confiée à l'IGAS et à l'IGA, visant à définir des scénarios de plateformes communes de réception des appels d'urgence »

-Récemment des modifications propres à la région Haute Normandie sont apparues :

A partir du 1er janvier 2019, a été mis en place une expérimentation au titre de l'élargissement des horaires de la PDSA : une régulation médicale le samedi matin en fonction de la ressource médicale est disponible.

Au 1er janvier 2019 également, en Seine Maritime, seules les maisons médicales de garde (MMDG) à partir de 20h de Dieppe, Neufchâtel en Bray Rouen et le Havre resteront ouvertes en semaine.

C'est la conséquence d'une décision de l'ARS de Normandie qui ne conserve que les médecins de garde (libéraux) de :

- Dieppe
- Le Havre
- Rouen
- Le Petit Quevilly
- Neufchâtel En Bray

Elise Noguera, directrice générale de l'ARS de Normandie, a justifié ces suppressions par une harmonisation des soins nocturnes à l'échelle de toute la Normandie et par le faible nombre de consultations constaté dans certains secteurs :

« Sur ces points de gardes supprimés depuis le 1er janvier 2019 il y avait très peu de consultations et nous étions, en moyenne, dans des volumes d'une consultation en début de nuit ce qui correspond à une faible activité »

Enfin il était question de l'alignement des honoraires selon la vacation jour/nuit(4).

La régulation médicale téléphonique est l'un des socles de la permanence de soins.

## 2) La régulation médicale

### a. Qu'est-ce que la régulation médicale téléphonique ?

Selon la HAS(1) il s'agit d'un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur. Le patient, naturellement inquiet, se confie au médecin dans un « colloque singulier ».(5)

### b. Quels en sont les différents acteurs ?

-Le médecin régulateur (de l'Aide Médicale d'Urgence ou de la PDSA) qui s'appuie en premier lieu sur les Assistants de Régulation médicale (ARM).

-Les ARM :

Ce sont eux qui reçoivent l'appel et ils constituent donc la première ligne du maillage.

Leurs rôles consistent notamment à renseigner des éléments non médicaux et le motif de recours, puis à orienter l'appel au médecin de la PDS ou de l'AMU.

Lors de la réception initiale d'un appel, l'ARM procède de façon méthodique :

Il note ou valide systématiquement le maximum de coordonnées : téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention (ville, route, rue, pavillon, immeuble, étage, code, etc.), coordonnées du médecin traitant, etc. ;

Il prend connaissance du motif de l'appel, des attentes et des circonstances, écoute avec attention l'appelant, pose des questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à son interlocuteur.

Il note les caractéristiques du patient : âge, sexe, poids (en particulier chez l'enfant).

Cette tâche peut revêtir une toute autre proportion quand l'ARM a la possibilité d'engager immédiatement le Service départemental d'incendie et de secours de la Seine-Maritime (SDIS), sans validation préalable par le médecin régulateur qui en est bien évidemment immédiatement tenu informé.

### c. Quel est son rôle et ses missions ?

La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher, dans les meilleurs délais, la réponse médicale la plus adaptée à la situation médicale décrite par téléphone.

La régulation médicale a aussi pour mission de :

-S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en respectant le libre choix de la personne ;

-Préparer son accueil dans l'établissement choisi ;

-Organiser le cas échéant le transport vers l'établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire.

Pour déterminer les moyens à mettre en œuvre, une classification élaborée par le SAMU et reconnue par la HAS peut être utilisée :

L'urgence régulée est classée sur une échelle à 4 niveaux de régulation (de R1 à R4).

Relèvent de l'AMU, et de son arsenal spécifique, les niveaux R1 et R2 :

Le niveau R1 est celui de l'urgence absolue (vitale patente ou latente) imposant l'envoi d'une équipe SMUR (moyen de réanimation) ;

Le niveau R2 celui d'une urgence vraie, sans détresse vitale, exigeant une intervention médicale dans un court délai (environ 30 minutes) via un transport sanitaire rapide ou l'envoi d'un médecin proche et qualifié au domicile.

Les médecins libéraux prennent en charge, tant en matière de régulation que de délivrance des soins, les urgences de niveau R3 et R4 classées par les ARM.

Le niveau R3 est dit « de permanence de soins » et répond d'un avis médical dans les 12 voire 24 heures mais sans attendre un rendez-vous différé avec le médecin traitant.

Le niveau R4 correspond à la dispensation d'un conseil médical, avec ou sans télé prescription, qui peut être conditionné par un rendez-vous programmé avec le médecin traitant.

#### d. Quelles sont les réponses possibles ?

- Conseils médicaux
- Prescription médicamenteuse
- Orientation vers une consultation médicale de garde non programmée
- Transport sanitaire en ambulance
- Intervention des Sapeurs-pompiers



- Intervention d'un effecteur médical (médecin du SAMU, EMA, SOS médecins...)
- Explication de mise en route des gestes qui sauvent
- SAUV life (application mobile parue en mai 2018.)

### 3) Le Médecin généraliste, régulateur au sein de la PDSA

#### a. Sa place et son rôle

Le médecin régulateur libéral est partie prenante dans la permanence d'accès aux soins.

Historiquement, comme citée précédemment, la PDS ambulatoire a été définie en 2003(3). La PDS ambulatoire revêt alors le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux, soit de 20 h à 8 h en semaine et du samedi 12 h au lundi 8 h pour les weekends.

Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS).

Son accès est régulé préalablement par le Centre 15 ou une plate-forme de régulation ayant passé convention et interconnecté avec le Centre 15. Le texte du 15 septembre 2003 est le suivant (art R 732) : « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Samu. »

La régulation des appels relevant de la permanence des soins implique alors une augmentation du nombre d'appels reçus par les CRRA ; Un nombre qui ne cesse d'accroître depuis.

Dorénavant, la participation des médecins généralistes à la permanence de soins repose sur le principe du volontariat mais une organisation collective est indispensable pour éviter les carences éventuelles liées au volontariat. En cas d'absence de volontaires, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, a l'autorité pour résoudre ces difficultés(6).

Ainsi le médecin libéral choisit son mode d'exercice de PDS

-Soit il participe à la PDS en étant sur « le terrain » et en contact direct avec le patient : MMDG, visite à domiciles, au cabinet, via des associations, que l'on nomme en effecteur.

-Soit il devient régulateur au centre d'appel.

Ce dernier se voit confier par l'ARM, le traitement des appels qui ne sont pas à priori des urgences graves nécessitant l'envoi d'un SMUR. Il traite les demandes de médecine générale, et en particulier délivre les conseils au patient en l'absence de son médecin traitant.

Le rôle du médecin régulateur de la PDS est également de savoir détecter derrière un appel de médecine générale une urgence transmise alors au médecin régulateur hospitalier du 15.

-Sa participation appartient aux critères de qualités de la régulation téléphonique selon Giroud.(7) :

« Le SAMU dispose de régulateurs généralistes, au moins aux heures de forte activité dans le domaine de la PDS »

-Le rapport MARDEGAN de 2010(8) retrouvait que 84% des SAMU disposait d'une régulation de Médecine Générale au sein du CRRA.

-La thèse de Mme MORENO MAESTRE E (9)soulignait l'avis très favorable des médecins régulateurs hospitaliers à la participation des médecins libéraux régulateurs.

Cette thèse réalisée d'avril à août 2012 a eu pour objectif d'explorer la place du médecin généraliste dans la régulation de la permanence de soins en centre de réception et régulation des appels du SAMU 45.

Elle conclue que la participation des médecins libéraux est appréciée pour la gestion de la Permanence de Soins et pour l'Aide Médicale Urgente. Elle augmente la disponibilité des médecins régulateurs urgentistes pour les urgences.

Leur présence est considérée comme indispensable à ce jour par l'ensemble des médecins urgentistes interrogés durant l'étude.

### *b. Sa formation*

Le besoin de former les médecins généralistes à la médecine d'urgence apparait dans les années 80. Un DU d'oxyologie (qui signifie médecine d'urgence) est donc créé, puis remplacé en 1986 par la CAMU (Capacité d'Aide Médicale urgente) qui est un diplôme reconnu par l'Ordre National des Médecins.

La CAMU est ensuite modifiée en CMU (Capacité de Médecine d'Urgence) en 1998,

qui comprend 80 heures de formation théorique par an sur 2 ans, avec 2 mois de stage par an dans des services formateurs. Ce diplôme n'existe plus qu'à l'université Paris Diderot

Enfin, il existe le Diplôme Universitaire (DU) de régulation médicale qui se déroule sur une année et qui permet l'acquisition des bases élémentaires.

Le plus souvent, il s'agit d'une formation brève par leurs pairs.

### c. Son devoir et sa responsabilité(10)

-Le Rapport Descours de 2003, déjà évoqué plus haut, modifie l'article 77 du code de déontologie qui stipulait que c'était « un devoir pour tout médecin de participer aux services de gardes de jour et de nuit .

Dorénavant, la participation des médecins généralistes à la permanence de soins repose sur le principe du volontariat. En cas d'absence de volontaires, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, a l'autorité pour résoudre ces difficultés

-Sur le plan des responsabilités, jusqu'en 2009, dans le cas d'un dommage causé au cours de l'activité de régulation d'un médecin libéral, les juridictions devaient définir si la responsabilité revenait au praticien ou au centre hospitalier.

L'attribution de la responsabilité faisait alors l'objet de débats.

La loi du 21 juillet 2009(article. L6314-2 Code Santé Publique) portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a apporté une réponse à cette question : elle affirme que l'activité du médecin régulateur est couverte par la responsabilité administrative de l'établissement public de santé où il exerce sa mission.

Par conséquent, le médecin régulateur libéral ou hospitalier qui exerce son activité dans les limites de sa fonction n'engage pas sa responsabilité civile personnelle. En cas de dommage causé au cours de la régulation, c'est la responsabilité administrative de l'établissement de soin qui est engagée.

art. L6314-2 du Code de Santé Publique : « l'activité du médecin libéral, assurant la régulation au sein d'un service interconnecté avec le SAMU-Centre 15, est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement ».

Cependant, si le médecin dépasse le cadre de sa mission et commet une faute détachable définie comme un « manquement volontaire et inexcusable à des obligations d'ordre professionnel et déontologique » il se place dans un autre cas de figure, et devient responsable personnellement.

Globalement on retiendra que le statut du MLR est :

- Parfois : statut hospitalier (émoluments hospitaliers)
- En général : collaborateur occasionnel du service public hospitalier (honoraires par l'assurance maladie)

#### d.Sa rémunération(4)

Le médecin libéral qui participe à la régulation médicale téléphonique dans le cadre de la PDSA est rémunéré sur la base de deux principes :

- Via une rémunération forfaitaire négociée par convention avec l'assurance maladie.
- Via l'ARS, qui selon un décret datant du 13 juillet 2010 (décret n°2010-809), a la possibilité de majorer la rémunération forfaitaire.

#### 4) Le climat actuel médiatique

-En décembre 2008, le décès d'un homme originaire de Massy a suscité beaucoup d'émotion. La régulation médicale a été mise en cause et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) saisie par la Ministre. Le rapport de l'IGAS pointait dès lors des dysfonctionnements et proposait des pistes de travail.

-Dans son article de 2009, M. Giroud insistait sur l'importance d'un « suivi systématique »(7) , par exemple une heure après, des cas pris en charge par un simple conseil qui permettrait de rattraper une incompréhension, de saisir une évolution inattendue et de réévaluer la situation.

-Le 29 décembre 2017, une régulation médicale a fait scandale.

L'affaire s'est déroulée dans le centre d'appel du SAMU de Strasbourg et concernait une jeune femme de 22 ans nommée Naomi Musenga.

Elle a été rendue publique en mai 2018 : En cause le décès de la jeune femme après que celle-ci ait composé le 15 ;

La bande d'enregistrement a été diffusée. On y entend l'ARM discutant en premier lieu avec la pompière qui lui a transféré l'appel.

Cette dernière transmet à sa collègue que la patiente signale « qu'elle va mourir », ce à quoi l'ARM va répondre « ah ça on va tous mourir un jour ».

Lors de l'entretien direct, on comprend que l'ARM n'a relevé aucun élément laissant penser que la patiente est en état de détresse vitale.

Elle a décidé cependant de ne pas faire réguler l'appel par le médecin. S'en est suivi deux nouveaux appels émanant à la fois de la victime et de sa famille.

Naomi Musenga, , qui a souffert ce jour-là de violentes douleurs abdominales, est décédée au CHU de Strasbourg, cinq heures après cet appel, et après que SOS médecin s'était déplacé à son domicile.

Toujours à propos de cette affaire, en juin dernier, l'IGAS a sorti une enquête (11) accablante pour le SAMU.

L'enquête a révélé un décès par surdosage en paracétamol par automédication. Elle a pointé la responsabilité individuelle de l'opératrice qui a d'ailleurs été suspendue, mais aussi une défaillance dans l'organisation du service qui n'était "pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques" et "source de risque pour les patients". L'appel aurait dû être transféré à un médecin.

L'IGAS a estimé le retard de prise en charge à près de 2h20

Dans la foulée de ce rapport, le responsable du SAMU de Strasbourg a démissionné. La famille a porté plainte contre le SAMU de Strasbourg et a diffusé l'affaire dans les médias.

Ce cas de régulation est apparu pour le grand public comme étant scandaleux et relevant de la non-assistance à personne en danger.

La ministre de la santé a demandé un rapport(11) ; le corps médical s'est défendu en réclamant des moyens supplémentaires notamment dans la formation des ARM et a conclu à un cas malheureux isolé en regard du nombre d'appels régulés chaque jour.

L'appel téléphonique de Naomi Musenga et ses suites ont eu des répercussions, plus ou moins marquées, sur la manière de réguler des médecins qui sont confrontés depuis à des attentes encore plus fortes de la part des patients qui composent le 15.

-De plus dans ce contexte, d'autres appels régulés ayant fait l'objet d'une fin malheureuse pour le malade ont eux aussi émergés .(12)

En parallèle, peu d'écrits sont retrouvés qui donnent la parole aux médecins régulateurs et aux ARMS.

-Cette diffusion à grande échelle d'un appel de régulation a fait naître des enquêtes diverses sur les centres d'appels avec une certaine obsession des chiffres.

L'enquête Le Point d' Aout 2018(13) s'est intéressée aux nombres d'appels pris en charge par le SAMU avec une grande diversité retrouvée . Elle a démontré par ses chiffres, le volume conséquent des appels journaliers au centre 15.

Cette enquête de grande ampleur au sein des CCRA a relevé que 4.6millions d'appels téléphoniques n'ont pas été pris en compte par les opérateurs sur les 29.2millions passés.

Le taux de décrochés moyen se situant alors à 84% loin des 99% préconisé par la profession et seulement atteint par 20 CCRA sur les 101 centres existants.

-D'un point de vue local ,les objectifs pour le centre de Seine Maritime de Rouen sont atteints:(14)

Le SAMU de Rouen comptabilise 330 000 appels par an décrochés, 175 000 dossiers de régulation et 6 000 interventions.

Une intervention se définit comme la mobilisation et le déclenchement de l'équipe du SAMU par le régulateur.

Parmi ces interventions, 25% concernent des transferts entre hôpitaux et 75% sont des interventions dites « primaires », c'est-à-dire relevant d'une urgence absolue.

Il réalise quasiment un sans-faute avec 99,35 % d'appels décrochés, dont plus de 98 % dans la première minute.

En parallèle, peu d'écrits sont retrouvés qui donnent la parole aux médecins régulateurs et aux ARMS.

Toujours au décours de l'affaire Musenga, la ministre de la santé, Agnès Buzyn a annoncé la création d'un diplôme pour les assistants de régulation médicale qui sera opérationnel le 1er septembre 2019. Ce diplôme sera délivré à l'issue d'une formation d'un an avec plus de 1 400 heures de cours à la fois théorique et pratique.

La ministre a aussi demandé à tous les SAMU de France d'harmoniser leurs procédures pour le traitement des appels.

Dans le même temps , le SAMU de France a publié sa vision de l'avenir de la régulation et à dressé ses revendications : Elles sont au nombre de 16 et on y fait référence aux formations futures des acteurs de la régulation , à la modernisation numérique , à des contrôles accrues des effets indésirables graves avec notamment la demande de la certification des SAMU, une demande de hiérarchisation avec la notion de superviseur de plateforme et pour finir il y est question d'unité avec le rassemblement des forces et la création du numéro unique (voir Annexe)(2)

Cette lourde atmosphère durant l'année 2018 a-t-elle eu des conséquences sur nos médecins généralistes régulateurs ?

# Matériel et Méthode

## 1) Objectif principal de l'étude :

L'objectif principal de l'étude était de recueillir le ressenti des médecins généralistes participant à la régulation au sein du CCRA de Rouen dans un contexte médiatique difficile.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser si des modifications étaient apparues dans leur façon d'exercer cette activité et plus simplement de leur donner la parole sur leurs souhaits concernant leur avenir au sein des CCRA.

## 2) Justification de la méthode qualitative et description :

La recherche qualitative a fait son apparition en 1920 et a d'abord été utilisée dans la recherche en sciences humaines et sociales. Elle est plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux et permet d'en comprendre l'existence et la signification. C'est une recherche dite inductive car elle permet de créer des hypothèses pouvant être ensuite vérifiées par des méthodes quantitatives. La posture inductive accorde la primauté à l'enquête, à l'observation, voire à l'expérience et essaie d'en tirer des leçons plus générales, des constats universels. Elle permet d'étudier les sujets dans leurs environnements et donc de comprendre le contexte.

Notre choix s'est donc porté naturellement sur une méthode de recherche qualitative. Notre méthode de recueil de données s'est faite par entretiens semi-dirigés en raison du thème abordé qui se prêtait difficilement à une exploration en groupe. En effet, il s'agit là d'explorer des opinions, des comportements individuels et des pratiques de chaque médecin, le groupe pouvant influencer les réponses de chacun et qui plus est, le sujet même de la thèse relatait de réactions vis-à-vis d'une polémique actuelle ; le débat en groupe (« focus groupe ») nous a paru alors délétère, et difficile à « réguler » dans ce contexte brûlant de l'actualité.

## 3) Justification de l'entretien semi-dirigé :

L'entretien semi-dirigé est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives. C'est l'enquêteur qui conduit l'entretien selon un canevas d'entretien et l'enregistre, mais l'ordre des thèmes abordés varie en fonction des réponses de l'interlocuteur.

Dans un entretien semi-dirigé le but est de découvrir l'état d'esprit de l'interlocuteur au travers des questions posées. Il faut donc laisser une liberté d'expression à ce dernier, même s'il n'aborde pas les thèmes du canevas d'entretien dans l'ordre prédéfini par l'enquêteur. Ceci impose à ce dernier de connaître parfaitement son guide avant de réaliser l'entretien pour pouvoir rebondir sur les propos de l'interlocuteur, pour explorer en profondeur ses idées mais aussi ses non-dits et le contenu implicite de son propos. Par ailleurs, l'enquêteur se doit d'observer une neutralité dans son attitude verbale et non verbale au cours de l'entretien afin de ne pas influencer l'interlocuteur et de favoriser sa spontanéité. L'entretien doit se faire d'égal à égal. Ainsi, l'enquêteur doit pouvoir accepter le fait que les idées de l'interlocuteur soient différentes des siennes et de ce qu'il avait imaginé entendre.

Pour notre étude, l'entretien semi-directif était le plus adapté puisqu'il s'agissait d'analyser les attitudes et ressenti des médecins généralistes régulateurs. Cela incluait de favoriser la spontanéité de leurs réponses lors d'une conversation autour de différents thèmes.

#### 4) Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon est volontairement réduite par rapport à une étude quantitative. La qualité des entretiens prime sur le nombre. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. Le nombre de cas à inclure dans l'étude est défini par la saturation des données et non par un calcul du nombre de sujet nécessaire a priori. En effet, la saturation des données est obtenue lorsque plus aucune nouvelle notion ne transparaît des entretiens. Pour nous, cela est survenu au bout du 13<sup>ème</sup> entretien.

#### 5) Population étudiée :

Notre étude s'est intéressée à la population des médecins généralistes régulateurs du SAMU de Rouen. La saturation des données a été atteinte au bout de 13 entretiens mais 15 entretiens ont été réalisés.

#### 6) Présentation de l'échantillon :

Afin de remplir le critère de diversification des participants à l'étude, nous avons inclus des participants aux caractéristiques variées qui étaient des médecins spécialisés en médecine générale :

- De sexes féminin et masculin.
- De tous âges
- Exerçant en cabinet rural, semi-urbain ou urbain.



- Ayant plus ou moins d'années d'expériences de régulation.

### 7)Le guide d'entretien et les postulats de départs :

Le guide d'entretien sert à structurer l'entretien et les interventions de l'enquêteur sans diriger le discours. C'est une trame. Il comporte plusieurs questions ouvertes. Ce guide n'est pas un questionnaire au sens strict du terme, il permet d'aborder des grands thèmes et d'amener l'interrogé à réfléchir sur ces thèmes. De fait, l'enquêteur pose ses questions dans le style « oral ».

L'enquêteur doit connaître son guide d'entretien et ne pas le regarder pendant l'entretien. L'ordre des thèmes abordés n'est pas à respecter systématiquement, il dépend plutôt de la spontanéité de la personne questionnée. D'où l'importance de bien connaître son guide d'entretien pour pouvoir rebondir lors de l'entrevue. En effet, il est tout à fait possible de s'écarter du guide d'entretien pour pouvoir approfondir une idée. Nous voyons ici que l'enquêteur ne doit pas se laisser enfermer par celui-ci. Ainsi, la première version du guide d'entretien n'est pas définitive et évolue au fur et à mesure des entretiens. Des thèmes supplémentaires peuvent y être ajoutés.

Pour aboutir à ce guide d'entretien, il fallait au préalable partir sur des hypothèses de départs, « des postulats », basées sur la recherche bibliographique surtout. Pour ce sujet de thèse se rattachant à l'actualité médiatique, les articles de presse et les revendications exprimées par le corps régulateur nous ont servi de rampe de lancement sur ce que nous allons être amenés éventuellement à retrouver.

Les postulats de départ étaient les suivants :

- Etablir un niveau de répercussion des polémiques actuelles sur les médecins généralistes régulateurs (Affaire Strasbourg)
- Y a-t-il une menace sur leur participation à venir ?
- Craintes qu'ils évoqueront.
- Charges morales associées.
- Raisons du mécontentement.
- Evolution du métier, Conditions de travaux actuelles.

Notre guide d'entretien s'est articulé autour de 4 thématiques principales outre les données socio démographiques initiales : Conditions de travaux, Motivation, Impact des médias, l'Avenir.

Il est à noter que les questions étaient formulées de façon ouverte pour ne surtout pas influencer les réponses à venir.

(Guide en intégralité en Annexe 2)

### 8) Mode de recrutement :

Le recrutement s'est fait sur la base du listing des médecins régulateurs participant donc au pool de gardes de la PDS du SAMU 76.

Un mail a été adressé à l'ensemble des médecins pour leur présenter le sujet de la thèse. Le courrier électronique ne rentrait pas dans le détail du sujet de l'étude afin d'éviter tout biais. Le message stipulait uniquement qu'il travaillait sur le ressenti du médecin régulateur face aux difficultés engendrées par l'activité de la régulation ; il insistait sur l'anonymat et une expression souhaitait la plus libre possible.

Secondairement comme explicité sur le mail, le sujet et déroulé de la thèse a été expliqué aux futurs participants par le biais d'une réunion qui a eu lieu le 6 septembre 2018 dans le cadre de la répartition des gardes à venir des 3 prochains mois au SAMU 76.

Nous nous sommes déplacés et avons présentés toujours brièvement sans rentrer dans le détail le travail de la thèse à cette occasion. On invitait les médecins présents à notifier leur acceptation à leur participation future sur une feuille avec leur coordonnées (ainsi que leur souhait de lieu où se déroulera l'entretien semi dirigé) pour que l'on puisse les recontacter et fixer la date des rencontres pour l'entretien.

Par la suite, les correspondances se sont faites par e-mail et téléphones : les absents à la réunion et /ou ceux qui n'avaient pas répondu étaient « relancés » deux fois. Au total sur les 35 médecins présents sur le listing de gardes, tous ont été contacté au moins une fois par le mail de présentation de la thèse ;

Finalement, 15 entretiens semi-dirigés ont pu avoir lieu dont 4 téléphoniques.

### 9) Lieu de déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés pour la majorité sur le lieu d'exercice du médecin au cabinet (8 entretiens sur 10).

Un des entretiens s'est déroulé au domicile du participant. Les 4 autres ont donc été fait par téléphone ; les médecins répondants étaient alors à leur domicile dans un cadre détendu et propice aux échanges. Enfin un des entretiens s'est déroulé au sein même de la structure du SAMU au décours d'une garde (salle de pause du bâtiment).

Les lieux d'entretien étaient majoritairement rouennais ou dans l'agglomération étant donné l'installation géographique des interrogés.

### 10)Le déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont déroulés de septembre 2018 à novembre 2018. La date de début est définie par la réalisation du premier entretien. Le guide d'entretien a été réajusté à 2 reprises entre la réalisation des 5 premiers entretiens et la réalisation totale des 15.

La durée des entretiens a varié en fonction des participants, s'étendant de 8 minutes à 32 minutes avec une durée moyenne de 15 minutes par entretien.

Tous les entretiens se sont déroulés sur le même modèle :

L'enquêteur se rendait sur le lieu choisi par l'interrogé. Dans un premier temps, le sujet de thèse était rappelé aux médecins. Ensuite, leur était expliqué le principe de l'enregistrement audio par dictaphone : pouvoir retranscrire fidèlement, c'est-à-dire mot à mot, leurs paroles mais aussi leurs émotions. Volontairement, nous ne nous étendions pas sur les détails de l'étude afin de ne pas influencer l'entretien à suivre. Par ailleurs, certains médecins s'attendant à avoir à remplir un questionnaire, il leur a été rappelé le principe d'un entretien semi-dirigé : les questions posées étaient en réalité des thèmes sur lesquels ils ne devaient pas hésiter à développer leurs idées même si cela sortait du cadre de la question. L'enquêteur n'était pas là pour interroger le praticien par le biais d'une batterie de questions mais pour écouter et discuter avec lui. Par la suite, le dictaphone était posé sur le bureau du praticien ou à proximité, à un emplacement aussi discret que possible et il n'était pas manipulé pendant l'entretien pour ne pas couper la spontanéité du médecin interrogé. Les premières minutes de l'entrevue étaient importantes. Il s'agissait de mettre l'interlocuteur suffisamment à l'aise et en confiance pour que le dialogue s'instaure naturellement. De la qualité de la relation entre le médecin et l'enquêteur dépendait la qualité des données recueillies. Les premières questions visaient à mettre le médecin à l'aise avec des questions démographiques ; Puis on signalait à l'interrogé que l'on rentrait dans le vif du sujet mais là encore avec une question « simple » sur leur état d'esprit quand il arrivait devant le bâtiment du SAMU. De fait, il était nécessaire pour l'investigateur de bien avoir en tête son guide d'entretien afin d'aborder les différents thèmes prévus dans un ordre totalement aléatoire. Tout ceci devant se faire de la façon la plus naturelle possible. De même, afin de ne pas casser la spontanéité du discours, l'enquêteur n'avait pas de feuille devant lui pour garder le contact visuel avec le médecin. Les attitudes verbales et non verbales ont également été relatées et observées.

La relance et la reformulation ont été les plus utilisées. Il n'y avait pas de stratégie strictement prédéfinie, l'attitude de l'enquêteur s'adaptant à la personnalité du médecin interrogé à chaque entretien. Néanmoins des relances avaient été réfléchies en amont avant les entretiens.

### 11)Retranscription des données :

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, en toute objectivité, au mot à mot, grâce aux enregistrements par dictaphone. Il est à noter que les entretiens ont été retranscrits « à l'état brut » sans aucune adaptation. Ils sont donc sous la forme d'un français parlé et non écrit. Ceci permet de conserver la spontanéité et le sens premier des paroles. Les hésitations, les silences, les rires ont également été retranscrits. La retranscription est une étape clé, son temps moyen a été de trois heures par entretien. Nous avons utilisé la fonction microphone de Google pour retranscrire les entretiens d'un mode verbal à textuel. Chaque entretien avait fait l'objet de notes manuscrites de l'enquêteur au décours immédiat de sa réalisation sur les attitudes non verbales. Ces attitudes ont été retranscrites en commentaires dans le texte par la suite.

Chaque entretien a été retranscrit dans un laps de temps le plus court possible, généralement dans la soirée de sa réalisation afin d'en noter les nouveaux points émergents.

### 12) Méthode d'analyse des résultats :

L'analyse du contenu est de type « thématique ».

L'obtention des verbatims a permis une analyse par codage ouvert.

Le codage est un « processus par lequel les données brutes sont transformées systématiquement et agrégées dans des unités qui permettent une description précise des caractéristiques pertinentes du contenu » Il s'agit donc de transformer les données brutes en données qui permettront la réalisation de traitements statistiques descriptifs et par la suite tenter de fournir une interprétation. Une fois le codage ouvert réalisé, les différents codes sont regroupés en catégories puis en grands thèmes.

### 13) Le codage ouvert :

Il est réalisé dans un premier temps. Il émerge d'une lecture en profondeur des verbatims. Il s'agit de relever chaque élément pertinent. Chaque information, chaque nuance dans le discours est décortiquée pour en sortir un code.

Les catégories et sous-catégories correspondent aux idées véhiculées par les codes. C'est le principe de la conceptualisation.

#### 14) Saturation des données :

Au fur et à mesure des entretiens, il y a de moins en moins de nouveaux codes mais de plus en plus de catégorisation, et ce, jusqu'à ne plus avoir de nouveaux codes : moment d'obtention de la saturation des données.

#### 15) Le logiciel NVivo 10.1.10 :

Pour réaliser ce travail, un logiciel de traitement de données qualitatives a été utilisé : NVivo 10.1.10. Ce logiciel informatique permet de collecter et d'analyser le contenu des verbatims tout en gardant une vision globale et ordonnée des codes ainsi obtenus. Ceci permet ensuite la classification en sous-catégories et catégories. A noter que le codage initial des données nous incombe. Ce logiciel nous aide à classer les idées.

#### 16) Méthodologie de la recherche bibliographique :

Les recherches bibliographiques pour cette étude ont été réalisées en français et en anglais. Elles se sont principalement déroulées avant le début de l'étude pour connaître au mieux les données actuelles de la science sur le sujet et être les plus pertinents possibles dans le choix des questions du guide d'entretien et éviter bien sûr toute redondance. Les bases de données les plus utilisées ont été : PubMed, Google Scholar et Google SUDOC et BDSP, site de la HAS.

# Résultats

## 1) Description du profil des participants :

Sur les 15 participants à notre étude, 10 sont des femmes soit 66 pour cent.

73 pour cent exercent en milieu urbain.

La moyenne d'âge est de 50 ans avec des écarts allant de 31 ans à 63 ans.

On relève pour le plus ancien des participants une participation à la régulation depuis 1986 et récemment pour le plus jeune participant depuis 2016.

Pour la plupart, il existe une vie de famille.

## 2) Analyse par le logiciel NVIVO

L'analyse, via le logiciel NVIVO, a permis l'émergence de 10 grands thèmes, à savoir : l'avenir, les difficultés rencontrées lors de cette activité de régulation, la façon de réguler actuelle, les horaires, les injures et violences, les locaux, la motivation, la rémunération, la réforme, le ressenti sur les médias.

Nous allons présenter cette analyse, thème par thème.

### ○ L'avenir

Notre échantillon interrogé évoque de façon majoritaire une inquiétude globale envers l'avenir.

Il prédomine un sentiment de pessimisme avec une difficulté croissante du métier évoquée.

#### 1) Inquiétude et pessimisme

M5 dit à propos de son avenir qu'il ne le voit pas terrible, qu'il va y avoir moins de sous pour plus de boulot et qu'ils vont se faire plus engueuler et que l'avenir va être moins drôle qu'avant.

M5« (Silence) et bien je ne le vois pas terrible Rires »

« On a autant de responsabilités et donc on va avoir moins de sous. En plus on va avoir plus de boulot et on va se faire plus engueuler (Rires) donc je pense que ça ne va pas être rose rose »

« Il va être moins drôle qu'avant je pense »

M3 dit qu'il appréhende l'avenir

M3 « Je l'appréhende »

M10 dit que ça va être d'autant plus difficile de réguler

M10« je pense que nous ça va être d'autant plus difficile de réguler en fait »

M7 se demande comment ils vont faire

M7« Comment on va faire ? »

Certains comme M 15 invoque le code de déontologie ou comme M12 un devoir s'inscrivant dans le service public.

## 2) Un devoir

M15 assure qu'il continue par déontologie.

M15 « Bah pour le moment je continue.... Rires. Je continue par pure déontologie »

M9 explique qu'elle va compenser sur le pôle de la maison médicale de Rouen.

M9 « Ce que je ne ferai plus en régulation médicale je le ferai... Je vais rentrer sur le pôle de la maison médicale de Rouen parce que ça je trouve que c'est important il faut le faire donc voilà.»

M15 évoque les gardes qui font parties intégrantes du métier.

*M15« C'est un service rendu au patient comme un autre. Il ne faut pas fuir le côté garde ça fait partie intégrante du métier de médecin »*

M12 pense que cela s'inscrit dans le service public.

*M12« Je pense que ça fait partie du service public. Il y a des tas de choses que l'on fait qui sont de l'ordre du service public. On remplit un rôle .....Une fonction de service public »*

M11 évoque la notion de devoir.

*M11« Bah c'est mon devoir de médecin »*

Nombreux sont ceux qui dans l'étude évoquent une participation future en baisse.

### 3) Une baisse de la participation

M10 ne sait pas s'il continuera.

*M10« Parce que là on va voir en effet si ça devient.... Si la régulation.... Devient sans arrêt à se justifier de pourquoi il n'y a pas de médecin pourquoi il n'y a pas de médecin qui peut se déplacer et ben non désolé vous devez aller aux urgences et qu'on se fait agresser à cause de ça...Je ne sais pas si je continuerai sincèrement »*

M7 évoque la possibilité de faire autre chose.

*M7 « Si ça devient trop contraignant bah j'arrêterai et je ferai autre chose. »*

M9 explique qu'il arrêtera les nuits profondes (soit la période après 1h).

*M9« Je ne ferai plus de nuit profonde à partir de la nouvelle réforme »*



M3 explique qu'il diminuera ou arrêtera ses nuits profondes avec une participation en pente descendante.

*M3 « Avec ces modifications-là, je vais je vais diminuer voire arrêter...Mes nuits mes nuits profondes » « Mon évolution, elle est pour l'instant sur une pente un peu descendante. Rires »*

M1 dit qu'il prendra moins de gardes qu'avant

*M1« Je pense que je prendrai moins de garde qu'avant parce que 3-4 par mois c'est trop dur vu qu'on fait tout plein de trucs à côté »*

On retrouve chez M8 M6 et M13 une volonté de rester optimistes.

#### 4) Optimisme

M8 parle de continuer sans soucis, sans arrière-pensée.

*M8 « Sans soucis particulier, moi je vais continuer continuer à le faire »*

M6 dit qu'il va s'adapter.

*M6« On va s'adapter bah oui à la demande »*

*« Plutôt optimiste ? »*

*« Oh bah oui heureusement »*

M13 ne se pose pas trop de questions

*M13 « Oh je ne me pose pas trop de questions »*

## ○ Les difficultés

Les difficultés rencontrées sont de l'ordre relationnel, de l'ordre juridique, ramenant à une charge de travail en constante augmentation source de fatigue avec un exercice qui en lui-même est difficile et exigeant dans un contexte de manque de moyens criants. Nombreux sont ceux qui vont faire référence à la nouvelle réforme de l'ARS de Haute Normandie concernant la réorganisation des MMDG. La difficulté principale reposant sur l'identification du diagnostic médical qui dans bien des cas demeure inconnu(15).

### 1) Le relationnel

M4 évoque qu'il ne fait plus de régulation en journée devant le refus de ses collègues à faire des visites à domicile.

*M4 « Moi je ne fais plus de régulation dans la journée entre autre parce que quand j'ai eu affaire à des médecins à qui je demandais exceptionnellement de faire une visite parce que c'était quelqu'un de très âgé parce que c'était quelqu'un d'handicapé et qu'on me répond ben non je ne fais pas de visite »*

M5 parle de ses relations avec la jeune génération.

*M5 « Je vous dis je connais bien le boulot déjà depuis un moment.. Maintenant c'est des jeunes alors je les connais moins il y en a certains qui vont bien vouloir te prendre des appels quand il voit que tu es vraiment débordée et t'en a d'autres qui te laisse dans ton caca et qui disent c'est pas pour nous la PDS on est trop bien pour ça nous on ne fait pas de PDS.»*

M2 évoque des soucis relationnels.

*M2 « J'ai eu des soucis avec des PARMs. Et c'était devenu compliqué pour moi là-bas quand quand tu travailles avec des gens qui nous adressent pas un mot.... Qui te disent pas bonjour c'est compliqué.... C'est compliqué.... »*

*« J'ai parlé un peu de l'ambiance certaines fois c'était un peu exécrable et ça devenait contraignant voyez. »*

## 2) Les responsabilités

M5 parle de la peur d'un procès

*M5 « Il y a juste que je suis comme tout le monde je n'ai pas du tout envie d'avoir un procès sur le dos parce que j'ai eu des collègues qui en ont eu et moi je me dis j'ai des enfants et j'ai pas envie de finir... »*

M2 explique que ce sont de grosses responsabilités.

*M2« C'est quand même des grosses responsabilités. »*

M9 parle d'un important stress.

*M9« C'est vrai que c'est beaucoup de stress etc etc. J'ai des collègues qui ont eu des histoires de plaintes. »*

M7 explique la responsabilité téléphonique.

*M7 « C'est qui le responsable c'est celui qui est au téléphone. »*

M14 explique que les gens sont très demandeurs.

*M14« C'est encore plus vrai là je trouve là depuis ces derniers mois les gens sont très très demandeurs très procéduriers. »*

M11 prend comme exemple les procès qu'il y a eu.

*M11 « Vu les procès qu'il y a eu chez quelques confrères au SAMU là 76. »*

M15 dit que les gens n'ont plus peur de porter plainte pour un rien.

*M15« Maintenant les gens n'ont plus peur de porter plainte pour un oui pour un non pour n'importe quoi ce qui rend ce qui rend parfois l'exercice un peu délicat »*

M9 explique le principe de faute détachable et qu'ils sont en première ligne.

*M9« Donc je pense qu'il y a des gens qu'on fait beaucoup moins d'études qui sont payés beaucoup plus. Sachant qu'on a quand même des risques médico-légaux qui sont plus que conséquents. Et sachant que comme on est considéré comme libéral toute faute sera détachable du service et de l'hôpital donc on est en ligne ouverte en première ligne tout seul et on aura pas de soutien de notre hiérarchie qui dira que de toute façon nous ne sommes pas...Enfin elle n'est pas notre hiérarchie. »*

### 3) La charge de travail(16)

M5 évoque la charge de travail importante le samedi.

*M5« Tu as le double voire le triple d'appel le samedi. En général c'est plus dans le problème d'addictologie alcoolique on va dire et où les gens sont agressifs enfin ça n'arrête pas les appels ».*

M1 sous-entend un nombre colossal d'appels.

*M1« Si on devait réguler tous les appels ce serait impossible. »*

M2 parle de charge de travail plus importante.

*M2« La charge de travail est plus importante. »*

M3 trouve que la charge de travail s'alourdit.

*M3 « Oui oui moi je trouve que ça a ça s'alourdit. »*

M11 trouve que le volume d'appels est fatigant.

*M11« C'est le volume d'appels... »*

*« Le volume d'appels... »*

*« Qui est très fatigant. »*

M10 parle d'une augmentation des appels.

*M10 « On a l'impression quand même de tendre vers une augmentation par contre des appels. »*

M7 trouve les deux premières heures très intenses.

*M7« C'est vrai que c'est quand même intense les deux premières heures sont très intenses voilà et donc de temps en temps voilà quand on voit quand on voit les appels qui sont en salle d'attente. »*

#### 4) La fatigue et la pénibilité

M5 évoque la pénibilité du travail de nuit.

*M5« C'était un peu quand même pénible de se dire on a plus 20 ans il faut aller travailler la nuit c'est dur »*

M1 dit qu'elle est fatiguée.

*M1« Oui quelque fois je me dis oui je suis fatiguée »*

M14 dit que c'est usant.

*M14« C'est c'est c'est usant. »*

M12 explique que ça lui prend du temps de pouvoir souffler en sortant de garde.

*M12« Ben c'est très fatigant surtout en pleine.... Quand il y a des épidémies gastro bronchiolite grippe etc. C'est voilà sinon oui c'est très fatigant quand je sors à 1h, j'ai un bourdonnement dans la tête et ça me prend un peu de temps avant de pouvoir souffler »*

M10 trouve cela vraiment fatigant.

*M10« C'est compliqué c'est vraiment fatigant »*

#### 5) L'action de réguler est difficile

M5 explique qu'il a encore failli craquer de voir que les gens utilisent internet pour leurs symptômes.

*M5« Ça a encore failli me faire craquer c'est qu'ils ont tous été regarder d'abord sur Internet et ensuite ils vérifient avec vous si vous vous avez les mêmes infos si vous êtes vraiment médecin si c'est bon ce que vous me dites et pourquoi c'est pas si et pourquoi c'est pas ça. »*

M15 évoque un état de vigilance constante.

*M15 « Il faut rester sur le qui-vive parce qu'il y a des choses un peu masquées qui arrivent. »*

M2 explique la difficulté par téléphone d'estimer la gravité.

*M2« Il y avait toujours une petite part d'anxiété quand même parce que c'est pas facile. »*

*« En même temps il y a des gens qui ne savent pas exprimer exactement ce qui se passe et c'est difficile au bout du fil de de de comment.... D'estimer la gravité. »*

M3 parle de glissement vers des appels à caractère médicosociaux.

*M3 « On a vraiment un glissement aussi des appels à caractère médico-social. »*

M9 explique que les gens auront tendance à augmenter leurs symptômes.

*M9« Quand les gens demandent des conseils qu'on leur en donne et que ça ne leur plaît pas qui ne veulent pas les suivre ...mais vous êtes sûr ...mais j'ai vu sur internet que voilà...donc ouais ça c'est toujours remis en cause c'est dur... »*

*« Avec des gens qui auront de plus en plus tendance à augmenter leurs symptômes pour pouvoir aller directement à l'hôpital. »*

M14 explique que les gens leur font à l'envers, que c'est compliqué de faire de la médecine à distance.

*M14 « On régule en se disant sur le plan médical j'ai mes connaissances je sais ce que je pense de cet appel mais...bah les gens entre guillemets me la font à l'envers. »*

*« C'est compliqué parce que à la fois c'est hyper intéressant et enrichissant et en même temps on est tout seul derrière un téléphone on ne peut pas voir les gens donc on fait de la médecine..... on fait de la médecine à distance. Et c'est même pas de la télémédecine c'est vraiment de la médecine à distance. »*

M10 explique qu'il faut qu'il soit réactif.

*M10« Là tout de suite au téléphone Il faut qu'on soit au taquet. »*

M13 dit que ce ne sont pas toujours des appels concernant la médecine générale.

*M13 « Des fois les appels qui nous arrivent c'est pas toujours de la médecine générale. C'est rare mais ça arrive. »*

#### 6) Le manque de moyens

M5 explique que la fermeture des maisons médicales va être le problème de tous.

*M5« Ça va être le problème de tous maintenant parce qu'ils veulent supprimer les maisons médicales..... Ça va être fait en janvier.... C'est que moi en seconde partie de nuit je n'ai plus du tout de maison médicale donc je ne peux pas leur dire on va aller voir le médecin à la maison médicale on va voir.... On va faire le point...Non À la rigueur j'ai Neuchâtel qui marche encore j'ai Dieppe J'ai Rouen mais je n'ai plus de maison médicale. C'est beaucoup plus compliqué à réguler une seconde partie nuit que une première. »*

M3 constate que c'est beaucoup plus facile de travailler quand on a des moyens.

*M3 « C'est beaucoup plus facile de travailler quand on a des moyens. »*

M9 explique qu'il est confronté à l'incompréhension des gens.

*M9 « Déjà qu'il ne se déplace pas bon ça voilà.... Comment ça il y a pas de médecin mais c'est pas normal nana nana (lève les bras). Voilà et ça c'est de plus en plus pénible on a pas de moyens.*



« *Et puis qu'on aura plus de moyens parce que déjà qu'après 1h on a pas grand-chose à proposer au patient et là on aura encore moins.* »

M1 explique qu'il y a des régulateurs qui se demandent à quoi ça sert de réguler si on n'a plus rien à proposer.

*M1 « Un moment moi j'ai plusieurs amis qui sont régulateurs qui m'ont dit : À quoi ça sert finalement d'être là si maintenant nous n'avons plus rien à proposer. Si on dit à tout le monde d'aller aux urgences ou dans telle maison médicale dans ce cas-là pourquoi on régule. »*

### ○ La façon de réguler

L'un des postulats de départ que nous évoquions était que le climat médiatique (l'affaire de Strasbourg) avait modifié la pratique de la régulation chez nos confrères.

Leur façon de réguler a-t-elle été impactée ? La prudence est de mise, d'autres évoquent la nécessité de rester calme en toute circonstance.

La limitation des coûts reste une de leur préoccupation ; cependant on voit bien le choix cornélien qui se dessine de plus en plus entre leur conviction professionnelle et la crainte d'être dans l'erreur.

La disponibilité reste de mise avec le souci d'écouter l'appelant ; certains reconnaîtront qu'avec un rythme de plus en plus effréné le temps d'écoute en pâti.

Enfin dans ce thème, il est question de l'influence que peuvent avoir les ARM ; Confortant l'idée de la dangerosité de l'apriori dans ce métier de régulation.

#### 1) Réaction

M4 évoque un état d'esprit plus zen.

*M4 « Après je trouve que plus le temps passe, plus je me zenifie au téléphone. »*

M5 parle de contrôler tout ce qu'il dit et de rester zen.

M5 « J'essaie de contrôler tout ce que je dis et je reste aimable et souriante au téléphone même si parfois c'est difficile mais..... »

« J'ai toujours essayé de rester zen et de rester aimable et je veux pas me faire des fleurs mais en général les gens quand ils raccrochent ils disent oh merci docteur Vous m'avez bien.... Mais ça c'est dans mon tempérament de médecin J'ai toujours été plus à l'écoute. »

M14 parle de concentration.

M14« Il faut être concentré je pense que c'est là qu'il faut faire attention il faut être concentré de A à Z il ne faut pas s'éparpiller »

## 2) La prudence

M4 reconnaît qu'il a peut-être changé sa façon de réguler en disant quasi systématiquement aux gens qu'ils peuvent rappeler, aussi pour se couvrir lui.

M4« Peut-être que j'ai aussi un peu changé ma façon de réguler notamment en disant quasi systématiquement aux gens qu'ils peuvent me rappeler. »

« Au fait de pouvoir rappeler et ça c'est important mais accessoirement ça me couvre aussi c'est dingue mais enfin voilà maintenant comment on doit bosser. »

M5 trouve que l'on ne peut pas faire toujours attention à ce que l'on dit.

M5« On est obligé de temps en temps de se relâcher et comme les bandes peuvent être réécouter en cas de problème c'est vrai que ce qui est dit autour de l'appel peut être entendu c'est pour ça qu'on nous avait dit de faire attention à ce qu'on dit .....Mais on peut pas faire tout le temps attention à ce qu'on dit. »

M6 explique qu'ils savent qu'ils doivent marquer le plus de choses possibles sur l'ordinateur.

*M6« Non parce que on a toujours été prévenus de faire très attention on sait que l'on doit marquer un maximum de choses sur l'ordinateur on sait que l'on est écoutés. »*

M9 rapporte qu'ils leur ont dit de ne pas tenir de propos méfiants.

*M9« C'est bien ce qu'elle (la ministre de la santé) mettait et que il fallait envoyer des moyens et que nous n'avions pas à tenir des propos méfiants. »*

*« Ok dans ce cas-là un appel un moyen. »*

M10 explique qu'il essaie d'être hyper exhaustif sur les motifs et renseignements.

*M10 « J'ai l'impression quand même par téléphone d'être hyper exhaustive sur les motifs sur les renseignements. »*

M7 dit qu'il ne s'expose pas.

*M7 « Je m'expose pas vis-à-vis de ces gens-là parce que ça sert à rien. »*

*« Dès que ça chauffe un peu d'accord donc moi je reste : il vous faut une ambulance je vous envoie une ambulance. »*

M11 explique qu'on leur dit d'envoyer une ambulance quand les gens insistent.

*M11«Depuis quelques années on nous disait quand les gens insistent : Envoyez l'ambulance .Bon voilà. »*

M13 explique que si doute il y a, il envoie des moyens.

*M13« Et puis si j'ai des doutes j'envoie des moyens. »*

M10 se refuse à prendre un quelconque risque.

*M10« Je me refuse à prendre un quelconque risque. »*

M14 parle de choix de protection.

*M14 « On se retrouve contraints de leur envoyer non pas par choix médical mais par choix de protection en fait. »*

### 3) Limiter les coûts

M5 connaît le coût d'un envoi d'ambulance et essaie d'en minimiser le départ.

*M5 « Mais tu te dis quand-même qu'en tant que.... Quelqu'un qui est responsable une ambulance ça a un certain coût pour toi si c'est pas nécessaire une ambulance c'est quand même dommage..... Mais quand il faut argumenter pendant 20 minutes et que de toute façon à la fin il te rappelle 10 fois parce qu'il l'a veut l'ambulance c'est compliqué. »*

M3 explique qu'il essaie de faire le bien de la communauté, que c'est onéreux que c'est une débauche de moyens mais qu'ils le font quand même.

*M3« D'essayer de faire pour le bien de la communauté à la fois des patients et à la fois.... La communauté médicale d'essayer d'être économe dans les moyens que je vais utiliser mais en rapport avec l'état de santé que j'ai ressenti après l'interrogatoire des patients. »*

*« C'est difficile moi j'essaie d'inciter les gens en leur disant : « bah prenez un taxi ? Mais non mais non je n'ai pas d'argent ». « Prenez le bus ? Bah non il est trop loin ou il est trop tard. Ces aspects là c'est c'est difficile parce que c'est quand même pas mal d'appels. »*

M11 explique qu'il lâche un peu son éthique professionnelle en envoyant des secours injustifiés.

*M11« Et du coup on lâche en fait du coup ...On lâche un peu notre éthique professionnelle en envoyant des secours sur ce qui n'est pas urgent et en pouvant être ensuite en carence de moyens sur d'autres. Donc ça se répercute sur les pompiers. Enfin bon c'est vraiment comme les dominos. »*

M7 parle de 50 pour cent d'envois d'ambulances évitables.

*M7« Il y a sur tout le nombre d'ambulances que j'envoie sur une garde Il y en a au moins 50 pourcents qui pourraient être évitées si les gens se prenaient un peu en charge. »*

#### 4) Leur disponibilité

-A l'écoute

M1 explique qu'il aime bien faire tout ce qui est discussion et entretien motivationnel et de comprendre les gens.

*M1 « J'aime bien faire tout ce qui est discussion psychothérapie entretien motivationnel. Et du coup les gens un peu agressifs j'essaie de les calmer, de comprendre pourquoi ils sont insatisfaits, d'expliquer pourquoi nous on peut pas les*

*satisfaire totalement. Alors ça prend souvent un peu de temps je ne veux pas me lancer des fleurs mais je pense que j'essaie de comprendre en tout cas d'où vient la frustration. »*

M6 dit qu'il prend un peu son temps tant pis si ça sonne.

*M6« J'ai envie de dire moi je prends un peu mon temps tant pis ça sonne y a des appels, si quelqu'un en a besoin je prends le temps d'écouter la personne un appel qui est bien régulé la personne ne rappelle pas voilà. »*

M5 explique que quand les gens raccrochent ils disent « merci docteur ».

*M5« Je veux pas me faire des fleurs mais en général les gens quand ils raccrochent ils disent « oh merci docteur, vous m'avez bien... » mais ça c'est dans mon tempérament de médecin. J'ai toujours été plus à l'écoute »*

M11 a fait des formations d'hypnose pour amener la parole différemment, et parle de jeu de communication.

*M11« Sinon j'arrive j'ai fait des formations d'hypnose etc. Pour amener la parole différemment pour ne pas rentrer dans l'agressivité des patients enfin c'est tout un jeu de communication. »*

-Moins patient

M10 reconnaît qu'ils sont obligés d'accélérer un petit peu la cadence.

*M10« On est obligé de répondre assez vite, pas d'expédier mais voilà on est obligé voilà d'accélérer un petit peu la cadence. »*

M7 dit qu'ils sont peut-être un peu moins à l'écoute.

*M7 « On est un peu moins, peut-être un peu moins à l'écoute. »*

M3 dit que ça lui arrive de raccrocher.

*M3 « Ça m'arrive de raccrocher. »*

M15 explique qu'ils ont la célèbre phrase "on a plus qu'à crever" et dans ces cas-là il répond oui.

*M15« On a la célèbre phrase on a plus qu'à crever. Et dans ces cas-là je dis oui rires. Parce que de toute façon on peut pas faire autrement. »*

### 5) L'influence des ARM

M15 explique qu'il faut faire attention.

*M15 « Je l'avais déjà ressenti moi en régulation, parfois on me passe un appel en me disant ouais ouais c'est encore un rat crevé ou il se plaint pour rien et finalement.... J'essaye non je me dis il faut garder.... On s'aperçoit que parfois c'est quand même réel et en posant trois quatre questions c'est pas si anodin c'est pas si anodin que ça et donc c'est en ça qu'il faut faire attention. »*

M1 reconnaît qu'il leur fait confiance sur beaucoup de points, en confirmant que leur opinion peut l'orienter dans sa décision.

*M1« Moi quand je régule je leur fais confiance sur beaucoup de points et c'est vrai que quand on nous passe un appel en disant « bah elle simule » c'est vrai que malgré soit on va avoir un espèce de préjugé qui va orienter un petit peu...Ou c'est une habitude*

*qui va rappeler tout le temps ou c'est un habitué qui va oui forcément ça va changer notre regard même si ça ne devrait pas mais je pense que c'est humain. »*

## 6) Un changement

M4 explique que le fait d'être devenu mère à changer son comportement.

*M4« Je pense que le fait de devenir maman a dû aussi changer mon comportement. »*

M5 reste sur ses positions.

*M5« Je fais quand même la part des choses entre ce que l'on peut écouter et ce que l'on ne peut pas écouter donc ça ne m'a pas changé beaucoup ma façon de réguler. »*

M11 envoie des moyens au bout du 3<sup>ème</sup> appel.

*M11« Malheureusement le système fait que on est finalement au bout du troisième appel obligé d'envoyer une ambulance. »*

M13 pense que ce battage médiatique a sûrement eu des répercussions sur sa façon de réguler.

*M13« Tout ce battage médiatique ça a eu des répercussions sur vous sur votre façon de réguler. ? »*

*« (Soupir) Sûrement sûrement..... Sûrement. »*



M10 ne trouve pas avoir ouvert le parasol pour autant.

*M10 « J'ai pas non plus l'impression d'avoir ouvert le parasol d'autant plus et puis d'envoyer tout le monde consulter. J'ai pas l'impression. »*

M7 parle d'adaptation, de ne plus prendre de risque.

*M7« Donc maintenant on s'adapte. »*

*« Maintenant on ne prend plus de risques »*

M14 explique qu'il envoie plus de moyens qu'avant quand il y a beaucoup d'appels.

*M14« Quand c'est des grosses nuits avec beaucoup beaucoup beaucoup d'appels en fait, bah on envoie peut-être plus facilement des moyens que l'on aurait peut-être pas envoyés avant. »*

#### ○ Les horaires

Globalement les horaires sont source de satisfaction, résidant sur la base du volontariat. Les secondes parties de nuit (1h 7h) apparaissent comme extrêmement difficiles pour beaucoup.(17)

#### 1) Les secondes parties de nuit

M12 trouve cela trop dur.

*M12« Est-ce que vous êtes amené à faire des secondes parties de nuit ? »*

*« Non. »*

*« Non jamais ? »*

*« Pas du tout je je peux pas c'est pas possible. »*

*« Pour votre rythme... ?»*

*« Non non j'y arrive pas C'est trop dur. »*

*« D'accord. »*

M8 dit qu'il n'a plus l'âge.

*M8« J'ai plus l'âge (rires) trop fatigant les nuits je les fait pas. »*

M11 ne peut pas physiquement.

*M11« Est-ce que vous faites des secondes parties de nuit quand vous régulez ? »*

*« Jamais. »*

*« Jamais vous n'en n'avez jamais fait. »*

*« Non je ne peux pas physiquement. »*

M5 reconnaît que c'est le plus difficile.

*M5« C'est quand même les deuxièmes parties et c'est difficile mais c'est un choix au niveau organisation de mon travail. »*

M10 trouve aussi que c'est super difficile.

*M10« (Soupir) clairement c'est super difficile quoi la deuxième partie nuit. »*

M2 trouve cela épuisant et ne l'a fait qu'une fois.

*M2« Je ne l'ai fait qu'une fois, j'ai trouvé ça épuisant. »*

*« Épuisant. »*

*« Epuisant oui j'ai jamais refait. J'ai jamais refait. »*

M15 ne recommencera plus jamais.

*M15« J'ai fait une fois au début où ça a commencé. Je me suis dit que je ne recommencerais plus jamais. »*

5 régulateurs libéraux sur les 15 interrogés dans notre étude font des secondes parties de nuit.

## 2) Le volontariat

M1 explique que les nuits profondes ne se font que sur la base du volontariat.

*M1« Si on ne veut pas faire de garde en nuit profonde, on les fait pas .On nous oblige pas à prendre plein de garde tous les mois. »*

M8 trouve les plages horaires satisfaisantes.

*M8« En termes d'horaires on est pas mal c'est 6 ou 8h moi ça me convient. »*

M7 dit que les horaires sont pas mal.

*M7 « Les les les horaires c'est pas mal. »*

### ○ Les injures et violences

Les injures et les violences verbales sont le lot quasi quotidien des régulateurs, confirmé par cette étude avec parfois des menaces de plaintes. Certains nous ont évoqué qu'ils en percevaient moins.(18)

#### 1) Quotidiennes

M5 dit qu'ils y sont tous passés.

*M5« On y est tous passés. »*

*« Ah oui ça on l'a toute toute été même en étant gentille en étant souriante non comme on leur donne pas ce qu'ils veulent ou même en leur donnant ce qu'ils veulent y'en a ...Toute façon quand ils sont éméchés c'est fichu il y en a je sais pas c'est l'heure ....enfin. »*

M15 parle de mauvais coucheurs.

*M15 Des menaces oui mais bon il y a toujours des mauvais coucheurs qui sont pas contents du système et qui veulent qui sont exigeants. Ils ont pas compris que la médecine avait changé. »*

M1 explique qu'il y en a toujours qui menacent un peu.

*M1« Ils y en a toujours qui menacent un petit peu. »*

M2 dit que bien sûr ils se font insulter.

*M2« Bien sûr on se fait insulter »*

M11 parle des menaces et insultes qui perdurent depuis 20ans.

*M11« Ah oui par rapport à autrefois et surtout d'agressivité des appels. »*

*« Justement est-ce que vous avez déjà été exposés à de la violence verbale .....»*

*« Exclamation HA »*

*« ...des menaces des insultes ? »*

*« Depuis 20 ans oui. »*

M9 parle d'occupation favorite.

*M9 « Est-ce que vous avez été menacé ? »*

*« Ah oui. »*

*« Insulté ? »*

*« Exclamation ah oui c'est mon... Mon occupation favorite quand je viens là. »*

M12 affirme que bien sûr il y en a.

*M12 « Oui (catégorique) des insultes bien sûr des menaces oui oui oui. »*

M7 parle de quelque chose de régulier, de quotidien.

*M7 « Au SAMU on se fait régulièrement injurier. »*

*« Ca fait partie du quotidien »*

## 2) Les menaces

M14 évoque l'affaire de Strasbourg.

*M14 « Avec des gens qui menacent en fait de toute façon ça s'est passé comme ça à Strasbourg si vous m'envoyez personne, je porte plainte. »*

M12 évoque des menaces de plaintes non abouties.

*M12« Il y a des gens qui m'ont menacé de porter plainte mais je n'ai jamais été.... Ça n'a jamais été plus loin. »*

### 3) Un mal en régression

M13 trouve que c'est de moins en moins le cas.

*M13« Ouais (catégorique). »*

*« Des menaces des insultes ? »*

*« Oui oui mais de moins en moins. »*

*« De moins en moins. »*

*« Oui (catégorique). »*

M10 n'en a pas de souvenirs récents.

*M10« Finalement assez peu quand même là du coup je n'ai pas de souvenir récent. »*

M8 trouve qu'il y a moins d'animosité quand même.

*M8« Il y a moins d'animosité quand même. »*

### ○ Les locaux

Les conditions de travaux actuelles au sein du CCRA amènent à parler des locaux en eux même. Le coté bruyant y est déploré, source de fatigue et d'une concentration plus difficile. On retrouve des éléments positifs liés entre autres au plateau technique à disposition.

#### 1) une ambiance bruyante

M3 trouve que la salle de régulation est bruyante.

*M3« je trouve que la salle de régulation en revanche est bruyante. »*

M12 trouve que c'est fatigant le bruit.

*M12« Maintenant voilà ce qui est fatigant c'est c'est c'est très c'est souvent bruyant et..... Quand il faut se concentrer sur un appel et qu'il y a beaucoup de bruit autour c'est quelquefois c'est c'est ça c'est fatigant. »*

M7 trouve que c'est beaucoup plus bruyant maintenant.

*M7« La seule chose que j'ai trouvé changée c'est la salle de régul'. Avant on avait des feuilles maintenant on a l'ordinateur et c'est beaucoup plus bruyant c'est le seul truc avant c'était plus calme vraiment. »*

## 2) Satisfaction

M15 trouve qu'en termes de cadre de travail c'est bien.

*M15« En termes de cadre de travail c'est bien »*

M14 trouve que le plateau technique est adapté à l'activité.

*M14« À la limite le plateau technique est plutôt adapté je pense à l'activité. »*

### ○ La motivation

Les motivations à participer à la PDSA via les régulations téléphoniques sont vastes et personnelles.

Cependant nous retrouvons un attrait lié à « l'adrénaline » qu'elle procure, au travail d'équipe souvent apprécié par des MG esseulés en cabinet, à un attrait financier non dissimulé notamment avec la défiscalisation de leurs honoraires.

### 1) L'action et l'adrénaline

M4 explique qu'il préfère être dans l'action.

*M4« Moi je préfère être dans l'action. »*

M2 parle d'un intérêt pour gérer leur activité au quotidien.

*M2« C'était autre chose que l'activité libérale qui était bah voir des smuristes en activité d'urgence euh euh.... Donner des conseils téléphoniques aussi c'est un intérêt ça nous permet de mieux gérer je pense notre activité au quotidien voilà. »*

M3 trouve cela très très intéressant et très difficile à la fois avec une dose d'adrénaline palpitante.

*M3« J'ai toujours trouvé ça très très intéressant. Très intéressant très difficile mais très intéressant. C'est un exercice sur le fil du rasoir en permanence avec une petite dose d'adrénaline qui n'est pas celle d'une sortie SMUR mais qui..... Qui est quand même je trouve assez palpitante assez intéressant. »*

M9 trouve que c'était un bon compromis.

*M9« Bah je pensais que c'était une bonne..... c'était une façon de rester dans le domaine de l'urgence en lâchant le SMUR. »*

M14 parle d'une activité à part entière avec un côté stressant qu'il apprécie.

*M14« C'est une activité vraiment à part entière je pense que si on ne l'a pas exercée on a du mal à se rendre compte. »*

M12 recherche l'adrénaline.



M12« *Euh bah un peu l'adrénaline aussi hein voilà. »*

## 2) Un travail d'équipe

M4 parle de groupe solidaire, de cohésion.

M4« *On a formé un groupe qui est relativement solidaire. »*

« *Moi j'y suis bien parce que on est une bonne équipe. »*

M15 parle d'une satisfaction réciproque.

M15 « *J'ai le sentiment qu'ils sont contents de me voir et moi je suis content de les voir donc voilà (rires) c'est réciproque. »*

M1 aime le travail d'équipe.

M1« *J'aime toujours le travail d'équipe qu'il y a. »*

M8 explique que cela lui permet d'avoir des contacts avec d'autres confrères.

M8« *Ça permet souvent aussi d'avoir des contacts avec d'autres confrères. »*

M12 parle de convivialité et d'équipe.

*M12« Je suis pas mécontent de retrouver l'équipe parce que il y a des gens que j'aime bien voilà c'est plutôt convivial. »*

*« Ben peut-être justement le travail d'équipe. »*

### 3) Un attrait financier

M1 reconnaît l'attrait financier.

*M1« Il y a l'attrait financier qui est quand même on va pas se mentir c'est c'est quand même très bien payé..... Exonéré d'impôts donc. »*

M11 explique que c'était pour payer ses études.

*M11« C'était financièrement pour payer en plus mes études. »*

M9 dit que l'argent n'était pas que l'intérêt.

*M9« C'étaient mes motivations principales contrairement à ce que tu penses les pépettes n'étaient pas que l'intérêt. »*

M14 explique que cela lui permet de s'y retrouver financièrement.

M14« *Je l'ai fait aussi parce que ça me permet de compléter mon activité qui démarre à côté. Du coup de m'y retrouver un petit peu et en fait je joins l'utile à l'agréable. »*

M8 parle de complément de salaire quand il remplaçait.

M8« *C'était un bon complément salaire quand je remplaçais. »*

M10 dit qu'il y a un intérêt lucratif.

M10« *Alors initialement comme beaucoup quand même il y a un intérêt lucratif. »*

### ○ La réforme

Dans notre étude, il était question aussi d'aborder le sujet de la fermeture des MMDG à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

L'avis est unanime et non modéré : il s'agit d'une erreur.

En découle une inquiétude quant à leur marge de manœuvre décisionnelle à venir ; et un constat alarmiste sur une surcharge des urgences inévitable ....

#### 1) Incompréhension et colère

M5 trouve cela archi stupide, parle d'une aberration.

M5« *Alors ça moi je trouve ça archi stupide. »*

« *Pour moi c'est une aberration et là ça va nous gêner pour travailler. »*

M15 ne comprend pas.

M15« *Je comprends pas je crois que c'est une affaire de gros sous.... Les gens ils vont encore moins comprendre de devoir faire 50 ou 60 km s'ils sont malades après ceci dit ça les fera peut-être réfléchir à deux fois avant de déranger un médecin en pleine nuit. »*

M1 trouve qu'il aurait fallu avoir une vision beaucoup plus globale.

*M1« Je pense que c'était une vision beaucoup plus globale qu'il fallait avoir et pas juste une vision d'une ligne de budget qui va être supprimée dans le budget de l'ARS mais qui va se décupler avec le passage aux urgences.... Les ambulances. »*

M2 pense que cela va être ingérable.

*M2« Ça me semble ingérable pour nous les médecins libéraux je ne comprends pas.... Je ne comprends pas. »*

M9 parle de quelque chose d'intolérable et de lamentable.

*M9« Et bientôt on en aura encore moins car en semaine il n'y aura plus de maison médicale Il n'y en aura plus que 3 et ça c'est ce qui met le feu aux poudres c'est intolérable. »*

*« Bah je trouve ça lamentable. »*

M12 parle de « conneries », de dysfonctionnement complet.

*M12« Bah ça va moi à mon avis c'est une connerie. »*

*« Donc c'est c'est c'est dysfonctionnement complètement. »*

M13 trouve cela merdique.

*M13« Ben pfffff soupir c'est merdique oui c'est merdique oui. »*

M10 dit que c'est n'importe quoi.

*M10« C'est n'importe quoi. »*

M7 trouve cela éloigné de la réalité.

*M7« C'est éloigné de la réalité. »*

## 2) Une inquiétude

M5 se demande comment ils vont faire sans maison médicale.

*M5« Parce que là comment va-t-on faire s'il n'y a plus de maison médicale. »*

M3 pense que cela va être compliqué.

*M3« Ce qui je pense va être compliqué c'est les appels de soirée quand on aura plus que trois ou quatre maisons médicales sur les secteurs de garde. »*

M12 dit que cela complexifie la tâche et parle de catastrophe.

*M12« Ça complexifie la tâche oui bien sûr.... Parce que voilà la maison médicale de Deville ferme Têtes Têtes aussi je crois. Il doit plus y avoir que Neufchâtel Rouen et Le Havre.... Han mais c'est une catastrophe on ne sait pas comment va faire. »*

## 3) Une surcharge des urgences à venir

M3 pense que les gens vont aller directement aux urgences.

*M3« Je pense que les gens ils vont s'arrêter devant l'hôpital et ils vont s'arrêter aux urgences ils ne vont pas..... Ils ne vont pas chercher la clinique Saint-Hilaire. »*

M9 dit que les urgences seront prêtes à exploser.

*M9« Les urgences seront prêts à exploser mais c'est pas grave ça les gêne pas ce n'est pas le même budget. C'est le budget hospitalier c'est pas le budget de la PDS donc c'est pas leur problème. »*

M8 craint que cela ne surcharge un petit plus les urgences.

*M8« Ça risque de surcharger un petit peu plus les urgences. »*

M12 parle d'une connerie qui va aggraver la situation et surcharger les urgences.

*M12« Bah ça va moi à mon avis c'est une connerie parce que ça va surcharger ça va aggraver une situation qui existe déjà c'est-à-dire ça va surcharger les urgences. (Silence) Et puis et puis ça va surcharger les maisons médicales comme Rouen qui sont déjà qui sont déjà très surchargées. »*

M10 pense qu'il va y avoir une recrudescence de l'affluence aux urgences.

*M10« Du coup il va y avoir une recrudescence de l'affluence aux urgences. »*

M7 parle d'un problème décalé.

*M7« Aux urgences ça va être saturé voilà et on décale le problème. »*

- La rémunération

La rémunération est source de satisfaction dans le sens où la déduction fiscale est appréciée. Elle est très décriée quand il s'agit de la comparer à d'autres corps de métier travaillant la nuit et suite à l'alignement du tarif jour/nuit nouvellement instauré.

### 1) Satisfaction

M4 la trouve correcte.

*M4« Votre rémunération ? »*

*« Alors je la trouve très correcte.»*

M5 ne s'en plaint pas.

*M5« Alors moi en terme de rémunération moi je me plains pas jusque-là. »*

M15 parle d'amélioration et de satisfaction.

*M15« Depuis la mise en place de la rémunération par la sécu sur un forfait horaires c'est quand même nettement amélioré donc là je suis satisfait. »*

M2 trouve cela intéressant.

*M2« C'était intéressant parce que nos gardes sont déduites ça je pense que vous le savez.... C'est devenu super intéressant. »*

M3 trouve cela plutôt correct.

M3« *La rémunération globalement elle est.... Elle est plutôt correcte. »*

M11 trouve cela correct aussi de par la déduction fiscale.

M11« *C'est correct parce que on a une..... on est pas..... On a une déduction d'impôts, il y a une partie non imposable pardon du coup c'est correct. »*

M14 évoque quelque chose de tout « bénéf ».

M14 « *On est quand même plutôt grassement rémunéré et accessoirement on est exonéré d'impôts quand même dessus. C'est tout bénéf en fait. »*

M8 n'est pas choqué.

M8 « *Ouais moi ça me convient si on augmente je ne vais pas dire non mais ça ne me choque pas comme rémunération. »*

M10 est satisfait.

M10« *En termes de rémunération moi je la trouve plutôt satisfaisante. »*

## 2) Insatisfaction

M4 parle d'injustice entre la nuit et le jour.

M4« *Qu'ils ont décidé d'augmenter la journée de baisser la nuit donc.....(grande inspiration) ouais un peu en pétard parce que je ne trouve pas ça très juste. »*

M5 trouve que le travail mérite plus.



*M5« Ils veulent moins payer les gardes. J'ai dit que la rémunération moi ça me convenait mais c'est vrai que pourquoi être moins payé alors que on fait quand même un travail qui mérite plus. »*

M2 trouve cela pas très cher payé.

*M2« Rémunération ...Je trouve que ce n'est pas très cher payé. »*

M9 trouve que toutes les professions de nuit sont payées plus chères, et parle d'absence d'efforts financiers.

*M9« Parce que j'estime que considérer qu'on est suffisamment payés pour travailler de 1h à 7h du matin ok toutes les professions sont payées plus chères la nuit pourquoi nous on ne l'est pas plus voilà. »*

M14 compare son taux horaire à celui d'un électricien.

*M14« Malgré tout quand on fait le taux horaire on est quand même moins cher payé qu'un électricien qui vient à votre domicile faire de la réparation je ne dénigre pas les électriciens.... Faut remettre les choses dans leur contexte, on n'a pas fait les mêmes études. »*

M7 dit tout simplement que ça n'est pas assez cher et non proportionnel.

*M7« C'est pas assez cher. »*

- Le ressenti

Nous arrivons sur un point important de cette thèse avec un abord spontané des participants sur la polémique de l'affaire de Strasbourg.

Là encore l'unanimité quant à l'absence d'étonnement qu'une telle histoire se soit produite est retrouvée.

Ils évoquent pour certains des consignes qui en ont découlé quant à leur façon d'exercer la profession.

Les médias apparaissent quant à eux délétères et préjudiciables dans leur façon qu'ils ont de traiter l'information.

La bonne ambiance et la solidarité restent de mise au sein du centre bien qu'une pression supplémentaire s'y soit ajoutée.

La conclusion de cette affaire ô combien médiatisée pointe du doigt la dangerosité de l'a priori par certains.

Dans les clés évoquées pour pallier l'éventualité de nouveaux cas, comme celui de Strasbourg, la demande d'une formation en communication semble primordiale pour M1 M3 M8 M11 M13.

A propos de l'affaire de Strasbourg

### 1) Une fatalité

M4 est étonné que ça ne soit pas arrivé plus tôt, pense que cela aurait pu arriver partout.

*M4« Honnêtement l'erreur qui a été faite à Strasbourg elle aurait pu être faite à Rouen.... Archi convaincu. »*

*« Mais c'est normal que ça soit arrivé ça aurait pu arriver n'importe où...N'importe où convaincu. »*

M5 a trouvé cela très injuste vis-à-vis de la permanencière.

*M5« Le ressenti c'est que j'ai trouvé ça très injuste vis-à-vis de la pauvre permanencière qui s'était faite accuser parce que on est tous.... Parce que on a tous la possibilité de faire ce qu'elle a fait. »*

*« Donc cette pauvre permanencière qui s'est faite avoir... Tous ses ennuis moi je me dis que ça pourrait très bien nous arriver à nous médecin régulateur. Parce que si quelqu'un me dit qu'il a si qu'il a ça alors que on sent bien que cela n'est pas vrai ou qu'il a déjà appelé 15 fois. »*

M1 parle de dysfonctionnements et pas seulement à Strasbourg.

*M1« Il y a des dysfonctionnements qu'il n'y a pas qu'à Strasbourg, qu'il a eu des dysfonctionnements moi j'ai déjà entendu même à Rouen des propos un peu de ce genre... »*

*« Je ne vais pas blâmer ni la permanencière oui il y a eu malheureusement la mort de cette jeune femme je pense que malheureusement ce n'est pas la première fois que cela a dû arriver. Je pense pas que ce soit forcément la faute.... On a pas tout le cheminement que ce soit forcément la faute de la permanencière ou du médecin. »*

M2 dit qu'il n'a pas été étonné du tout.

*M2« Bah j'ai pas été étonné moi j'ai pas été étonné du tout. »*

M13 raconte l'absence de surprise, et trouve qu'il y a un temps où il y avait du mépris et du racisme.

*M13« J'ai pas été surpris. »*

*« Parce que c'est vrai que il y a eu un temps où je trouvais que les permanencières et des fois les collègues.... Les collègues réanimateurs je trouvais qu'ils étaient assez incorrects avec les gens, qu'il y avait un certain mépris et quelquefois avec du racisme dans les propos. »*

## 2) Des consignes données

M5 relate des remarques qu'ils ont eu de rester aimables de faire attention de ne pas faire de blagues stupides etc.

*M5« C'est vrai que on a eu deux trois remarques du style bon bah suite au problème qu'il y a eu récemment faut vraiment rester très aimable faut vraiment faire attention à ce que vous dites même quand vous avez raccroché vous ne dites rien plus haut qu'il ne faut. Pas de remarque pas de blague stupide pas de mot au-dessus de l'autre. Pas*

*de.... Mais bon on le fait tous quand même à un moment parce que bon ...Parce que voilà il faut.... On a besoin quand même pour maintenir enfin il faut se relâcher. »*

M3 trouve que les ARM « balancent » tous les appels aux médecins.

*M3« On a l'impression qu'elles nous balancent tout maintenant. Par peur en fait...Peut-être par consigne. Je ne sais pas et ça devient plus dur.... Plus dur du coup parce que on a une gestion d'appels qu'on avait pas avant. »*

M9 dit qu'ils ont eu des consignes par Madame la Ministre.

*M9« Oui catégorique dans le sens où on a eu nous des consignes par madame la ministre qui nous a dit qu'on ne devait plus mettre en doute ce que le patient nous disait en gros. »*

### 3) L'impact des médias

M5 trouve que cela leur a tous porté préjudice, que c'est toujours mal interprété par les médias.

*M5« Ça nous a tous porté.... Ça nous a tous porté préjudice. »*

M15 s'est senti énervé.

*M15« Un gros énervement parce que la presse monte en épingle des trucs. »*

M 1 parle de stigmatisation par les médias.

*M1« Ça stigmatise quand même les patients. Les médecins. »*

M3 trouve que la médiatisation ne les a surtout pas aidés.

*M3« Le ressenti c'est que la médiatisation ne nous aide absolument pas. Sauf peut-être à inciter... A inciter.... À nous inciter à nous améliorer à améliorer surtout la qualité enfin je ne sais pas comment on pourrait dire euhhhh. »*

M11 explique que ça n'était pas compréhensible par le public.

*M11« C'est du quotidien des appels. Comme l'appel qui est passé dans les médias.... Et de faire écouter au grand public ça j'ai trouvé ça atroce.... Parce que c'est pas c'est pas compréhensible.... Par le public il faut remettre dans le contexte. »*

M14 explique qu'ils sont souvent confrontés à l'histoire de Strasbourg.

*M14« Ils nous renvoient beaucoup les images de ce qu'on entend dans les médias sur les histoires ...Les dernières histoires de régulation notamment ce qui s'est passé à Strasbourg. »*

M12 trouve que c'est un fait isolé et peu courant qui a été mis en épingle.

*M12« On a fait...On a mis en épingle quelque chose qui.... Ce n'est pas le plus courant quoi. Quelquefois il peut y avoir une permanencière qui répond un peu de façon..... Épidermique qui se rend pas compte ou qui.... Mais la plupart du temps c'est c'est.... Moi je vois bien comment elles travaillent ce n'est pas comme ça que ça se passe. »*

M7 regrette qu'on ne parle pas des cas où on évite les catastrophes, et explique que c'est toujours le médecin le fautif.

M7« *On parle jamais des cas où on a un peu anticipé et évité des catastrophes. »*

« C'est toujours le médecin le fautif »

#### 4) L'apriori

M5 cite "Pierre et le Loup"

M5« *C'est-à-dire parce que à force Pierre et le loup. Enfin vous voyez de nous dire on a ça on a ça on a ça.... Et puis que en fait ils n'ont rien.... Bah voilà et le jour où vraiment ils ont quelque chose bah on se fait avoir parce qu'ils te disent tellement de choses fausses parfois pour que tu viennes.... Voyez en exagérant leurs symptômes en disant j'ai ci j'ai ça et finalement quand on arrive bah il n'y a rien. »*

M15 définit l'erreur comme étant l'apriori.

M15« *Mon ressenti c'est que euhh (cherche ses mots) .... L'erreur c est l apriori. »*

M1 explique que toute information extérieure modifie la prise en charge en bien ou en mal.

M1« *Toute information extérieure va modifier notre prise en charge qu'elle soit bonne ou mauvaise. »*

#### 5) La communication, clé du changement

M1 dit qu'il y a des procédures à améliorer.

M1« *Oui il y a des procédures à améliorer. »*

M3 sollicite des formations en termes de communication.

*M3« Il faudrait que.... Alors je ne sais pas si c'est l'ARS l'hôpital ou les 2.... Nous fassent des formations je pense sur la communication. »*

M11 explique le ressenti des permanencières.

*M11« C'est gravissime par rapport aux politiques qui ont répondu en disant qu'il fallait former ses permanencières qui sont très bien formées mais elles savent très bien travailler mais elles sont excédées parce qu'elles n'ont pas assez de temps de débriefing elles elles saturent du système. »*

M8 pense qu'il faut essayer de se montrer plus directif.

*M8« On peut essayer de poser les choses, d'être... De se montrer peut-être un petit peu plus directif. »*

M13 regrette que certains ne soient pas très doués en communication.

*M13 « Il y en quelques-uns qui sont qui sont je trouve pas très doués dans la communication »*

6) L'ambiance

M4 s'entend très bien avec ses collègues de nuit.

*M4« Moi je m'entends très bien avec les permanenciers qui font ces horaires-là... qui font la nuit. »*

M2 souligne que l'ambiance s'est nettement dégradée depuis l'affaire de Strasbourg, que cela n'est plus pareil.

*M2« En fait manifestement depuis cette affaire-là l'ambiance s'est nettement dégradée. »*

M3 pense que ça a fait peur à tout le monde.

*M3« Je pense ça a foutu la trouille à tout le monde. »*

M6 apprécie travailler en petit comité.

*M6 « On est en petit comité c'est tranquille. Et puis moi avec les permanencières ça se passe bien. »*

M14 souligne l'ambiance particulière de la nuit.

*M14« En même temps il y a le côté quand même assez sympa de la régulation on n'est pas tout seul il y a des équipes il y a une ambiance particulière liée aussi au travail de nuit. »*



M10 trouve que le climat est le même.

*M10« Le climat il n'a pas forcément changé non. »*

M7 note une pression supplémentaire au sein du SAMU depuis l'histoire de Strasbourg.

*M7« Le SAMU il est quand même un peu sous pression par rapport à cette histoire-là. »*

# Discussion

## 1) Mon ressenti

Le ressenti que j'ai eu tout au long de la réalisation de cette étude est globalement positif. J'ai eu un excellent accueil de la part des médecins libéraux régulateurs qui ont su se rendre disponibles, malgré une charge de travail quotidienne importante, permettant la réalisation de cette thèse.

J'ai eu cependant le sentiment qu'ils avaient particulièrement besoin de s'exprimer après une année chargée de tensions médiatiques et de récentes modifications de l'organisation de la PDS.

De plus, la question de la régulation médicale libérale m'a semblé intéressante, car elle se trouve à la jonction des deux spécialités, la médecine générale et la médecine d'urgence, ce qui correspond à ma formation.

Les entretiens furent enrichissant dans ce sens. Mes confrères m'ont fait partager leur expérience : leur début de carrière dans la régulation, leurs souvenirs de régulation les plus marquants, mais aussi ont su aborder avec simplicité et pudeur les moments difficiles de leur métier, leurs erreurs passées, leurs souhaits pour l'avenir et leur vision de la médecine.

## 2) Limites et points forts

Faire cette thèse sous forme qualitative a permis d'arriver à installer assez de confiance et d'écoute pour recueillir le ressenti de mes confrères.

Cela a été un exercice exigeant mais passionnant : rester concentrée sur le guide d'entretien, tout en laissant libre court à la spontanéité pour ainsi recueillir les éléments les plus pertinents possibles, a été un challenge que j'ai eu plaisir à relever, Quinze entretiens ont ainsi été réalisés.

La saturation des données a été acquise, ce qui est un des points fort de l'étude. Au bout de 13 entretiens, les thèmes retrouvés lors de la retranscription/analyse restaient identiques, Afin de confirmer cette saturation, deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

Une thèse qualitative sur un ressenti laisse souvent présager des entretiens longs dans la mesure où l'investigateur gagne la confiance de son interlocuteur. Dans notre étude, l'entretien le plus court était de 8minutes, le plus long de 32 minutes.

Cependant le guide d'entretien, qui abordait 4 thèmes avec au total 5 questions (hors données socio démographiques), restait suffisamment ouvert pour que le régulateur se sente libre de s'exprimer le plus possible. Sur les 15 entretiens, tous se sont

déroulés avec courtoisie et bienveillance de mes confrères envers le jeune médecin que je suis. Il est à remarqué que le temps des entretiens un peu court pour certains n'est en rien synonyme de manque de dialogue sur le sujet. Néanmoins les propos de quelques participants auraient pu être approfondis davantage. Les questions de relance ont parfois dû être utilisées afin de garder ce caractère spontané et naturel de l'échange et d'être le plus fidèle à la pensée initiale.

Il s'agissait aussi d'un premier travail qualitatif de la part de l'enquêteur.

Sur les 15 sujets interviewés, on retrouve une majorité de femmes, avec nous l'avons vu pour la plupart une longue expérience du SAMU et de la régulation.

Néanmoins, le but dans ce type de travail n'était pas de constituer un échantillon représentatif, mais d'avoir un maximum de points de vue pour atteindre une certaine richesse de réponses.

Sur le plan de l'analyse : le logiciel Nvivo a été utilisé. Il s'agit du logiciel référence quand il s'agit de réaliser une analyse qualitative.

Les verbatim ont été créés à partir de la retranscription des entretiens. Puis le codage a ainsi été réalisé avec la création de nœuds via Nvivo. En ce qui concerne une éventuelle triangulation des données, 2 entretiens ont été codés par une autre personne que l'investigateur. La similitude du codage atteignait les 80%. La comparaison s'est arrêtée là.

Le codage fut ouvert : et c'est quasiment l'ensemble d'un entretien qui a donc été analysé mot après mot, permettant une analyse globale beaucoup plus fine et quasi exhaustive.

L'autre point de méthodologie positive qu'il faut souligner est que l'analyse par Nvivo a été faite a posteriori.

En effet, les thèmes de départ (qui émanaient du guide d'entretien à savoir : Conditions de travail, Motivation, Impact des médias, Avenir) n'ont pas du tout été pris en compte lors de l'analyse.

Le codage une fois réalisé, les sous thèmes et thèmes étaient cependant retrouvés, et dévoilés à l'aveugle à chaque fois. Il s'agissait de ne pas prendre appui sur les postulats de départ pour voir si, une fois l'analyse de la classification et de l'interprétation des nœuds faite on pouvait éventuellement retrouver des hypothèses établies en amont du travail.

Ce fut majoritairement le cas pour notre étude : avec l'émergence des thèmes suivants : l'avenir, les difficultés rencontrées lors de cette activité de régulation, la façon de réguler actuelle, les horaires, les injures et violences, les locaux, la motivation, la rémunération, la réforme, le ressenti sur les médias.

Tout le travail d'analyse est fourni en annexe. (Annexe 7)

### 3) Littérature existante et points de similitude

La littérature sur le sujet de la régulation médicale au sens large ne manque pas. Sur la régulation des médecins généralistes elle se restreint. Sur les motivations de ces derniers ou leur rôle, elle s'appauvrit considérablement.

Enfin quand il fut question de recenser des sujets (articles, thèses, enquêtes) portant sur le ressenti du médecin généraliste libéral régulateur face aux difficultés actuelles (notamment engendrées par un contexte médiatique que l'on peut qualifier d'hostile) les résultats furent inexistantes.

En cela le sujet de thèse est novateur et porteur de volontés.

-Le rapport Grall (19) de 2007 nous a interpellé dans le sens où il semblait déjà prévoir l'avenir avec justesse à propos de la régulation médicale. En effet le rapport titrait ainsi le résumé de son analyse :

« Une régulation médicale, socle du dispositif, instable et menacée »

Il soulignait déjà le constat suivant :

« On observe une tendance générale sur le pays à la baisse du nombre de volontaires et des risques permanents de suppression même de cette régulation. Or non seulement la prestation est nécessaire avec des conseils téléphoniques adaptés, mais aussi car l'activité est partout en hausse. Cette désaffection progressive, outre le contexte de volontariat, semble liée à la difficulté même et à la tension liée à l'action de régulation, souvent réalisée après une journée de travail ordinaire, ainsi qu'au risque médico-légal permanent. »

Il relatait les disparités territoriales et notamment le manque de moyens de secondes parties de nuit revendiqué en permanence dans nos entretiens

« Devant le faible nombre d'actes réalisés et le constat souvent fait de l'absence d'effecteurs après minuit, obligeant parfois à des réquisitions permanentes, la tendance est nette et croissante de voir confier la réalisation de la PDS après minuit aux structures d'urgence hospitalières. Enfin une question d'équité se pose, car il s'avère ainsi qu'il y a une France disposant de SOS Médecins et une autre n'en disposant pas, à l'heure où il n'est que de favoriser les dispositifs de maintien à domicile ».

Il proposait des formations pour les jeunes médecins : « Introduire dans le cursus à la fois une formation et des stages de régulation et des permanences au centre 15. Cette formation initiale dès le DCEM 2, durant toutes les années d'étude, induira l'implication ultérieure des jeunes médecins »

Il réassurait que « l'accès à l'aide médicale permanente repose sur une régulation téléphonique préalable. Ceci implique que la réponse à l'appel téléphonique soit performante tant au niveau du matériel de télécommunication et du système informatique que de la qualité et la quantité de ses personnels. Ceci induit la

nécessaire poursuite des efforts déjà entrepris et bien entendu l'arrêt des financements segmentés, ce qui sera de fait dans le cadre de l'évolution proposée du financement »

Ce rapport mettait aussi en avant le rôle des MMDG, de la nécessité d'une formation encadrée des ARMS, d'un intérêt que l'on devait porter sur les montants forfaitaires de rémunérations.....

On retrouvait donc dans ce rapport plusieurs points de similitudes avec notre travail : inquiétude pour l'avenir, alerte sur le manque de moyens surtout en seconde partie de nuit et nécessité d'une revalorisation des salaires. On évoquait aussi la nécessité de formations, d'encadrement dans le domaine de la régulation et l'extrême difficulté du métier avec ce risque médico-légal omniprésent.

Un rapport de la HAS (20) paru au décours de l'affaire de Strasbourg stipule que les événements indésirables graves survenant au SAMU ne sont pas pris en compte et conclue que ces événements indésirables surviennent dans 3 situations prédéfinies à savoir :

- -une sous-estimation clinique de l'urgence par le médecin régulateur.
- -un risque associé à la régulation des appels par l'ARM.
- -une situation de surcharge de travail entraînant une fatigue des opérateurs et une baisse de vigilance.

-Récemment le CNOM a diligenté une enquête auprès des médecins généralistes qui avait pour objectif de déterminer les motivations et les freins à leur participation à la PDSA(21).

L'enquête a été réalisée par l'institut Elabe (22), du 31 janvier au 28 février 2019. Les résultats ont porté sur un échantillon représentatif de 4973 médecins généralistes. Elle mêlait à la fois un versant qualitatif via l'entretien de 10 médecins généralistes versus une étude quantitative ayant eu 5000 médecins participants dont 241 régulateurs.

La conclusion était la suivante : le jugement est relativement positif sur le fonctionnement de la permanence des soins, mais ils ont le sentiment que la situation se détériore.....

Du point de vue des régulateurs libéraux on note plusieurs points intéressants et similaires à notre étude :

- La motivation repose sur le changement par rapport à l'activité au cabinet que représente la régulation. Elle est nettement plus évoquée que la moyenne (55%).
- Le flux tendu de patients à prendre en charge : sur les régulateurs généralistes interrogés c'est une affluence trop importante pour près d'un régulateur sur deux.
- Les patients sont trop impatients et exigeants : 80% des régulateurs y sont en total accord : on retrouve là encore la grande difficulté à satisfaire les patients au téléphone en régulation.

- La majorité s'accorde à dire que les MMDG sont l'avenir : A cet égard, 67% des 4973 répondants estiment que les maisons médicales de garde facilitent l'organisation de la PDS (75% parmi les médecins exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants), et 66% qu'elles facilitent l'exercice médical (75% également parmi les médecins exerçant dans des agglomérations de plus de 100 000 habitants).

On comprend mieux le mécontentement général des régulateurs hauts normands concernant la fermeture des MMDG après 20h en semaine à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 (hors Rouen, le Petit Quevilly Dieppe Neufchâtel en Bray et le Havre)

Le CNOM dans son rapport sur la permanence des soins en décembre 2018(20) rappelait les chiffres des effectifs en régulation :

En 2018, 2.535 médecins libéraux installés participaient à la régulation médicale, soit une baisse de 1,4% par rapport au nombre de médecins recensés en 2017. Leur participation est effective dans la quasi-totalité des départements, hormis pour la Lozère, les Ardennes, le Territoire de Belfort, la Guyane et Mayotte. Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 49.215 en 2018), 5,1% participaient ainsi à la régulation de la PDSA (contre 5,2% en 2017). À ce chiffre doivent être ajoutés les 394 médecins retraités, salariés et remplaçants participant à la régulation de la PDSA.

Au total, ce sont donc 2.929 médecins généralistes qui participaient à la régulation de la PDSA en 2018, soit une hausse de 3% par rapport aux chiffres constatés en 2017.

Le flux semble tendu en termes de participation et l'équilibre est fragile. Quand on sait les conséquences qu'aurait un planning de gardes en régulation incomplet sur les services en aval et en amont, la situation semble plus que critique.

En ce qui concerne notre thématique principale ayant motivé la réalisation de notre étude, soit le ressenti face aux difficultés engendrées par la régulation dans un contexte polémique de 2018, on ne retrouve pas d'écrits interrogeant les professionnels de santé régulateurs sur ce sujet.

Les témoignages que nous rapportons sont saisissants et à notre sens à écouter avec la plus grande attention.

Nous l'avons vu il y est question d'erreurs parfois basées sur l'a priori ; ces erreurs peuvent être commises à tout moment dans n'importe quel centre de régulation. L'aide à la décision pourrait être encadrée par de nouvelles recommandations (La ministre Agnès Buzyn a dans ce sens parlé d'une formation concernant les ARM notamment.)

N'y a-t-il pas un travail à mettre en place afin d'uniformiser un savoir-faire et un savoir être des médecins régulateurs tout en soulignant que le patient a aussi un devoir d'écoute et de respect ?

# Conclusion

Cette période de tension au sein des CRRA, y compris au sein du CRRA du 76 de Rouen, a, semble-t-il, modifié la conduite de la régulation téléphonique pour certains, les conjurant à la prudence.

Tandis que d'autres, forts de leurs expériences restent sur leurs positions et convictions, tout en prenant de plus en plus de risques.

Tous, cependant, tendent à se couvrir et à majorer le déclenchement de moyens, quand les appels se font répétés.

La régulation libérale se définit donc comme un exercice réalisé « sur le fil du rasoir » pour citer M3., Ce type de médecine reste passionnant au vu du ressenti de mes confrères mais ô combien fragile d'équilibre de par l'investissement psychologique et professionnel qu'il demande. (23)

Sa nécessité est imparable, il faut donc que les pouvoirs publics mettent tout en œuvre pour préserver la participation des médecins généralistes libéraux en écoutant notamment leur avis et leurs revendications, mais aussi quelque part en leur assurant protection et valorisation.

Enfin il semble nécessaire d'accentuer, de rappeler et d'insister sur l'uniformisation des conduites à tenir lors de la prise en charge d'un appel par les CCRA.

Uniformisation qui passera sûrement par l'émergence d'un numéro unique d'appel national..... (24)

Mais rappelons que pour avoir des volontaires, il faut que la mission soit attractive, aussi bien du point de vue intellectuel que de la sécurité et du financement.

# Annexes

## Annexe 1

ARS : Agence Régionale de Santé

ARM : Assistant de Régulation Médicale

AMU : Aide Médicale d'Urgence

CRRA : Centre de Réception et Régulation des Appels

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente

CMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS : COmité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MLR : Médecin Libéral Régulateur

MG : Médecin Généraliste

MMDG : Maisons Médicales De Garde

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDSA : Permanence D'accès aux Soins Ambulatoire

PDS : Permanence D'accès aux Soins



## Annexe 2

### Guide d'entretien (version finale)

#### I) Début entretien : Questionnaire socio démographique

Profil du médecin interrogé : âge, parcours, années d'expérience, contexte familial

-Quel Age avez-vous ?

-Pouvez-vous brièvement nous relater votre parcours professionnel ?

-Combien d'années d'exercice au sein de la régulation du SAMU ?

-Faites-vous des secondes parties de nuit ?

#### II) Suite de l'entretien

#### **Thème 1 : CONDITIONS DE TRAVAIL**

- Comment qualifieriez-vous vos conditions de travail ?
- Avez-vous déjà été exposé à de la violence verbale/ physique ? (Plaintes, menaces, insultes ...)

Relance possible : par exemple, que pensez-vous de votre rémunération ? de vos horaires ? de votre temps de repos ? du matériel mis à votre disposition ?

Faites-vous des secondes parties de nuit ? Cela amène-t-il des difficultés supplémentaires ?

#### **Thème 2 : MOTIVATION**

- Quels sentiments vous animent en début de garde ? (Possiblement la 1ère question à poser)

- Expliquez-moi ce qui vous a attiré dans cette activité de régulation téléphonique ?

Relance possible : Dans quel état d'esprit êtes-vous lors d'entamer la garde ?  
D'où vient votre attrait pour ce type d'activité professionnelle ?

### **Thème 3 : IMPACT DES MEDIAS**

- Quel est votre ressenti face aux différents dossiers de régulations rendus publics et ayant engendré la polémique ces derniers mois ?
- Pensez-vous que ce « battage médiatique » a eu des répercussions sur votre activité ?

Relance possible :

Avez-vous été affecté par cela ?

Y a-t-il d'avantage d'appréhension, de pression dans la gestion de vos appels ?

Quand est-il du climat/ambiance au sein du centre de régulation ?  
Comment définiriez-vous le climat actuel au sein du centre de régulation

Selon vous, quelles sont les conséquences possibles sur votre métier de régulateur ?

(Cas de Naomi MUSENGA, Temps d'appel pointé du doigt par la presse ..etc.)

### **Thème 4 : AVENIR**

- Quel est votre état d'esprit concernant la réforme à venir/ en cours du système de régulation, et plus largement du système de permanence d'accès au soin ?

- **(Dernière question /Pour finir :)** En regard de ce que vous évoquez dans cet entretien, comment voyez-vous votre avenir en tant que Médecin généraliste régulateur ?

RELANCE POSSIBLE : Quels sont vos attentes en matière de réforme ? (Numéro unique, d'avantage de coordinations ...)

Quels sentiments prédominent concernant votre avenir au sein du SAMU 76 ?

(Optimiste, pessimiste)

## Annexe 4

Un médecin du Samu bientôt jugé pour non-assistance à personne en péril révèle Le Point .

Une affaire qui n'est pas sans faire songer à celle qui, à Strasbourg, conduisit à la mort de Naomi Musenga, 22 ans, en décembre dernier.

Affaire de régulation impliquant un médecin régulateur libéral

*Les faits datent du 9 avril 2010. Dans la nuit Stéphanie, l'épouse de Didier, compose le 15 du Samu 31 (hôpital Purpan – Toulouse). Très inquiète, elle explique que son mari a très mal à la poitrine, sue abondamment et paraît soudainement très fatigué. Il semble avoir du mal à respirer. « Il ne peut pas ouvrir la main », explique Stéphanie. Avant de poursuivre : « Il a perdu la boule. » Didier n'est pas capable de tenir une conversation et ne peut pas prendre le téléphone. Sur l'enregistrement de la conversation, on entend ses gémissements et ses cris de douleur.*

*Le malade a pris du Gaviscon (un traitement symptomatique du reflux gastro-œsophagien) qui ne l'a pas soulagé. « Mais Jean-Pierre, un des médecins libéraux expérimentés qui participe ce soir-là, à la régulation de la permanence des soins du Samu 31, et qui y travaille depuis 2008, ne paraît pas s'alarmer outre mesure. Son interrogatoire est lapidaire, rapporte Le Point. "Lacunaire", dira plus tard la justice. Il ne pose que quelques questions types : Avez-vous bu de l'alcool ? Êtes-vous pris de vomissements ? De diarrhées ? Avez-vous de la fièvre ? Quels sont vos antécédents médicaux ? etc. ». Le Point :*

*« Dans le doute, Jean-Pierre fait tout de même appel à un praticien de SOS Médecin pour se rendre chez Didier pour une simple visite domiciliaire. Mais aucune urgence n'est évoquée au téléphone, Jean-Pierre se contentant de parler de "violentes douleurs épigastriques avec une gêne respiratoire". " Il y a une épidémie de mal à l'estomac ce soir. Il a dû manger des épices", ajoute le médecin. Didier décède dans la soirée d'un infarctus du myocarde. Quelques jours plus tard, Stéphanie, son épouse, porte plainte contre le Samu, l'hôpital Purpan de Toulouse et les deux médecins. »*

*Infarctus du myocarde*

*Le juge d'instruction saisi de l'affaire prononcera un non-lieu général, estimant que le délit d'omission de porter secours n'est pas constitué – puisqu'il n'est pas prouvé que les médecins ont eu « conscience du caractère de gravité du péril » auquel se trouvait confronté Didier. La famille fait appel et la chambre de l'instruction de la cour d'appel de Toulouse, le 11 septembre 2018, décide de renvoyer Jean-Pierre devant le tribunal correctionnel. S'appuyant sur les analyses de deux spécialistes et des enregistrements vidéo, elle juge que le médecin ne pouvait « se méprendre » sur le risque auquel était exposé Didier. L'un des experts note : « à aucun moment, l'origine coronarienne ou aortique de la douleur n'a été évoquée ».)« En matière de prise en charge en urgence d'un patient, il ne s'agit pas de faire un diagnostic téléphonique précis, mais de savoir suspecter un diagnostic grave qui pourrait mettre en jeu le pronostic vital du patient ; qu'en l'espèce, à l'âge de 51 ans, dans le contexte d'un tabagisme porté à la connaissance des intervenants, les symptômes de Didier devaient être considérés jusqu'à preuve du contraire comme des manifestations douloureuses pseudo-digestives associées à des manifestations vagues d'un infarctus du myocarde. » Selon Le Point la Cour de cassation vient de confirmer le renvoi du médecin devant le tribunal correctionnel pour que l'affaire soit tranchée au fond. La Cour de cassation note : « Aucun test n'est proposé pour valider ou infirmer l'hypothèse d'un syndrome coronarien aigu ; les conseils prodigués consistent à demeurer allongé pour éviter un malaise vagal et à prendre de l'Omeprazole(un inhibiteur de la pompe à protons réduisant la sécrétion acide de l'estomac) alors que deux médicaments similaires ont déjà été tentés. »*

*Pour sa part le CHU de Toulouse souligne qu'il a « collaboré activement à l'instruction et a transmis le dossier médical ainsi que les bandes d'enregistrement du Samu (sic) », dont les professionnels « assurent tous les jours leur mission de service public de prise en charge des urgences médicales avec un haut degré d'exigence ».*

## Annexe 5

SAMU Urgences de France, Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé, Mai 2018

- *le regroupement de toutes les composantes de la régulation médicale sur une plateforme « Samu-Santé » unique, hospitalière.*
- *la mise en place d'un numéro unique dédié à toute demande de soins urgents et/ou non programmés en lieu et place des numéros existants*
- *une organisation territoriale en réseau des plateformes de régulation médicale - une gradation de ces plateformes selon leur capacité de réponse.*
- *la reconnaissance du métier d'ARM comme profession de santé.*
- *une formation d'ARM diplômante répondant aux critères développés dans le référentiel métier SFMU-SUdF-ANCESU-UNARM.*
- *une formation portée à 1 an au minimum dont au moins 6 mois dans un service de soins. - une formation continue obligatoire basée sur les principes de revue de morbidité, comité de retour d'expérience (CREX) et gestion des conflits.*
- *l'amélioration de la formation des médecins régulateurs à l'aide de simulations haute technologie*
- *la reconnaissance du métier de Superviseur de plateforme de régulation médicale. - la mise en place obligatoire de superviseur dans les plateformes à forte activité*
- *des ressources humaines adaptées à l'activité de la plateforme de régulation médicale et basée sur des indicateurs fiables (taux et délais de décroché par exemple) –*
- *une évolution des effectifs en adéquation avec l'évolution de l'activité*
- *un interfaçage numérique entre les plateformes de régulation médicale « SamuSanté » et les centres d'appels « secours » réalisant une plateforme nationale d'urgences unique, numérique et virtuelle - une réforme complète de l'organisation des transports sanitaires urgents basée sur une analyse des besoins territoire par territoire.*
- *le développement de la présence d'un coordonnateur des transports sanitaires urgents au sein de chaque plateforme de régulation médicale à activité importante*
- *une accélération du déploiement du nouveau système d'information national des Samu (SI-Samu)*
- *un accompagnement par le Ministère de la solidarité et de la santé et le Secrétariat d'Etat au Numérique des travaux en cours sur l'utilisation des nouvelles technologies en régulation médicale*
- *une procédure unifiée nationale de traitement des EIG (événements indésirables graves) liés à la régulation médicale –*
- *une certification des Samu en même temps que celle des établissements de santé et la publication annuelle des résultats d'activité et de performance des plateformes de régulation médicale*

## Annexe 6

### **Bibliographie**

1. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS ;2011.31p Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf)
2. Le Samu urgences de France. Accélérer la modernisation de la régulation médicale pour répondre aux défis de santé. Samu urgences de France ;2018.21p. Disponible [https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/ModerniserLaRegulationMedicale-TexteLong\\_mai2018.pdf](https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/ModerniserLaRegulationMedicale-TexteLong_mai2018.pdf)
3. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur LA PERMANENCE DES SOINS. 2003;19.
4. Agence Régionale de Santé de Normandie. Arrêté fixant le cahier des charges régionales de la permanence des soins ambulatoires en Normandie [En ligne]. Disponible: [https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-01/180725\\_ARRETE\\_PDSA\\_ANNEXES.pdf](https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-01/180725_ARRETE_PDSA_ANNEXES.pdf)
5. Marc GIROUD. La régulation médicale. Actualité et dossier en santé publique. sept 2005;(52):38.
6. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Article 77-Permanence de soins - obligations [En ligne]. 11 oct 2012. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>
7. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Elsevier Masson pour la SRLF. déc 2009;18(8):737-41.
8. Baré S, Capel O, Chanzy E, Dreyfus P, Goix L, Labourey JM, et al. Rapport de la mission D.G.O.S relative à la modernisation des Samu état des lieux, objectifs et recommandations opérationnelles [En ligne]. juill 2010 p. 25. Disponible: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission\\_dgos-rapport\\_modernisation\\_des\\_samu-07-2010.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission_dgos-rapport_modernisation_des_samu-07-2010.pdf)
9. Moreno Maestre, María Elena. Place du médecin généraliste dans la régulation de la permanence de soins en centre de réception et régulation des appels. Exemple du Loiret, en ligne]. Faculté de médecine de Tours; 2012. Disponible: [http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012\\_Medecine\\_MorenoMaestreMariaElena.pdf](http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2012_Medecine_MorenoMaestreMariaElena.pdf)
10. Sébastien D. La responsabilité des médecins régulateurs au SAMU-centre 15 et les recours à disposition des usagers en cas de litige: étude de leur mise en œuvre par une revue des réclamations et plaintes impliquant le centre 15 de l'Isère de 2007 à 2010. Faculté de médecine de Grenoble; 2011.

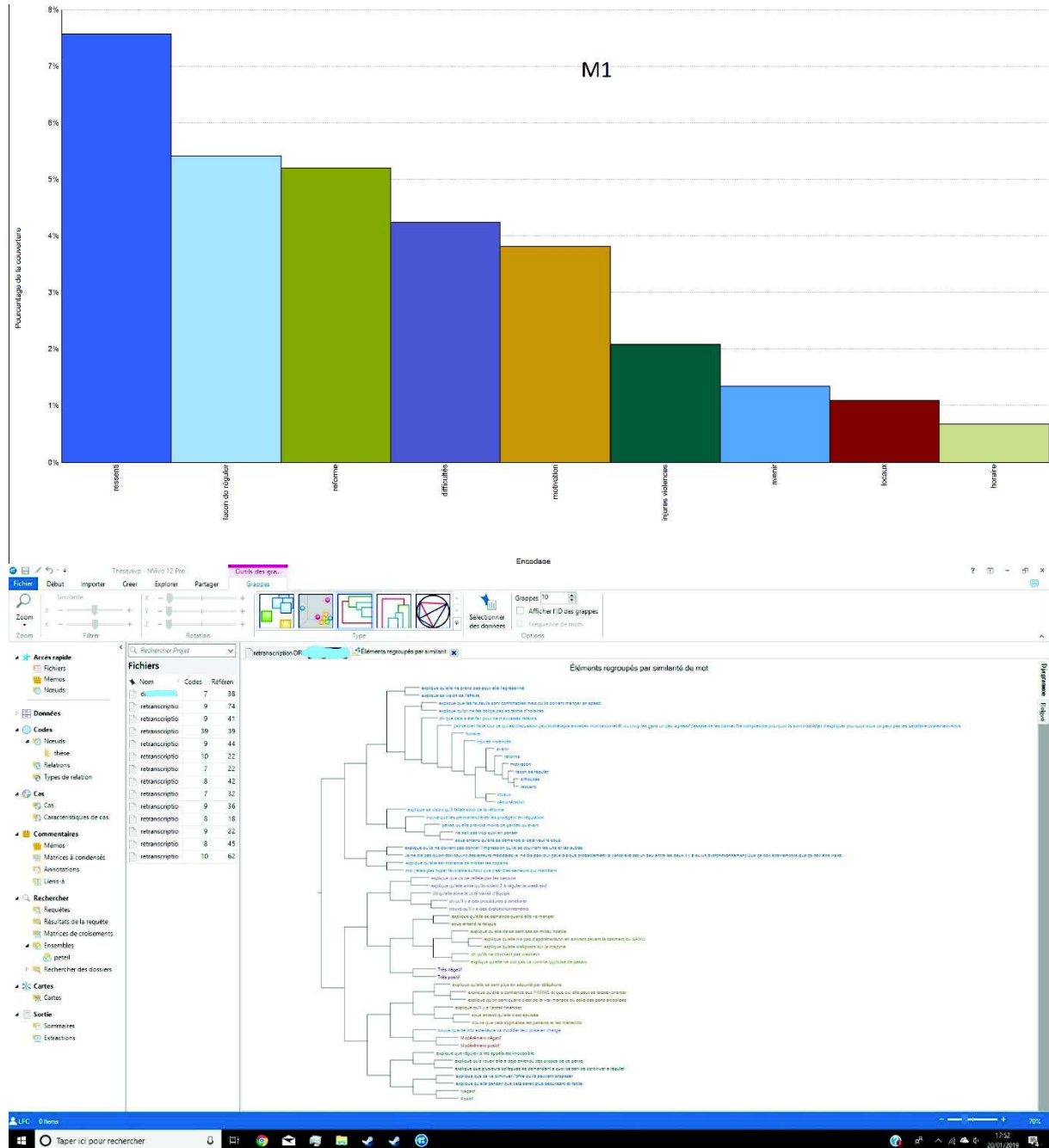
11. Dr Anne Carole Bensadon. Enquête sur les circonstances ayant conduit au décès d'une jeune patiente suite aux sollicitations du samu de strasbourg le 29 décembre 2017. Inspection générale des affaires sociales; juin 2018 p. 61.
12. Leplongeon M. Un médecin du Samu bientôt jugé pour non-assistance à personne en péril. Le Point [Internet]. 25 oct 2018 [cité 8 juin 2019]; Disponible sur: [https://www.lepoint.fr/justice/un-medecin-du-samu-bientot-juge-pour-non-assistance-a-personne-en-peril-25-10-2018-2265975\\_2386.php](https://www.lepoint.fr/justice/un-medecin-du-samu-bientot-juge-pour-non-assistance-a-personne-en-peril-25-10-2018-2265975_2386.php)
13. Le Point. 4,6 millions d'appels sans réponse du Samu en 2016. Le Point [En ligne]. 23 août 2018 [cité le 26 oct 2018]; Disponible: [https://www.lepoint.fr/societe/4-6-millions-d-appels-sans-reponse-du-samu-en-2016-selon-le-point-23-08-2018-2245293\\_23.php](https://www.lepoint.fr/societe/4-6-millions-d-appels-sans-reponse-du-samu-en-2016-selon-le-point-23-08-2018-2245293_23.php)
14. Paris Normandie. Santé. Rouen, Caen, Le Havre... Combien d'appels perdus au Samu ? 2 nov 2018 [cité 2 nov 2018]; Disponible sur: <https://www.paris-normandie.fr/actualites/societe/sante/sante-rouen-caen-le-havre-combien-d-appels-perdus-au-samu-BP13581303>
15. Møller TP, Ersbøll AK, Tolstrup JS, Østergaard D, Viereck S, Overton J, et al. Why and when citizens call for emergency help: an observational study of 211,193 medical emergency calls. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [En ligne]. 4 nov 2015 [cité le 26 oct 2018];23. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632270/>
16. Grégory SUSMAN. Influence du nombre de dossiers horaires sur la décision du médecin régulateur de la permanence des soins en Haute-Garonne, en ligne]. Faculté de médecine : TOULOUSE III-Paul SABATIER; 2013. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/31/2/2013TOU31005.pdf>
17. Thomas VRIGNAUD. Devenir des patients ayant bénéficié d'un conseil médical en nuit profonde par la régulation de médecine libérale Etude rétrospective de janvier à avril 2016 au sein du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers, en ligne]. Faculté de médecine : Poitiers; 2017. Disponible: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/b25f752b-a74b-42ec-b5ce-5e73987effb0>
18. Hamelin P-L, Arzalier J-J. Risques de la régulation médicale en médecine d'urgence. Analyse des dossiers de plaintes de la permanence des soins ambulatoire au SAMU du Var. Médecine & Droit. avr 2018;2018(149):39-46
19. Docteur Jean-Yves GRALL. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins [En ligne]. Ministère de la santé; juill 2007 p. 46. Disponible: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534.pdf>
20. Haute Autorité de Santé. État des lieux des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) concernant les SAMU-SMUR [En ligne]. juill 2018 p. 17. Disponible: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/spa-120\\_rapport\\_etat\\_lieux\\_eigs\\_samu-smur\\_cd\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-07/spa-120_rapport_etat_lieux_eigs_samu-smur_cd_v3.pdf)

21. Conseil national de l'ordre des médecins. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 [En ligne]. déc 2018 p. 66. Disponible: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_rapport\\_pdsa\\_2018.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf)
22. ELABE. Enquête auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires [En ligne]. mars 2019 p. 49. Disponible: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_permanence\\_des\\_soins\\_rapport\\_d\\_etude.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_permanence_des_soins_rapport_d_etude.pdf)
23. Eric Galam. Dossier Burn out. Le Concours médical. 17 avr 2008;Tome 130:20
24. Société Française de Médecine d'Urgence. Eléments de réflexions sur les plateformes communes , le numéro unique et leurs effets sur la qualité des soins [En ligne]. 2018. Disponible: [https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Note\\_112\\_SFMU\\_1805.pdf](https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Note_112_SFMU_1805.pdf)

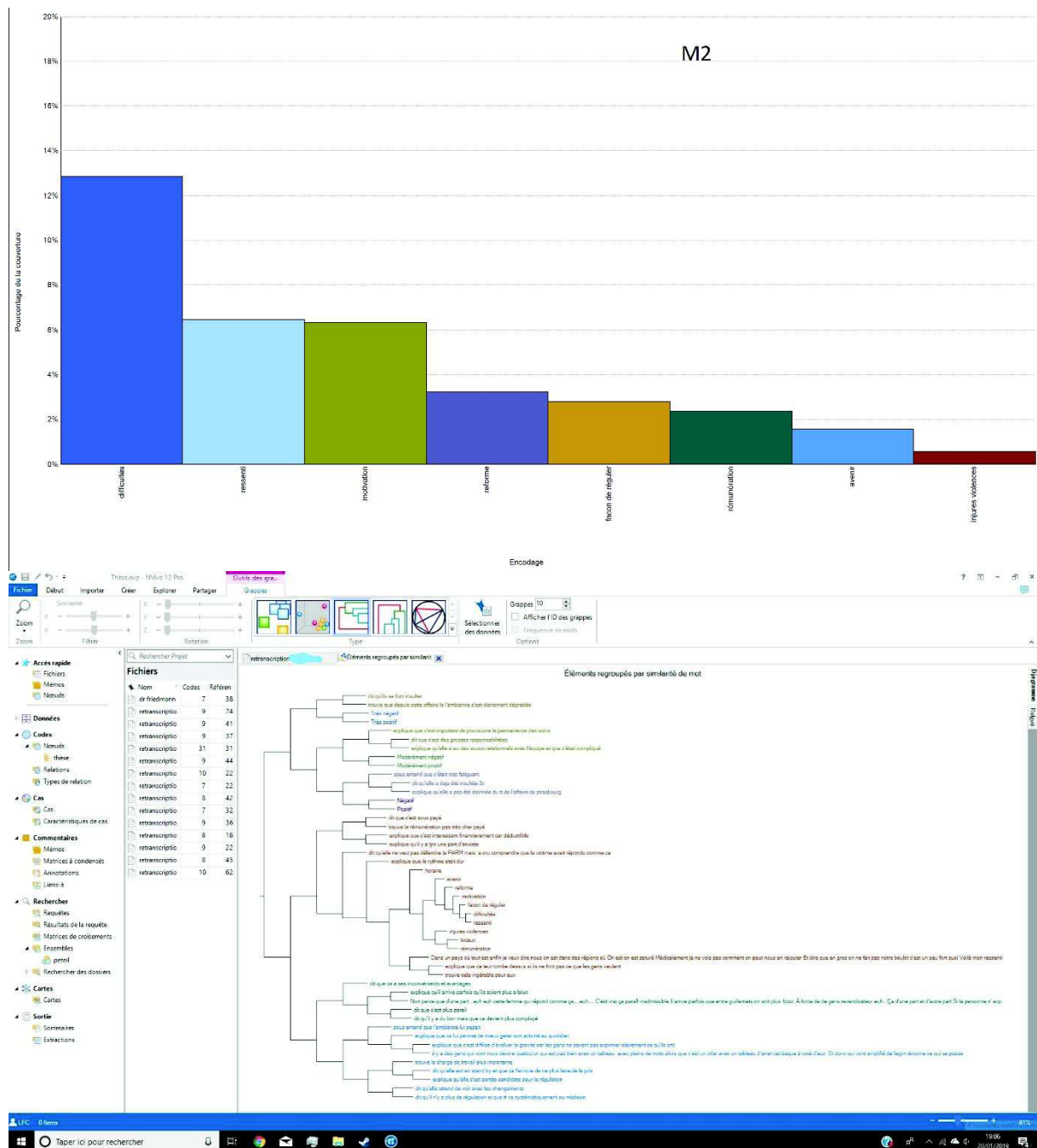


# Annexe 7 : Logiciel NVIVO l'analyse

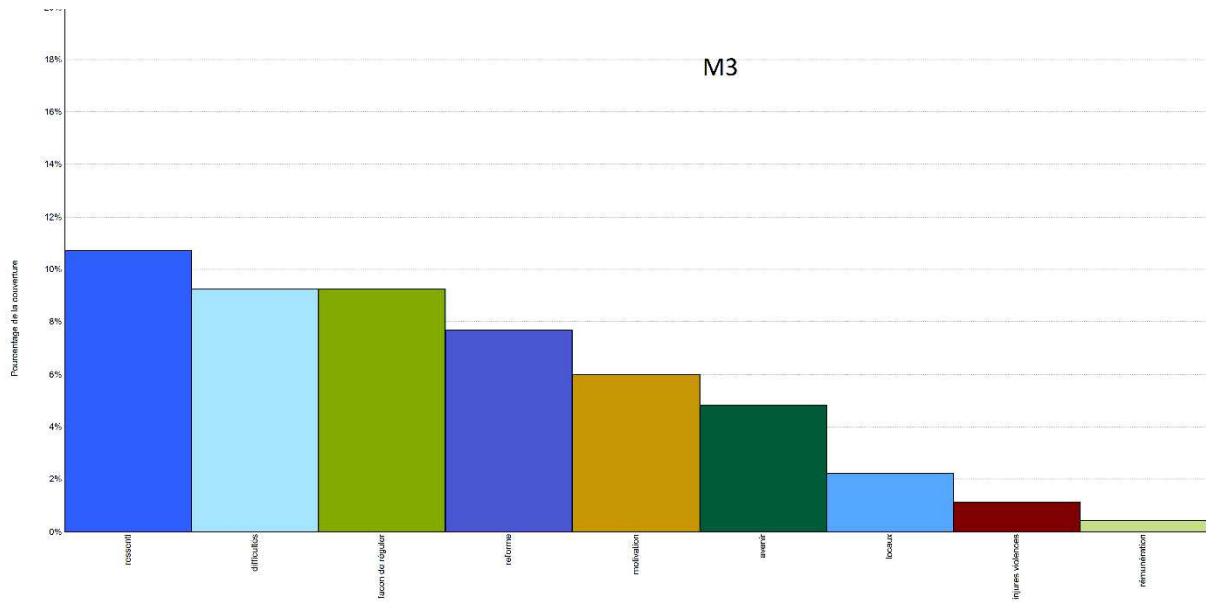
## Analyse de M1



# Analyse de M2



# Analyse de M3



**Encodage**

Thésaurus - Niveau 12 Pro

Fichier Dabot Importer Gérer Explorer Partager Grappes

Zoom 100% Filtrer Rotation

Grappes 10 Afficher l'ID des grappes

Options

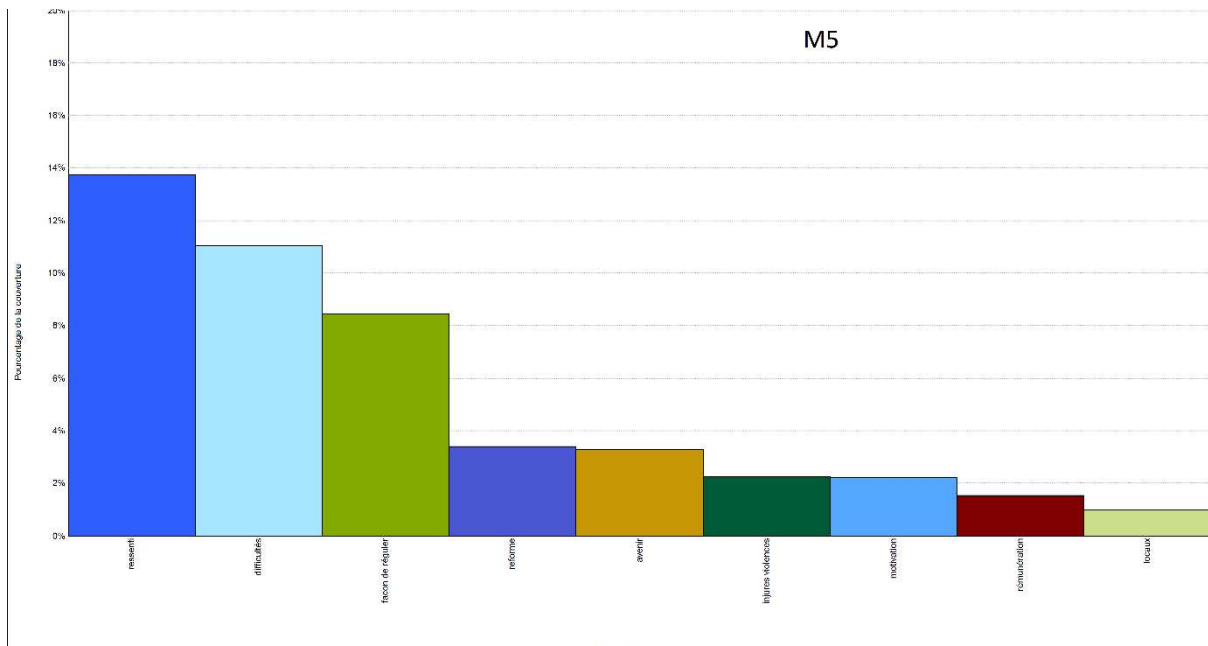
Éléments regroupés par similarité

Éléments regroupés par similarité de mot

Nom	Codes	Référen
diplomation	7	38
retranscriptio	9	74
retranscriptio	9	41
retranscriptio	49	49
retranscriptio	10	32
retranscriptio	7	32
retranscriptio	8	42
retranscriptio	7	32
retranscriptio	9	36
retranscriptio	8	18
retranscriptio	9	22
retranscriptio	8	45
retranscriptio	10	62



# Analyse de M5



Encodage

Clustres des gr...

Grappes

Éléments regroupés par similarité de mot

0 Items

Tapez ici pour rechercher

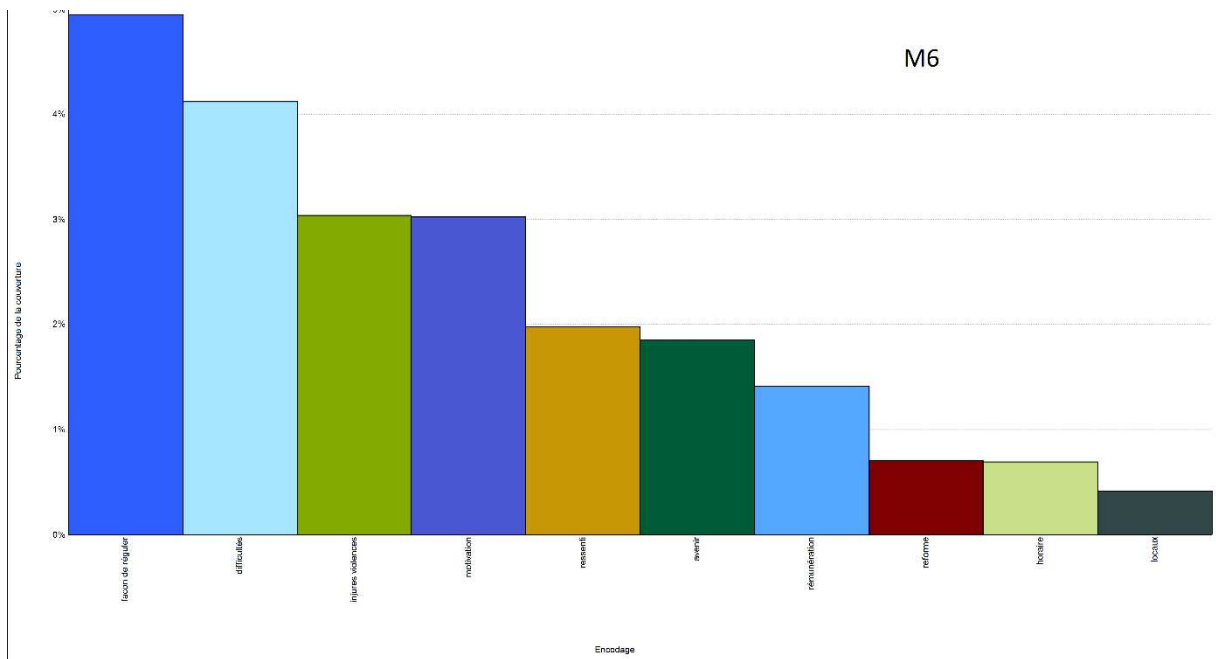
12:36 17/07/2019

# Analyse de M6

The screenshot shows a software interface with a file explorer on the left, a table of files in the center, and a network diagram on the right.

Nom	Codes	Références
retranscription	38	38
retranscription	23	23
retranscription	36	36
retranscription	47	47
retranscription mesa	10	62

The network diagram shows a central node 'Fiches' connected to a larger node 'Nœuds'.



# Analyse de M7

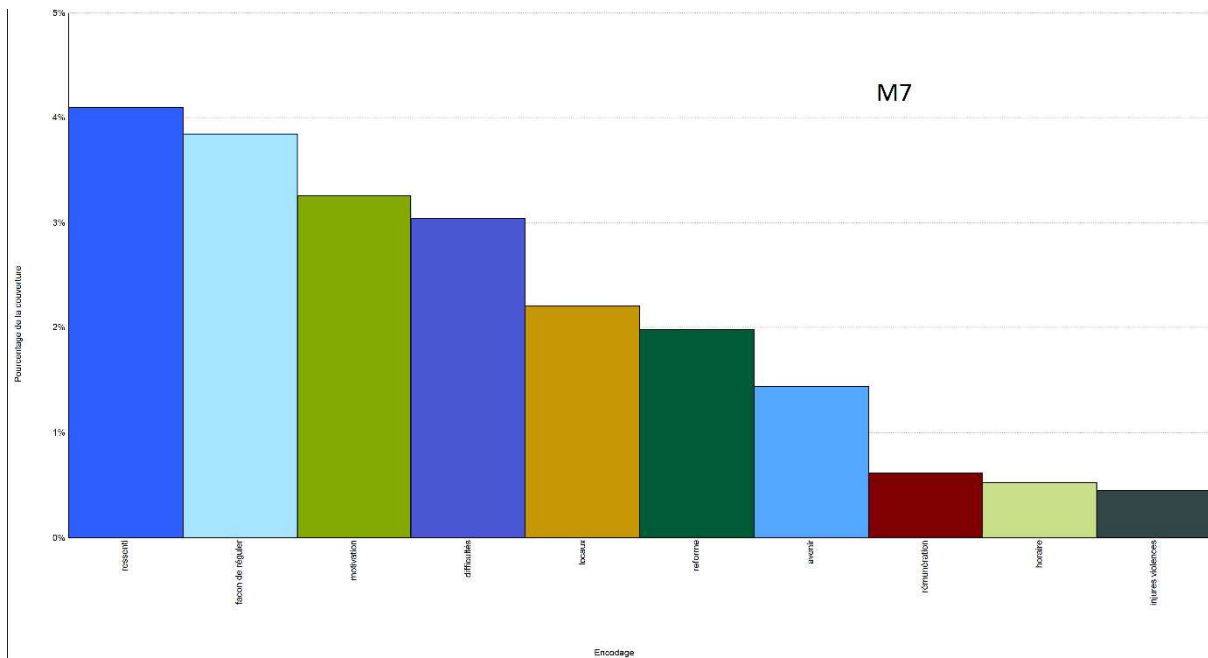
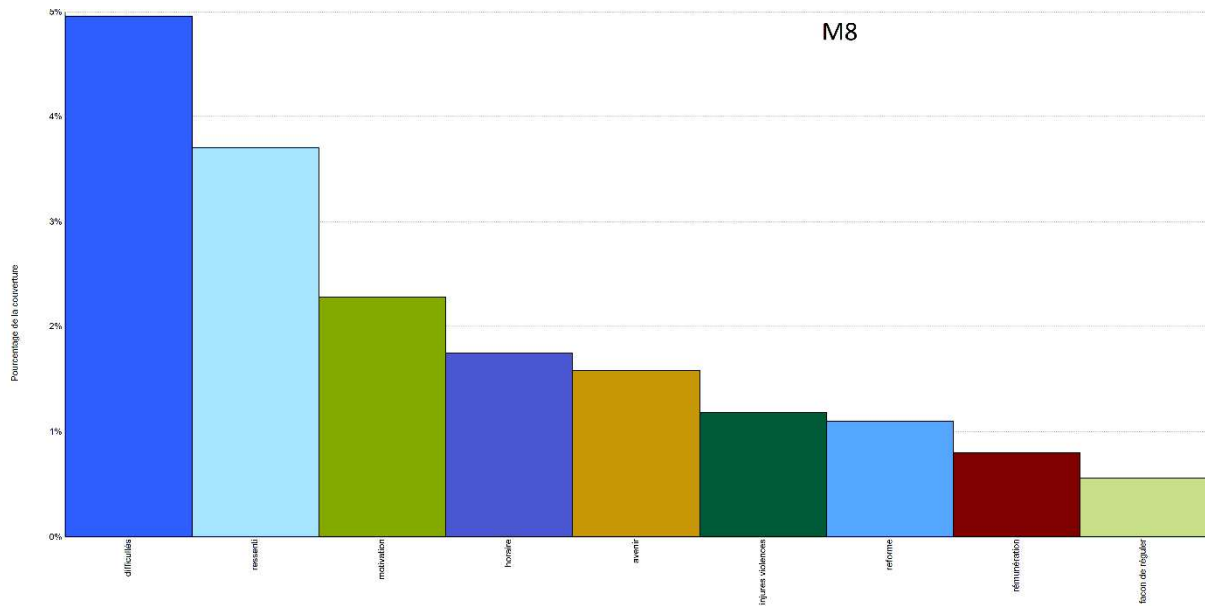


Tableau de bord de l'analyse de données M7. À gauche, une liste de noeuds avec des filtres et des liens. À droite, un diagramme de réseau radial montrant les connexions entre les noeuds.

Nom	Fichiers	Références
Il aimerait avoir un quart d'heure de balancement	1	1
Il dit en soupçant qu'il ne sait pas comment il voit son avenir en tant que	1	1
Il dit qu'il trouvait que le système de maison médicale était bien, le probl	1	1
Il dit qu'au SAMU ils se font régulièrement injuriés	1	1
Il dit qu'avoir une vie de famille est aussi importante que le travail	1	1
Il dit que avant il avait peut être une régulation moins stressante	1	1
Il dit que ça devenait très technique	1	1
Il dit que c'a n'impact pas trop la vie de famille de finir à 7h du matin	1	1
Il dit que ça rend service et que ça lui rend service de réguler	1	1
Il dit que ça va pas être facile	1	1
Il dit que ça va coûter plus cher à tout le monde	1	1
Il dit que ce qui a changé en 20 ans c'est l'information de la salle de né	1	1
Il dit que ce qui s'est passé à strasbourg est malheureux	1	1
Il dit que certains de ses collègues ont râlé parce que patati potata mais il	1	1
Il dit que c'est éloigné de la réalité (la réforme)	1	1
Il dit que c'est le médecin qui est le méchant avec les médias	1	1
Il dit que c'est qui le responsable pour les gens c'est celui qui est au helix	1	1
Il dit que c'est toujours eux qui prennent	1	1
Il dit que c'était assez simple de recommencer à faire de la régulation	1	1
Il dit que comme ça on peut pas leur dire qu'ils ne font pas leur travail	1	1
Il dit que depuis le pom de strasbourg les gens lui disent clairement que	1	1
Il dit que des que ce chauffe un peu si le patient demande une ambulance	1	1
Il dit que il y a plein de fois ou les gens s'exagèrent	1	1
Il dit que la 1ère heure (de régulation) c'est chaud	1	1
Il dit que la rémunération n'est pas assez chère	1	1
Il dit que la rémunération n'est pas proportionnée par rapport à ce qu'ils o	1	1
Il dit que la violence la psy / alcoolisme ça n'a pas changé	1	1
Il dit que le tempo est quand même un peu sous pression par rapport à cette	1	1
Il dit que le travail est quand même intense avec des appels qui s'enchain	1	1
Il dit que les gens appellent parce que ils ne savent pas se prendre en cha	1	1
Il dit que les gens ils ne se rendent pas compte   de ce que ça fait de régule	1	1
Il dit que les horaires de travail c'est pas mal	1	1
Il dit que les injures font parties du quotidien	1	1
Il dit que les locaux ils sont biens	1	1

# Analyse de M8

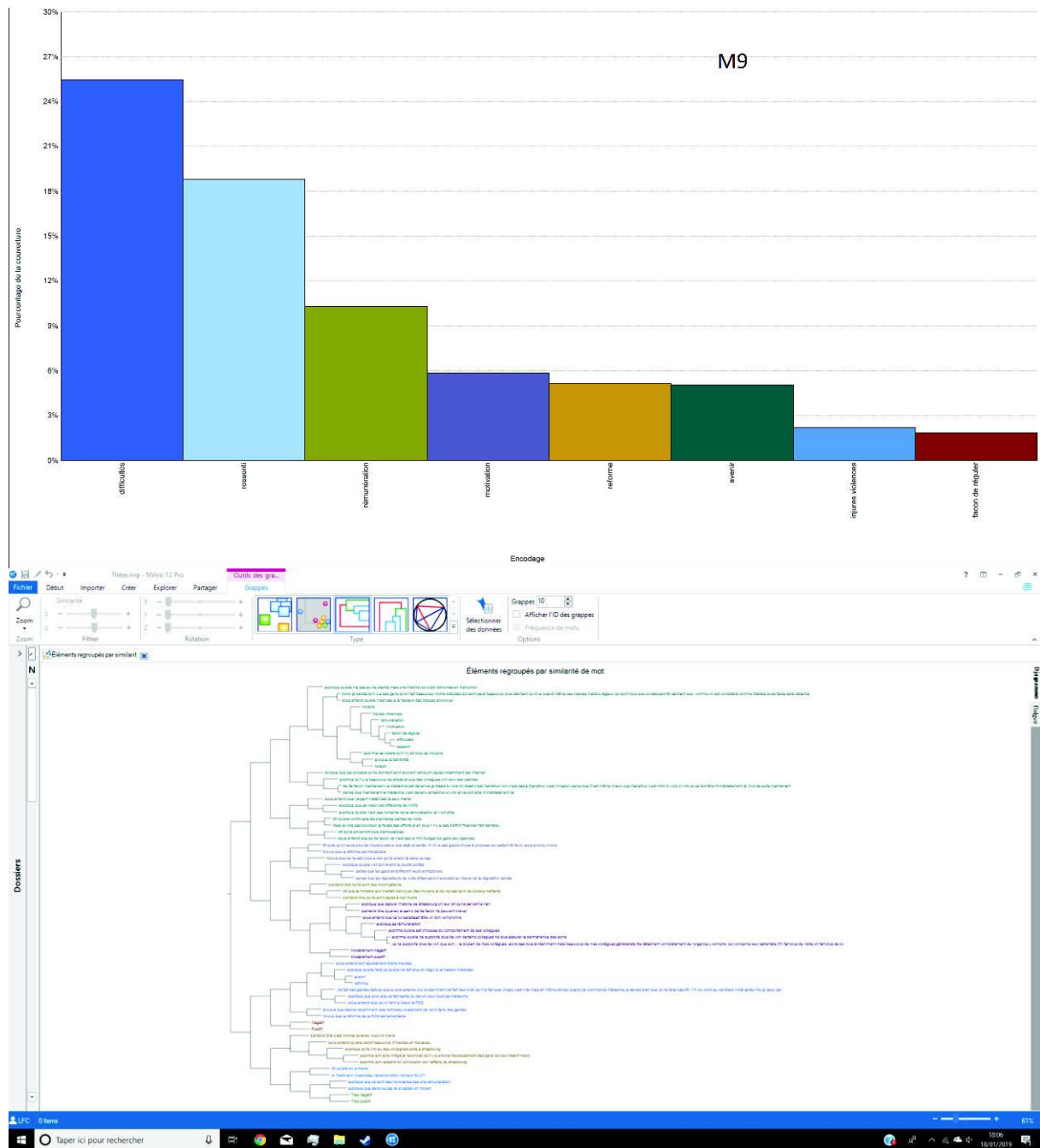


The screenshot shows the Encodage software interface. On the left, there is a file explorer with a tree view containing categories like 'Accès rapide', 'Données', 'Codes', 'Cas', 'Commentaires', 'Rechercher', 'Cartes', and 'Sortie'. The main window displays a table with columns for 'Nom', 'Codes', and 'Références'. Two files are listed: 'retranscription' (36 codes, 36 references) and 'retranscription mase' (10 codes, 62 references). To the right, a network diagram titled 'Requête du groupe' shows a central node 'Fichiers' connected to a large number of nodes, each representing a file with associated text snippets.

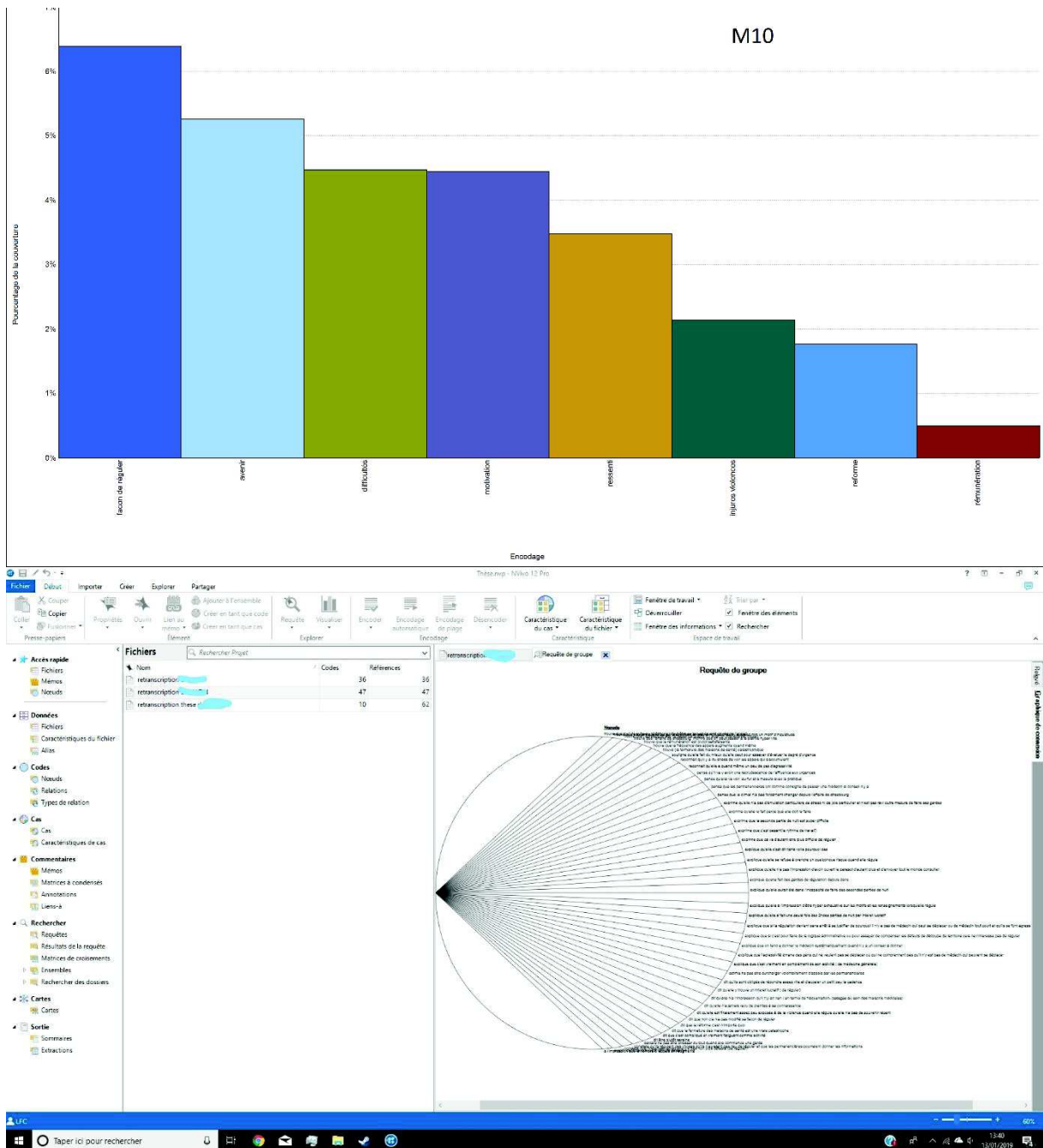
Nom	Codes	Références
retranscription	36	36
retranscription mase	10	62



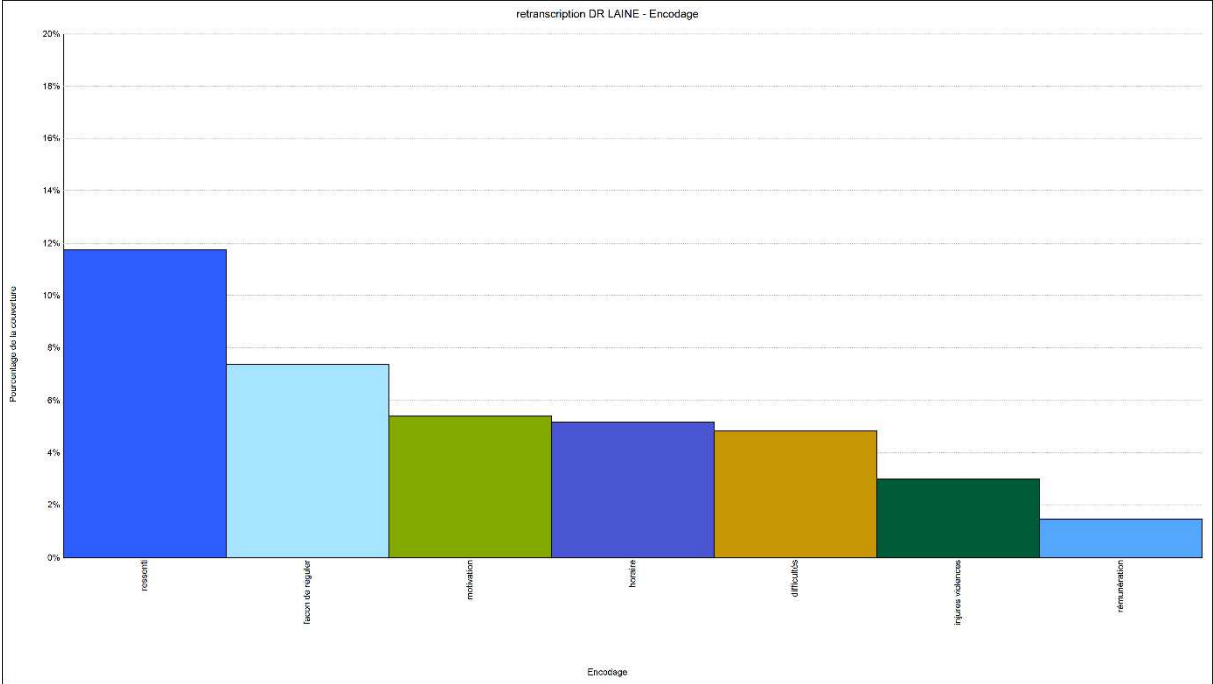
# Analyse de M9



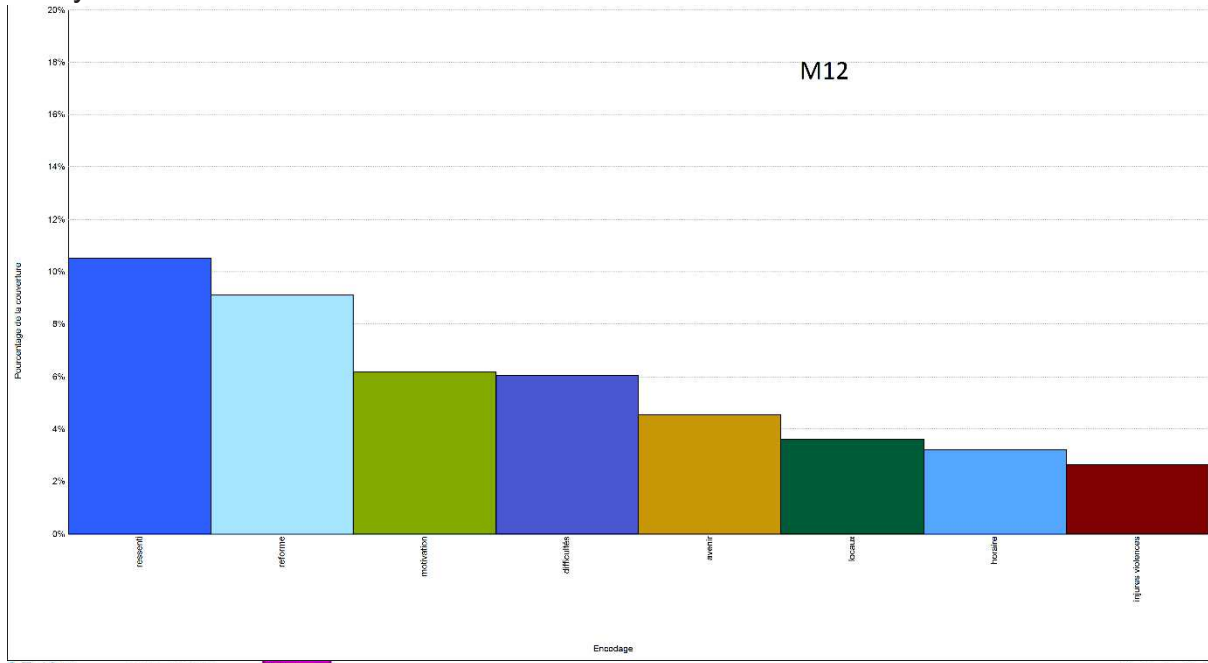
# Analyse de M10



# Analyse de M11



# Analyse de M12



Encodage

Thesaurap - Nivo 12 Pro

Grappes 10

Éléments regroupés par similarité de mot

Éléments regroupés par similarité de mot

- sous entend que cela ne reflète pas la réalité et qu'on a mit en épingle qqchose qui n'est pas le plus courant
- sur sur les milliers millions d'appels qu'on a Effectivement alors il y a cet appel là qui a fait qui a fait le buzz Mais n'est pas représentatif du tout je pense Pas du tout
- dit que si c'est trop difficile il n'y restera pas
- Bah soupir moi si c'est trop difficile bah je n'y restera pas
- dit que des fois il est fatigué et il a pas forcément envie d'être là
- explique que l'ambulance est plutôt convivial
- trouve les 2ndes parties de nuit trop dur et n'en fait donc pas
- horaires
- locaux
- une ambulance
- refusés
- rétribution
- frères indolents
- motivation
- façon de réguler
- difficultés
- ressenti

Très réposit

Très positif

trouve que c'est un dysfonctionnement

sous entend son epousement en sortant de garde

trouve que c'est bruyant et donc fatigué

dit que c'est une catastrophe et ne sait pas comment le vont faire

explique sa complexité la tâche

pense que cela va surcharger les urgences et les maisons médicales

trouve que pour lui c'est une connerie

dit qu'il a déjà été excooté à des insultes et menaces

dit l'assistant (classique) retranscription docteur CLODY

semble penser d'en parler

explique qu'il a déjà reçu des menaces de plaintes

explique qu'il avait un copain qui faisait de la réguler et que c'est comme ça qu'il a commencé

Motivément réposit

Motivément positif

explique que ses conditions de travail sont plutôt bonnes mais si elles pourraient être améliorées

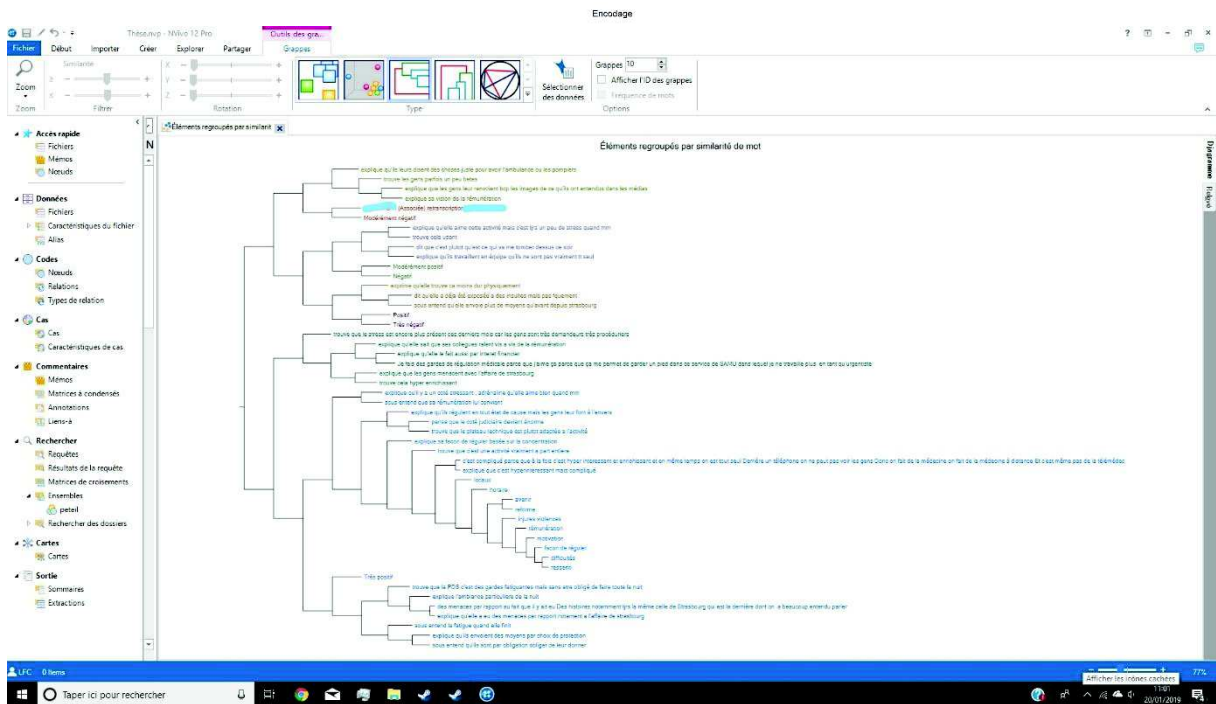
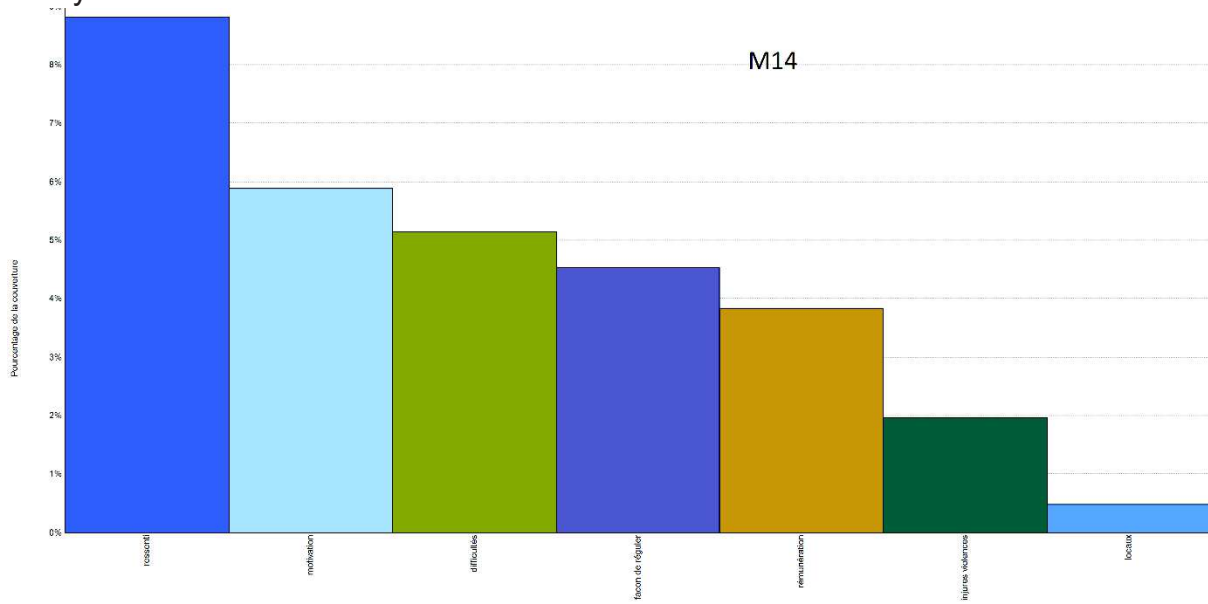
explique ses motivations

Nulgest

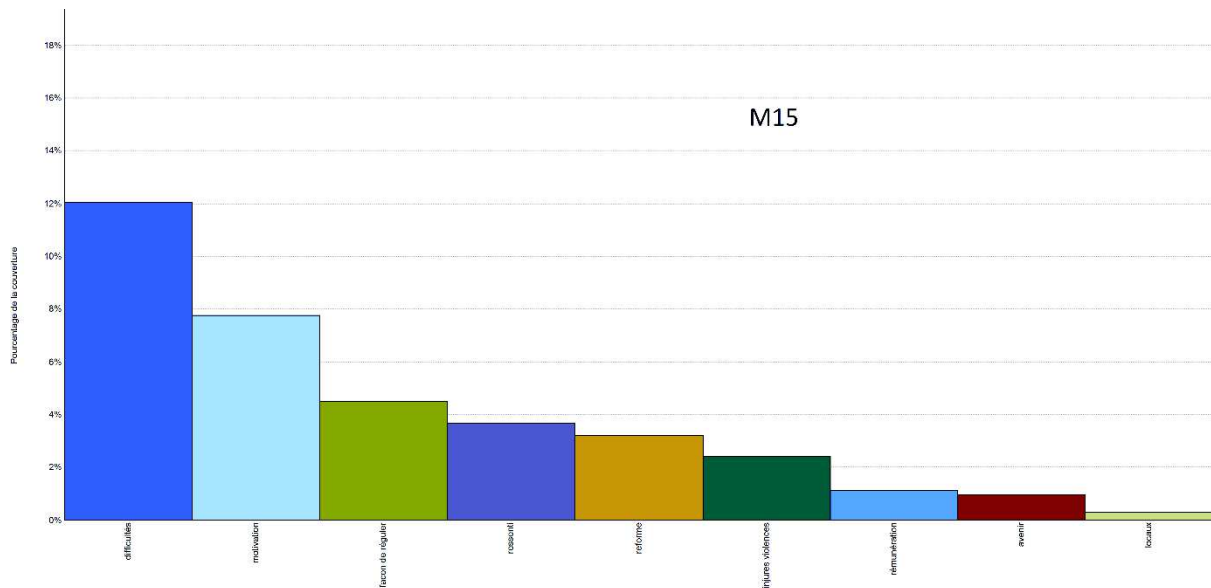
Positif



# Analyse de M14



# Analyse de M15



Encodage

Thonag - M15 - 12 Pro

Chute des gra...

Grappes 10

Afficher l'ID des grappes

Fréquence de mots

Options

Zoom

Filtrer

Rotation

Type

Sélectionner des données

Résultats de la requête

Rechercher-Project

transcription.docx

Éléments regroupés par similarité de mot

Accès rapide

- Fichiers
- Mêmes
- Nouveaux

Données

- Fichiers
- Caractéristiques du fichier
- Alias

Codes

- Nouveaux
- Relations
- Type de relation

Cas

- Cas
- Caractéristiques de cas

Commentaires

- Mémos
- Matrices à coodensées
- Annotations
- Liens-a

Recherche

- Requêtes
- Résultats de la requête
- Matrices de croisements
- Ensembles
- petit
- Rechercher des dossiers

Cartes

- Cartes

Sortie

- Sommaires
- Extractions

UFC 0 items

taper ici pour rechercher

16:10 13/07/2018

## Annexe 8 Exemple d'entretiens dans leur totalité

### ○ ENTRETIEN M15

-Alors on va commencer par quelques petites données administratives pour mieux vous connaître quel âge avez-vous ?

-Oui oui  
Euh 58

-D'accord  
Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre parcours professionnel ?

-Euh à partir de quand ?

-À partir de l'externat, de l'internat qu'est-ce que vous avez fait ?

-Bah euh Externat à Rouen.... Les stages.... Je suis passé en pneumo, en médecine interne en chir pédiatrique, en cardio chez vilman(rires )qui faisait médecine interne aussi.

J'en oublie.... À Becquerel : J'ai fait deux 2 stages en hématologie un en cancéro.  
Après mon internat de médecine générale ça commençait juste à ce moment-là : euh aux urgences de Charles Nicolle.

- Hum hum

-Après à Oissel et puis 1 an à Petit-Quevilly en médecine générale. Après un trou d'un an où je n'ai fait que des remplacements !

-oui

-Avant j'ai été interne aussi aux urgences à Petit-Quevilly.

-à Saint-Julien.

-À Saint-Julien qui n'était pas encore raccordé. Ma période Petit-Quevilly, ce n'était pas encore rattaché au CHU et puis donc des remplacements et installation en 88 Et j'y suis depuis 30 ans.

-D'accord et comment vous en êtes arrivé à faire des gardes en régulation au SAMU ?

-Alors euh pendant ma période de remplacement je remplaçais des médecins qui faisaient de la régulation et donc à cette époque-là les remplaçants pouvaient faire de la régulation.

Donc c'est comme ça que j'ai commencé !  
Donc il y a plus de 30 ans 33 ans quoi à peu près !



-D'accord donc 33 ans que vous faites de la régulation au SAMU ?

-Oui oui je n'en fais pas à outrance J'en fais trois quatre par trimestre ;  
Mais oui oui depuis ce temps-là. Alors j'ai peut-être eu un creux d'un an ou deux  
parce que ça se goupillait mal au niveau familial et autres. Ah oui oui oui ça fait tout  
ce temps-là (rires)

-Est-ce que vous avez des enfants ?

-Oui

J'en ai 5 il y en a plus un seul à la maison. Ils sont tous en couple et j'ai 5 petits-  
enfants.

-D'accord est-ce que vous faites des secondes parties de nuit ?

-Non

-Non, est-ce que vous en avez déjà fait ?

-J'ai fait une fois au début où ça a commencé. Je me suis dit que je ne  
recommencerais plus jamais parce que c'était la nuit du vendredi au samedi et que le  
samedi j'ai dormi toute la journée !!

Donc c'était pas plaisant(rires) Et puis la nuit, cette seule garde que j'ai faite Il n'y  
avait pas eu beaucoup beaucoup d'appels et comme je suis incapable de m'endormir  
si je dois être sur le qui-vive et c'était déjà comme ça quand j'étais de garde aux  
urgences à l'hôpital.

J'ai décidé que je ne ferai plus de deuxième partie de nuit.

Et puis mon emploi du temps après en semaine ne me permet pas donc si je fais des  
2ème parties de nuit c'est des vendredis ou des samedis bons ça bousille un peu le  
weekend !!

-On va rentrer dans le vif du sujet quels sentiments vous animent quand vous arrivez  
devant le bâtiment du Samu en début de garde ?

-Oh Il y a eu plusieurs époques.

Il y a eu une époque où on tremblait un peu parce que les rapports entre la médecine  
hospitalière et la médecine de ville était un peu tendus.

C'était au début de la régulation parce qu'on a quand même été une ville pilote, un  
SAMU pilote à intégrer des généralistes. Mais on était vus un peu de haut ! C'était  
d'un part pas très très marrant, après on régulait tout ! Tout ce qui était dit à domicile.  
Donc aussi bien de la douleur thoracique que de la neurologie. Et puis, au fil du  
temps ça a évolué et euh donc euh maintenant les choses sont plus claires dès qu'il  
y a une urgence ressentie c'est des régulateurs hospitaliers qui travaillent et nous on  
fait le reste donc c'est quand même plus détendu.

Il faut rester sur le qui-vive parce qu'il y a des choses un peu masquées qui arrivent  
donc là maintenant depuis une vingtaine d'années ,une quinzaine d'années quand  
j'arrive devant la porte du Samu je suis plutôt content.

-D'accord, plutôt content ?

-oui oui parce que c'est un boulot que j'aime bien faire.  
Ça change de l'exercice quotidien, je devance peut-être les questions c'est relativement gratifiant parce que il y a quand même la plupart des gens qui sont contents de trouver quelqu'un qui leur répond.  
Moi je ne fais que des samedi après-midi ou dimanche matin c'est le moment où les gens sont en recherche de médecins. Ils sont quand même contents d'avoir quelqu'un qui répond ! C'est sympa !

-Comment qualifieriez-vous vos conditions de travail ?

-Ah bah là aussi il y a eu deux époques ;  
Il y a une époque où on était tous ensemble dans la grande salle de régulation on avait le droit de fumer il y avait une vitre alors le médecin il était dans une petite cage en verre. Maintenant c'est beaucoup plus ouvert.  
Le weekend on va dans l'autre salle pour qu'il y ait moins de bruit.  
En termes de cadre de travail, c'est bien après j'ai toujours eu des relations avec les permanencières et avec les autres médecins amicales, sympathiques. Les gens, j'ai le sentiment qu'ils sont contents de me voir et moi je suis content de les voir donc voilà !!(rires)

-C'est réciproque !

-Enfin pour moi dans mon sens oui ! Dans l'autre sens j'ai le sentiment aussi !

-Au niveau des horaires ?

-Ah bah j'ai choisi des horaires qui me convenaient. Donc c'est 13/19 le samedi ou 8/14 donc pas plus long que 6h parce qu'après j'en ai marre ! Et puis le weekend parce que je suis dispo. En semaine je ne peux pas.

-Que pensez-vous de votre rémunération ?

-Ça a bien évolué parce qu'à l'époque c'était 100 francs de l'heure en franc !  
Depuis la mise en place de la rémunération par la sécu, sur un forfait horaire, c'est quand même nettement amélioré donc là je suis satisfait !

-Est-ce que vous avez déjà été exposé à de la violence verbale, menaces, plaintes, insultes ?

-Oui des menaces.

-De mort ?

-Non.

-Des plaintes ?

-Alors j'ai pas eu de plainte, je touche du bois (il touche du bois). Des menaces oui mais bon il y a toujours des mauvais coucheurs qui sont pas contents du système et qui sont exigeants !! Ils ont pas compris que la médecine avait changé. Mais ça en

reste à la menace quoi donc. Je suis pas..... une fois qui a dû menacer de porter plainte mais ça a pas dû aboutir puisque je n'ai pas eu de..... Mais pas plus que ça.

-Pas plus que ça.

-Non plutôt des méchancetés, des grossièretés, des choses comme ça, mais des menaces non.

-Et comment vous réagissez dans ces cas-là ?

-J'essaie de rester impassible (rires) après j'essaie d'expliquer aux gens que les médecins ça se raréfient et que le système avait dû évoluer. Parce que maintenant, ils ne comprennent pas que les médecins ne viennent plus à domicile ! Ou, que l'on ne peut pas forcer les gens à être hospitalisés !

Dans des cas de violences familiales, ou des choses comme ça, Ils ne comprennent pas qu'on ne puisse pas agir. C'est là où on a la célèbre phrase : on a plus qu'à crever !

et dans ces cas-là, je dis oui(rires) parce que de toute façon, on peut pas faire autrement ! Mais bon, en dehors de ça, souvent c'est des gens alcoolisés ou pas très cortiqués, donc j'essaie de garder mon calme ! Après je leur explique quand même que c'est avec ce genre de réflexion là qu'il risque d'y avoir de moins en moins de médecins et qu'après ils n'auront plus personne le weekend pour s'occuper d'eux.

-Quel est votre ressenti face aux différents dossiers de régulation qui ont été rendus publics ces derniers temps et qui ont engendré la polémique ?

-Euh.....Mon ressenti c'est que euhh (cherche ses mots)

L'erreur c'est l'a priori

C'est-à-dire, en fait quand on écoute bien l'affaire :

Le pompier passant l'appel à la permanencière annonce déjà que c'est euh de la rigolade !

Donc la permanencière, elle part avec un a priori, donc elle n'est plus objective.

Après je pense qu'il fallait faire réguler cet appel la quoi !

Mais quand on voit la somme de travail qu'elles ont, on comprend que parfois, de temps en temps, ça dérape un petit peu.

La phrase : on meurt tous un jour, ne me choque pas plus que ça.

Sauf que dans le contexte il y a une mauvaise orientation. Après le nécessaire a quand même été fait puisque finalement il y a eu un médecin qui est passé et qu'il y a eu un transport à l'hôpital. Donc, il y a juste eu une perte de temps pas si longue que ça .Mais euh ça je l'avais déjà ressenti moi en régulation. Parfois on me passe un appel en me disant ouais ouais c'est encore un rat crevé ! Ou il se plaint pour rien ... et finalement

On s'aperçoit que parfois c'est quand même réel en posant trois quatre questions ce n'est pas si anodin que ça. Et donc c'est en ça qu'il faut faire attention.

-Est-ce que vous pensez que ce battage médiatique a eu des répercussions sur vous sur votre façon de réguler ?

-Sur ma façon de réguler, non enfin je n'ai pas du tout ce sentiment !  
Un gros énervement parce que la presse monte en épingle des trucs !

Heureusement qu'il y a une ou deux émissions qui ont dit que sur un cas comme celui-là, il y en a quand même 10000 à côté qui sont bien traités ! (Rires) Donc je sais pas si ça a été entendu par la population. C'est toujours cette manière de monter en épingle un cas et d'oublier qu'à côté, on sauve un paquet de vies ! Donc bon là encore, on n'est pas infaillibles à un moment donné !

Alors ça, ça dénote aussi, enfin c'est pas que pour la régulation c'est l'évolution de la population par rapport à la plainte médicale. Maintenant les gens n'ont plus peur de porter plainte pour un oui pour un non, pour n'importe quoi ce qui rend parfois l'exercice un peu délicat. Ça c'est une mentalité qui a énormément changé. Donc des plaintes qui sont pas toujours justifiées.

-Quel est votre état d'esprit concernant la réforme à venir du plan d'accès aux soins et largement la permanence d'accès aux soins ?

-Alors je ne connais pas les termes exacts de la réforme. Là je trouve qu'à Rouen on se démène pas mal pour que les gens puissent avoir accès aux soins. Au moins le weekend et la nuit. Alors je sais pas les termes de la réforme mais je pense que les libéraux sont bien engagés sur Rouen avec la maison médicale qu'on a ouvert dans la journée.

Maintenant pour faire face au désengagement de certains médecins qui limitent leurs activités de jour et départ à la retraite qui ne sont pas remplacés, alors je sais pas ce que c'est le plan d'accès.....

-C'est par rapport au fait que les maisons médicales vont être réduites. On parle de la notion de numéro unique.

-Le numéro unique c'est bien. La réduction du nombre de maisons médicales..... Je sais pas on en a parlé l'autre jour à la répartition. Je comprends pas je crois que c'est une affaire de gros sous. Les gens ils vont encore moins comprendre de devoir faire 50 ou 60 km si ils sont malades !

Après ceci dit ça les fera peut-être réfléchir à deux fois avant de déranger un médecin en pleine nuit parce que c'est vrai qu'à l'époque où on faisait encore des gardes de nuit je faisais des gardes de nuit sur le secteur de Darnétal. Je suis allé une fois à 3h du matin à Préaux, c'est pas tout près ! Pour une otite... et quand j'ai dit aux gens : comment vous allez faire pour la pharmacie de garde ? ils m'ont dit j'irai demain !!!

Il y a aussi tout un comportement qui doit changer du côté des patients. Maintenant c'était bien d'avoir des points un petit peu répartis dans le département. Parce que là s'il ne reste plus que Dieppe le Havre Rouen Neuchâtel ça fait pas beaucoup. Donc il faut voir mais c'est une histoire de sous ça c'est une histoire de sous !

-Vous attendez une répercussion en termes d'appel ?

-Je pense que l'activité médicale de la maison médicale de Rouen elle va augmenter forcément. Donc bon en semaine c'est 5 à 10 consultations. Je suis responsable avec Monsieur R. de la maison médicale avec Gérald C. Donc je vois bien un peu le fonctionnement ça va augmenter le soir.

Il y a des soirs où il n'y a que deux trois consultations ça ne va pas déborder. Bon ça on ne peut pas anticiper à terme.

Quand on voit que les gens consultent pour pas grand-chose, Il y a toute une éducation qu'on arrive pas à faire parce que quand on voit qu'ils se précipitent aux urgences pour un mal de dos, un simple lumbago ou une infection urinaire, Ils ont pas compris, les patients ! (Rires)

-Une dernière question pour finir comment vous voyez votre avenir en tant que médecin régulateur au sein du SAMU ?

-Bah pour le moment je continue (rires)

Je continue par pure déontologie parce que ça fait partie de mon métier. Je n'en ai pas besoin du tout pour vivre. Mais ça me permet de prendre plus de vacances derrière. C'est un service rendu au patient comme un autre. Il ne faut pas fuir le côté garde

-ça fait partie intégrante du métier de médecin ?

-Ah bah pour ma génération ça fait partie intégrante. Après je ne porte pas de jugement, donc je continuerai jusqu'au moment où je ne pourrai plus. Bon je lève un peu le pied, je n'en fais plus qu'une par mois maintenant. Mais je continue.

### o ENTRETIEN M3

-Alors on va commencer par quelques données administratives pour mieux vous connaître.

Quel âge avez-vous ?

-Euh 53

-D'accord est-ce que vous pouvez m'expliquer un peu votre parcours professionnel ?

-Euh...Bah j'ai eu ma thèse bah j'ai fait mes études à Rouen .....En 82 83 J'ai été installé en 87 donc il y a 21 ans.

-D'accord

-J'ai fait pas mal de.... Quand j'étais externe puis interne d'urgences notamment à Rouen. Il y avait la possibilité euh..... Et puis j'ai fait donc beaucoup de régulations depuis très longtemps puisque on en faisait déjà même quand on était étudiant au SAMU à Rouen

Donc oui ça fait pas mal d'années d'exercice au sein de la régulation au SAMU. Oui au sein de la maison SAMU bah j'ai connu la maison SAMU en 87.

-Donc vous l'avez jamais trop quittée ?

-(Rires) Je ne l'ai jamais trop quittée. Je l'ai connu comme externe après il y avait un rôle de titulaire. On faisait des sorties SMUR tout seul avec un ...on était en 4<sup>ème</sup> année de médecine en 3e 4e année de médecine. Donc déjà la nuit ça nous arrivait, enfin le soir, la nuit de faire des appels de régulation. Du tout-venant, tout venant.

Tout venant domicile tout-venant de la voie publique ! Oui oui jamais trop quitté effectivement c'est ça !!

-Est-ce que vous faites des secondes parties de nuit quand vous régulez ?

-Oui

-D'accord

-Pour l'instant

-Pour l'instant on va en reparler.....Et est-ce que vous avez des enfants ?

-Oui j'ai 2 enfants

-On va rentrer dans le vif du sujet expliquez-moi un peu qu'est-ce qui vous anime, quel sentiment quand vous arrivez devant le bâtiment du SAMU pour prendre une garde ? Dans quel état d'esprit vous êtes ?

- ...Silence... euh L'état d'esprit c'est une c'est un nouveau.... Comment dirais-je, une nouvelle journée qui commence, une nouvelle façon de travailler, qui commence où je vais faire de la consultation sans voir les patients. Et je suis dans l'état d'esprit d'essayer de faire pour le bien de la communauté à la fois des patients, et à la fois la communauté médicale. D'essayer d'être économe dans les moyens que je vais utiliser mais en rapport avec l'état de santé que j'ai ressenti après l'interrogatoire des patients.

-D'accord donc plutôt concentré....

-Concentré

-.....sur les missions à venir ?

-Oui oui.

-Qu'est-ce qui vous a attiré dans cette activité de régulation téléphonique ?

-...Silence... euh je pense que c'est un exercice particulier. Que je l'ai commencé assez jeune dans ma carrière d'étudiant en médecine. Je l'ai tout de suite perçu comme quelque chose de...qui allait...qui allait se développer et c'était l'avis du patron de l'époque Michel D. Quelque chose qui allait prendre de l'ampleur, fallait s'y préparer et donc moi j'ai toujours trouvé ça très très intéressant.

-Très intéressant

-Très difficile mais très intéressant. C'est un exercice sur le fil du rasoir en permanence avec une petite dose d'adrénaline qui n'est pas celle d'une sortie SMUR mais qui est quand même je trouve assez palpitante assez intéressante.

-D'accord

-Et puis travailler aussi avec avec les équipes hospitalières comme on est pas sur place on est dans l'enceinte du Samu. On travaille avec les urgentistes et ça, je trouve ça intéressant. On a leur perception des choses, on voit les équipes aussi qui sortent, Ils peuvent voir des patients, éventuellement bon c'est rare qu'on envoie des SMUR mais parfois ça arrive en tous cas on a écouté la régulation de l'urgentiste qui est à côté c'est intéressant !

-D'accord et comment qualifiez-vous vos conditions de travail ?

-Alors les conditions sont globalement plutôt bonnes (ton réfléchi posé).

-Plutôt bonnes

-Plutôt bonnes oui.

Plutôt bonnes, je trouve que la salle de régulation, en revanche est bruyante. La salle de régulation principale, on est beaucoup mieux quand on est dans la salle de régulation la salle de débordement à côté. Le samedi après-midi et le dimanche et les jours fériés parce que le niveau sonore il est bien moindre. On a que nos appels, il n'y a pas les bilans d'ambulance, Il n'y a pas ce qui touche au fourmillement de la grande pièce d'à côté.

Je trouve que l'atmosphère est bruyante dans la grande salle de régulation actuellement je trouve que c'est le gros le gros point noir.

L'utilisation du logiciel n'est pas d'une grande intuitivité, bon je m'y suis fait. Au fur à mesure des années.

-Il a changé récemment !

-Oui oui il y a eu un changement avec des salles. Donc ça fonctionne un peu plus comme une salle une salle d'attente où il y a des appels, une salle d'attente virtuelle.

Bon moi je trouve que de toute façon quand on est tout seul ça ne change pas grand-chose ! C'est quand on est deux et qu'on voit les appels enfin les gens assis dans la salle d'attente quoi virtuellement assis dans la salle d'attente ! bon ça ça change pas grand-chose. Sur l'ergonomie du logiciel qui n'est pas intuitive en tous cas pas super intuitifs avec beaucoup de petits bugs. Quand on clique sur ambulance, bah on ne voit plus l'appel. L'appel disparaît de notre synoptique on ne sait pas ce que cela devient quand quand on est logué sur le médecin le médecin de régulation PDS.

Les conditions de travail, oui, globalement bonnes.

Elles ont tendance un petit peu à se détériorer depuis depuis depuis l'histoire de Strasbourg. Depuis cet été avec beaucoup plus.....beaucoup beaucoup de choses étaient réglées par les permanencières qui nous échoient et qui n'ont aucun intérêt. Et qui nous pollue, qui nous pollue notre notre notre concentration parce que l'on voit des appels s'afficher en fait quand on décroche on voit des trucs qu'elles géraient généralement elles même avant.

-Et c'est quoi votre ressenti justement face aux différents dossiers de régulation qui ont été rendus publics ces derniers temps et qui ont engendrés la polémique ?

-...Silence... le ressenti c'est que la médiatisation ne nous aide absolument pas.

Sauf peut-être à inciter à nous améliorer à améliorer surtout la qualité, enfin je ne sais pas comment on pourrait dire euh à améliorer Il faudrait que alors je ne sais pas si c'est l'ARS l'hôpital ou les 2 , nous fassent des formations je pense sur la communication.....euh..... Et bien des problèmes souvent surviennent par des problèmes de communication. Avec certains intervenants. Donc je pense que c'est là que le bât blesse, ça fait des années qu'on nous le promet. Avec le prédécesseur déjà de Jean-Michel Rabot c'était le Pr Michel Crozatier. On va faire des formations on va faire de la régulation de bandes  
En plus on en a les moyens parce qu'on pourrait le faire dans la salle de débordement de temps en temps et puis ça ne s'est jamais mis en place. Je pense que dans ce genre d'histoires le ressenti ça serait que d'essayer qu'il n'y ait pas ce genre de dérapage !

-Donc vous c'est une demande que vous avez pourquoi pas faire....

-Oui moi ça me suscite une demande et et et pareil je pense ça a foutu la trouille à tout le monde y compris aux auxiliaires de régulation médicale. Aux ARM et du coup on se retrouve avec plein de petits appels qu'elles géraient soit en les dirigeant vers la maison médicale d'ailleurs soit en les réglant eux même parce que c'était parfois les parents appellent pour des choses.....qu'elles souvent en tant que mamans , jeunes mamans règlent elles-mêmes. Des fièvres bénignes ou des dents qui sont tombées ou un enfant qui s'est cogné enfin bon ! Et on a l'impression qu'elles nous balancent tout maintenant par peur en fait, peut-être par consigne je ne sais pas et ça devient plus dur plus dur du coup parce que on a une gestion d'appels qu'on avait pas avant !

-Plus dur d'accord et vous vous pensez que ça a changé votre façon de réguler ?

-Moi je pense pas ma façon de réguler je ne pense pas. J'ai(rires) je me dis parfois que je devrais certainement être plus..... J'essaie vraiment de me mettre en adéquation ce que je je je après le recueil de données, l'interrogatoire etc. Ce que je ressens de la situation avec les moyens sans être trop dans l'excès, bon parfois, on abandonne quand on a des appels multiples pour quelque chose qui ne nous semble pas très grave,

Bah à la fin ça se finit par l'envoi d'une ambulance ou d'un VSAV voilà l'exemple type c'est la crise de tétanie dans un milieu un peu un peu qui ne va pas arriver à le gérer donc bon souvent le dernier appel ça se finit par l'envoi de pompiers ! C'est c'est inutile c'est c'est onéreux Ça ne change pas la donne Ça n'a aucun intérêt C'est une débauche de moyens mais bon On le fait quand même !

- D'accord

-Et puis on a vraiment un glissement aussi des appels à caractère médico-social. On en a on en a de plus en plus... Et cela sont très difficiles à gérer, il y a des aspects psychologiques voire psychiatriques, des aspects somatiques mais aussi des aspects sociaux et voilà.

Le type même c'est les gens qui ont besoin et qui demande de voir un médecin. Mais qui n'ont pas de moyens de transport qui nous demande de faire le taxi quoi il faut envoyer une ambulance pourquoi ? bah comme les ambulances n'emmènent pas vers les maisons médicales on envoie vers les urgences et ça c'est difficile.



C'est difficile moi j'essaie d'inciter les gens en leur disant bah prenez un taxi Mais non mais non je n'ai pas d'argent.  
Prenez le bus bah non il est trop loin ou il est trop tard.  
Ces aspects là c'est c'est difficile parce que c'est quand même pas mal d'appels.  
Et c'est de plus en plus difficile !!  
Oui oui moi je trouve que ça a....Ca s'alourdit.

-D'accord.  
Et sur l'aspect rémunération ?

-La rémunération globalement elle est.... Elle est plutôt correcte. Moi ce que je regrette au bout c'est qu'il y a la nouvelle donne de l'ARS. Là où il n'y a plus de différence entre le jour et la nuit à partir de janvier 2019 moi je regrette ça énormément moi .J'étais aux négociations en 2000 / 2004 a peu près 2004-2005 où effectivement quand on avait négocié avec l'ARS c'était l'ARS Haute-Normandie à l'époque enfin c'était pas l'ARS je me demande si c'était déjà pas l'ARH La DRASS, enfin en tout cas on avait fait justement ce ratio pour que les médecins qui fassent la nuit puisse le lendemain ne pas travailler dans son cabinet le lendemain matin. C'était censé c'était censé compenser la perte d'honoraires au moins du matin. Donc en ce qui me concerne moi je vais je vais arrêter la nuit.

-Arrêter les nuits

-Et puis ce qui je pense va être compliqué, c'est les appels de soirée quand on aura plus que trois ou quatre maisons médicales sur les secteurs de garde.

-Oui justement c'était un peu ma prochaine question concernant la réforme attendue à venir en cours du plan d'accès aux soins quel est votre état d'esprit comment vous l'appréhender est-ce que vous l'appréhender déjà (rires) ?

-Oui, je l'appréhende parce que alors on a beau dire que statistiquement il y a peu de gens qui sont vus dans ces maisons médicales Il y a quand même des gens qui y vont !!

C'est moi qui fais les statistiques dans la maison médicale de Barentin. Alors certes il y a beaucoup moins d'appels en semaine mais Il y en a il y a des soirées à zéro mais Il y a des soirées où c'est deux ou trois patients. Ces deux ou trois patients on va leur demander de faire plus de kilomètres pour aller à la maison médicale de Rouen ?

Je pense que les gens ils vont s'arrêter devant l'hôpital et ils vont s'arrêter aux urgences.

Ils ne vont pas ils ne vont pas chercher la clinique Saint-Hilaire !

Donc dire aux gens on a pas de moyens ! On a quand même moins de moyens qu'avant quand on va les avoir au téléphone ! Je pense que pour nous pour nous ça ca nous complique la tâche pour nous parce que on avait cette possibilité-là. Même si on utilisait à bon escient je pense mais on ne l'aura plus ! Donc ça sera le conseil médical ou ou prenez un moyen de transport pour aller dans une autre maison médicale éloignée ou aux urgences ! Donc je pense que ça va être aussi assez compliqué. C'est beaucoup plus facile de travailler quand on a des moyens.

-Est-ce que vous avez déjà été exposé à de la violence verbale, des plaintes, des menaces des insultes ?

-...Silence.... Euh menaces non. Insultes oui oui. Plainte non non j'ai pas j'ai pas mémoire d'avoir été, je sais qu'il y avait une époque mais c'était il y a très très longtemps Il y avait eu une réécoute de bande sur un de mes appels. Et Michel C. qui faisait le boulot de Jean-Michel R. à l'époque m'en avait parlé, m'avait demandé si je m'en souvenais. Je ne m'en souvenais absolument plus parce que c'était encore un ou deux ans avant l'affaire arrivée 2 ans un ou deux ans après. Et puis je n'avais pas eu la suite je crois que ...enfin je ne sais pas s'il y avait eu une suite d'ailleurs Non non de plainte directement personnellement non En régulation non.

-Et comment vous gérer les insultes ?

-...Silence euh.... Ça m'arrive de raccrocher d'accord ça m'arrive de dire aux gens on est enregistré et que c'est préjudiciable euh euh voilà !!  
Souvent ça se termine mal quand quand les gens insultent généralement ils raccrochent peu de temps après. En fait si on reste assez assez calmes assez droits et que l'on reste dans ça, dans son optique si les insultes viennent c'est parce qu'ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent finalement. Ou bien après c'est l'autre qui raccroche. Ça m'arrive de raccrocher mais c'est souvent le contraire qui arrive !

-Une dernière question pour finir il avait déjà un peu évoqué comment vous voyez votre avenir en tant que médecin régulateur au sein du SAMU ?

...Silence euh.... Donc avec ces modifications là Je vais-je vais diminuer voire arrêter mes nuits. Mes nuits profondes au profit au profit je vais compenser partiellement par les samedis matin qui sont mis en place maintenant en janvier. Il y aura les samedi matin je vais faire plus de samedi et de dimanche. Et même les soirées de semaine je pense que je vais diminuer parce que moi je vais peut-être pas arrêté mais je pense que je vais en prendre beaucoup moins. Moi cette évolution vers l'absence de moyens ou la diminution des moyens je pense que c'est difficile !!  
Donc mon évolution elle est pour l'instant sur une pente un peu descendante (Rires).