



HAL
open science

Perception des médecins généralistes de l'Aisne vis à vis des gardes régulées par le SAMU

Perceval Tombal

► **To cite this version:**

Perceval Tombal. Perception des médecins généralistes de l'Aisne vis à vis des gardes régulées par le SAMU. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04620079

HAL Id: dumas-04620079

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04620079>

Submitted on 21 Jun 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2024

N° 2024-25



THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État
Spécialité MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue
Le 18 avril 2024
Par
Perceval TOMBAL
Né le 30 septembre 1990

Perception des médecins généralistes de l'Aisne vis à vis des gardes régulées par le SAMU.

Président du jury : Monsieur le Professeur GANRY Olivier

Membres du jury :

Monsieur le Professeur BERQUIN Patrick
Madame le Professeur AMMIRATI Christine
Madame le Docteur AMSALLEM Carole

Directeur de thèse :

Madame le Docteur de BOYNES Michèle

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur GANRY Olivier

Professeur des Universités - Chef de service
Épidémiologie, Hygiène hospitalière et santé publique
Pôle « préventions, risques, information médicale et épidémiologie »
Registre du cancer de la Somme
EA INSERM -DGS CHIMERE EA 7516

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

Madame le Professeur AMMIRATI Christine

Professeur des universités - Chef de service- Praticien hospitalier en anesthésie réanimation, médecine d'urgence, directrice du Pôle médecine d'urgences, médecine légale et sociale.
Docteur en sciences de l'éducation, chercheur-associé au laboratoire Educations et Pratiques en santé de l'université Paris XIII, anime le département de pédagogie de l'UFR de médecine.
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Officier dans l'Ordre des palmes académiques
Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance

Monsieur le Professeur BERQUIN Patrick

Professeur des Universités - Chef de service - Praticien Hospitalier en Pédiatrie
Responsable du centre d'activité "neurologie pédiatrique" - Président de la Commission Médicale d'Établissement
Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur
Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur AMSALLEM Carole

Praticien hospitalier en médecine d'urgence
Chef de service du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence CHU Amiens-Picardie
Chargée d'enseignement de médecine d'urgence et de catastrophe à l'UFR de médecine Université Picardie Jules Verne
Référente pédagogie et simulation de simUSanté CHU Amiens Picardie
Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je tenais à vous remercier pour votre rôle précieux dans ma formation, en particulier pour les enseignements sur les gestes d'urgence.

Madame le Docteur de BOYNES Michèle

Médecin généraliste, engagée dans une association de DPC: AMEPU Compiègne.
Maître de stage universitaire au département de médecine générale.
Je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude pour le rôle exceptionnel que vous avez joué tout au long de mon parcours académique et professionnel. En tant que directrice de thèse et maîtresse de stage, guidant chacun de mes pas avec une expertise et une bienveillance inégalées. Votre engagement à partager votre savoir ne se limite pas à l'enceinte de

l'université, mais s'étend au monde professionnel à travers les conférences de formation continue.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mon éternelle affection à toi, Charlotte, ma fiancée et future femme. Ta présence inébranlable à mes côtés. Ton amour, ta patience inépuisable, et ta compréhension ont été des piliers sur lesquels je me suis appuyé dans les moments les plus incertains de ce parcours. Charlotte, tu as su me relancer quand je ne voyais plus le bout de ce travail. Ta force et ton soutien ont été essentiels pour moi, et je te suis infiniment reconnaissant pour tout ce que tu m'as apporté.

À ma famille, mon ancrage et mon refuge, mérite une mention toute particulière. À mes parents, dont l'amour, la foi en moi et le soutien sans faille ont guidé chacun de mes pas, je dois tout. Votre encouragement constant a été mon moteur et votre confiance, ma boussole.

Mes frères et sœurs, fidèles compagnons de route, votre solidarité familiale et votre soutien inconditionnel ont été pour moi une source de réconfort et de motivation indescriptible.

À mon grand père, Jean-Pierre, malheureusement décédé pendant la rédaction de ce travail, tu es un exemple de détermination, de courage et d'obstination. Tu avais une passion pour l'histoire de France, un goût prononcé pour la fête, un amour pour le sport et particulièrement l'équitation. Ton souvenir me portera dans la réalisation de ma vie professionnelle et personnelle. Merci pour ces belles années à tes côtés, je suis fier d'être ton petit fils.

À mes oncles, tantes, cousins et neveux, merci pour votre soutien et particulièrement tout au long de mes études, vous formez une belle et grande famille, unie par l'amour de la nature et des sciences. La chaleur humaine, propre aux gens du nord, coule dans vos veines.

À ma belle famille, merci de m'avoir ouvert les bras. Merci de vous impliquer autant pour Charlotte, pour moi et pour la réussite de notre mariage. Je suis pressé de faire partie de votre famille et de partager de nouvelles aventures à vos côtés.

À mes amis de toujours, Amaury, Camille, Guillaume, Yves, Paul-Edouard, ... je souhaite exprimer ma sincère gratitude pour votre amitié véritable et votre soutien indéfectible. Vos conseils, nos débats enrichissants, et les moments de détente que nous avons partagés ont été des oasis de bien-être dans le désert des obligations universitaires et de la recherche, tout au long de mes longues études. Merci pour ces échappées qui ont su me revigorer l'esprit et me donner la force de persévérer.

Un remerciement tout spécial à l'Imprimerie Demazure, dont le professionnalisme et la qualité du travail ont permis de donner vie à ce document.

Enfin, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers toutes les personnes mentionnées, ainsi qu'à celles qui, de près ou de loin, ont participé à cette aventure. Cette thèse n'est pas seulement le fruit de mon travail personnel, mais également le résultat de l'encouragement, du soutien et de la foi que vous avez tous placés en moi. Je vous suis profondément reconnaissant et je vous dédie ce travail, qui est autant le vôtre que le mien.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIÈRES	6
TABLE DES TABLEAUX	8
TABLES DES FIGURES	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
1. Contexte et importance de la médecine générale dans le système de santé français	10
2. Présentation de la problématique : la régulation des gardes par le SAMU, introduction au PDSA.	10
3. Justification de l'étude	13
4. Objectifs de l'étude	16
Chapitre 1: Historique et fondements de la régulation des gardes médicales	17
1.1. L'évolution de la régulation médicale en France	17
1.2. Le rôle du SAMU dans la prise en charge des urgences	17
1.3. Les défis initiaux et la réponse apportée par la régulation des gardes	18
Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche	19
2.1. Approche qualitative : justification et pertinence.	19
2.2. Sélection des participants et critères d'inclusion.	19
2.3. Protocole d'entretien semi-dirigé : élaboration et tests.	20
2.4. Analyse des données.	20
Chapitre 3 : La perception des médecins généralistes : résultats et analyse	21
3.1. Expériences positives et apports de la régulation.	21
3.1.1 Cas moins grave	21
3.1.2 Moins de patients	22
3.1.3 Filtre de sécurité	24
3.1.4 Moins de déplacements	25
3.2. La complexité de la régulation selon les généralistes.	29
3.2.1 Expériences propres des médecins généralistes régulés	29
3.2.2 Limites liées au télédiagnostic lors de l'exercice de régulation	34
3.2.3 La force du facteur humain dans la régulation	37
3.2.4 Secteurs inégaux	47
3.3. Suggestions et perspectives d'amélioration.	51
Chapitre 4 : Discussion et implications	54
4.1. Discussion des résultats de l'étude.	54
4.2. Comparaison avec d'autres études et recherches sur le sujet.	55

4.3. Caractéristiques de l'échantillon	56
4.4. Les faiblesses de l'étude	60
Chapitre 5 : Recommandations et Perspectives d'Avenir	62
5.1. Propositions pour une meilleure régulation et collaboration.	62
5.2. La formation et le soutien continu des médecins généralistes.	62
5.3. Possibles évolutions futures du système.	62
Conclusion	63
BIBLIOGRAPHIE	64
ANNEXES	65
Annexe 2 : résumé	66
Annexe 3 : résumé en Anglais	67
Annexe 4 : Clés USB: Enregistrements et transcriptions	68



TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: caractéristiques de l'échantillon.....	56
---	----

TABLES DES FIGURES

Figure 1.....	21
Figure 2.....	29
Figure 3.....	57
Figure 4.....	57
Figure 5.....	58
Figure 6.....	58
Figure 7.....	59
Figure 8.....	59

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ARS: Agence Régionale de Santé.
- CDOM: Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
- CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- CRRA: Centres de Réception et de Régulation des Appels.
- DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
- DMP: Dossier Médical Partagé.
- EHPAD: Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes.
- PARM: Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.
- PDSA: (Permanence Des Soins Ambulatoires): Dispositif qui permet aux patients d'accéder à un médecin généraliste en dehors des horaires normaux de consultation (soirs, nuits, week-ends et jours fériés). Les appels des patients sont dirigés vers le 15 (SAMU) qui va réguler et, si nécessaire, orienter vers un médecin de garde de la PDSA.
- SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente.
- SAS: (Service d'Accès aux Soins): Dispositif dont l'ambition est d'orienter un patient vers le bon professionnel de santé en fonction de la situation, pendant les heures ouvrées. Il ne s'agit pas uniquement d'orienter vers des médecins généralistes mais aussi vers d'autres structures ou professionnels de santé. (et non pas Son Altesse Sérénissime)
- SARS COV2: acronyme anglais de *severe acute respiratory syndrom coronavirus 2*.
- SAU: Service d'Accueil et de Traitement des Urgences.
- SMUR: (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation): service pré-hospitalier qui se déplace chez les patients en urgence vitale.
- URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
- URML: Union Régionale des Médecins Libéraux.
- URPS: Les Unions Régionales des Professionnels de Santé des Hauts-de-France ont pour mission principale de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional (notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre).
- VSAV: Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes.

INTRODUCTION

La médecine générale, pierre angulaire du système de santé français, est confrontée à des défis sans précédent. Au cœur de ces enjeux, la prise en charge des urgences médicales en dehors des horaires habituels s'avère particulièrement critique. Historiquement, le système français a toujours mis l'accent sur l'importance d'une accessibilité sans faille aux soins, quel que soit le moment ou le lieu. Dans cette optique, la régulation des gardes par le SAMU a été instaurée et complétée par la permanence des soins ambulatoires, garantissant ainsi une prise en charge continue des patients, notamment en soirée, la nuit et les week-ends.

Ce mécanisme, bien que rationnellement conçu, est-il toutefois aussi efficace sur le terrain que sur le papier ? La régulation médicale est un processus complexe, impliquant de nombreux acteurs, dont les médecins régulateurs, les SAMU, et bien sûr, les médecins généralistes eux-mêmes. Ces derniers, en première ligne, jouent un rôle essentiel dans le succès ou les éventuelles lacunes de ce dispositif. Leurs perceptions, leurs expériences et leurs retours sont donc primordiaux pour évaluer et potentiellement améliorer le système actuel.

Il convient donc d'explorer cette perception en profondeur, en se penchant non seulement sur les aspects organisationnels et logistiques, mais également sur l'impact psychologique et professionnel de cette régulation sur les médecins généralistes. Comment ressentent-ils leur rôle au sein de cette organisation ? Se sentent-ils soutenus, voire même valorisés, par le système actuel ? Ou, au contraire, perçoivent-ils des dysfonctionnements et des zones d'amélioration potentielles ?

C'est dans ce contexte que cette thèse se propose d'explorer la perception des médecins généralistes de l'Aisne vis-à-vis des gardes régulées par le SAMU. À travers une démarche qualitative, nous chercherons à plonger au cœur de leurs expériences, leurs défis, et leurs aspirations, offrant ainsi une vision panoramique et nuancée de la régulation des gardes médicales.



1. Contexte et importance de la médecine générale dans le système de santé

français

La médecine générale occupe une place prépondérante dans la prise en charge globale du patient.

Le médecin généraliste est souvent le premier professionnel de santé contacté par les patients. En tant que praticien de premier recours, il évalue, diagnostique, traite et assure le suivi des patients sur le long terme [1]. Cette position permet une continuité des soins essentielle pour la prise en charge globale des individus et garantit une relation médecin-patient basée sur la confiance.

Avec la mise en place du parcours de soins coordonnés en 2005, le médecin traitant est devenu le coordinateur principal des soins du patient, orientant vers des spécialistes lorsque nécessaire et assurant un suivi régulier [2]. Cette coordination joue un rôle crucial dans la réduction des hospitalisations inutiles et des coûts associés.

Les médecins généralistes ne se limitent pas à la prise en charge des maladies. Ils jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'éducation des patients, contribuant ainsi à améliorer la santé de la population générale [3].

La France, à l'instar d'autres pays, est confrontée à des disparités géographiques en matière d'accès aux soins, avec des "déserts médicaux" émergeant dans certaines régions. Les médecins généralistes, par leur nature polyvalente, jouent un rôle essentiel pour assurer la couverture sanitaire de ces zones [4].

Comme mentionné précédemment, la collaboration entre les médecins généralistes et les services d'urgence, notamment à travers la régulation par le SAMU, paraît fondamentale pour orienter efficacement les patients et éviter les engorgements des services d'urgence [5].

La crise sanitaire et sociale engendrée par le virus SARS COV2 a mis en tension le système de régulation des urgences par le SAMU remettant en cause ce système basé sur la centralisation des appels d'urgence. Les centres de régulations ont été saturés, les personnels éprouvés. Les médecins généralistes ont souvent pris le relais dans les prises en charge d'urgence. Cela a pu mettre en évidence certaines imperfections dans l'hyper-centralisation du dispositif.

Ces éléments soulignent la position centrale et la polyvalence des médecins généralistes dans le système de santé français, garantissant l'accès aux soins, la qualité et la continuité de ceux-ci.

2. Présentation de la problématique : la régulation des gardes par le SAMU,

introduction au PDSA.

L'accès aux soins d'urgence est une préoccupation majeure dans le système de santé français. Afin d'optimiser ce dernier, de nombreux efforts ont été déployés, notamment à travers le rôle croissant du SAMU dans la régulation des soins médicaux. La régulation médicale est devenue une solution cruciale pour diriger les patients vers le service le plus adapté à leur état [6].

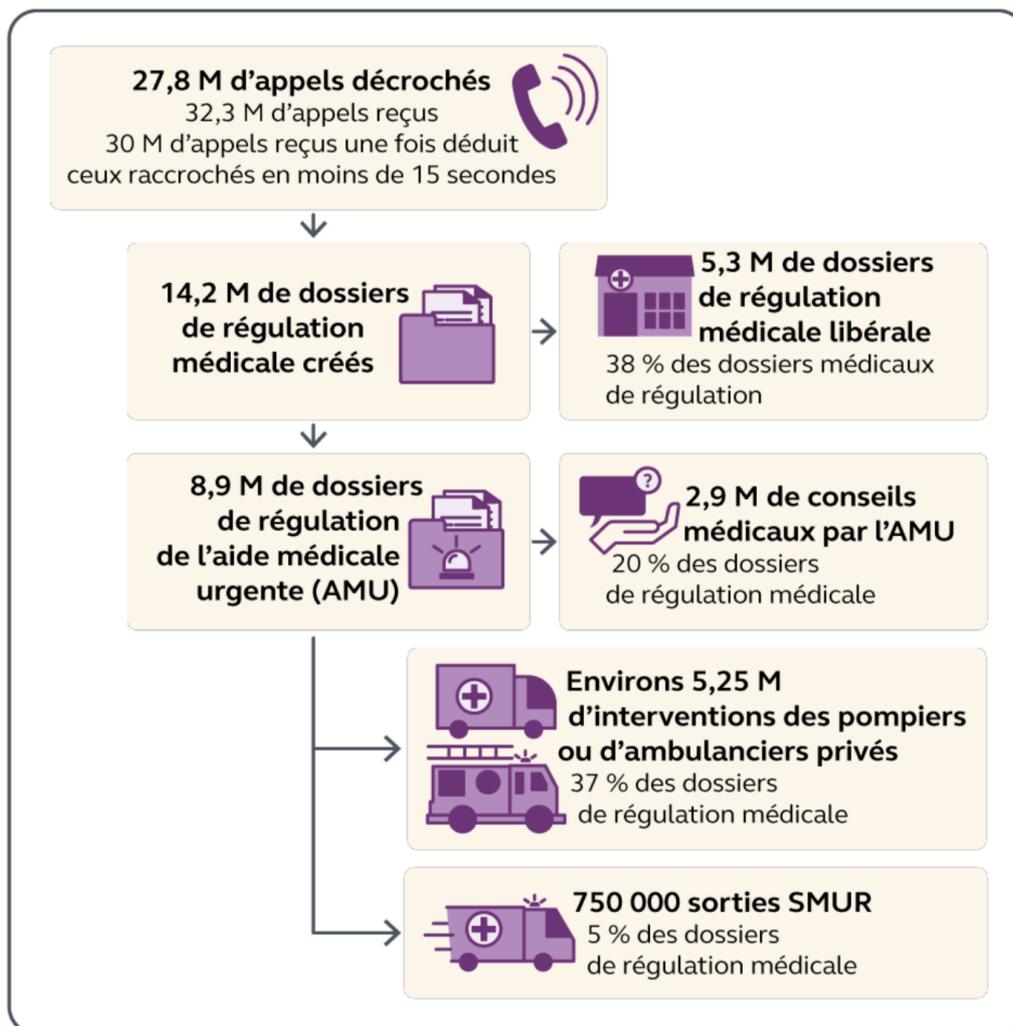
Chiffres clés en 2021

100 SAMU départementaux répondent à 27,8 millions d'appels et réalisent 14,2 millions de dossiers de régulation médicale, dont près de 40 % relevant de l'offre de soins non programmés.

460 sites hospitaliers comprennent un Smur et réalisent 750 000 sorties, dont environ 130 000 qui n'ont pas été suivies d'un transport médicalisé.

Le coût des Samu-Smur s'élève à environ 1,20 milliard €.

Schéma n° 2 : répartition et traitement des appels aux SAMU



Sources : Cour des comptes à partir des données SAE, Cnam et statistiques du ministère de l'intérieur, 2021

Cependant, la mise en œuvre de cette régulation ne va pas sans soulever des interrogations et des défis. En effet, le SAMU, en tant qu'entité centralisatrice, doit travailler en collaboration avec une multitude d'acteurs sur le terrain, notamment les médecins généralistes, qui sont souvent les premiers interlocuteurs des patients. La coordination entre ces différentes parties prenantes est-elle optimale? Les médecins généralistes se sentent-ils soutenus et compris dans ce processus de régulation? [7].

La PDSA consiste à maintenir à l'accès à une offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux, maisons ou pôles de santé. Elle permet de répondre aux besoins des usagers ne nécessitant pas de soins urgents afin de les orienter vers

la juste prestation médicale et d'éviter notamment l'afflux spontané des patients vers les services d'urgence.

La PDSA repose sur :

- une régulation médicale des appels assurée par des médecins libéraux volontaires.
- de l'effectif, qui consiste en une consultation par un médecin libéral, réalisée au cabinet du médecin, au sein d'une Maison Médicale de Garde ou au domicile du patient, dans le cas de gardes mobiles.

Un cahier des charges qui doit être élaboré en concertation avec les acteurs des territoires:

L'ARS doit réaliser un important travail de concertation dans chaque territoire pour établir les principes d'organisation de la PDSA au niveau régional. Les préfets de département, l'Union régionale des médecins libéraux, les Conseils départementaux et le Conseil régional de l'Ordre des Médecins, la fédération régionale de PDSA, les associations chargées de l'organisation de la PDSA, les SAMU, les associations SOS Médecins et les présidents de secteurs de garde sont consultés pour déterminer des priorités d'actions pour chaque territoire. Avec ce cahier des charges établi en cohérence avec les orientations du projet régional de santé, l'ARS exprime sa volonté de garantir un équitable accès aux soins pour la population et apporte un soutien financier aux médecins généralistes libéraux qui se portent volontaires pour assurer cette permanence.

La circulaire n°195 de 2003 de la DHOS (direction hospitalière et de l'offre de soins) (qui date de 2003) et qui se transforme en 2010 en DGOS (direction générale de l'offre de soins). propose de définir quatre niveaux d'urgence :

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

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

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

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

De plus, si la régulation du PDSA a pour objectif de faciliter l'accès aux soins, elle peut aussi être perçue comme une barrière supplémentaire pour certains patients ou comme une surcharge administrative pour les professionnels. Comment alors équilibrer les bénéfices de la régulation tout en minimisant ses inconvénients potentiels?

Enfin, la question locale est incontournable. L'Aisne, avec sa spécificités démographiques, géographiques et socio-économiques, peut présenter des challenges particuliers dans la mise en œuvre de la régulation par le SAMU [8].

En somme, la problématique centrale de cette thèse s'articule autour de la question suivante : Comment la régulation des gardes par le SAMU impacte-t-elle la qualité des soins dans l'Aisne et le quotidien des médecins généralistes et quelles améliorations pourraient être envisagées pour rendre ce système plus efficient et harmonieux?

3. Justification de l'étude

a. Nécessité d'optimiser l'accès aux soins:

Le système de santé français, comme de nombreux autres systèmes à travers le monde, est confronté à des défis croissants en matière d'efficacité et d'accessibilité. Comprendre le fonctionnement et les implications de la régulation des gardes par le SAMU peut aider à optimiser l'accès aux soins pour les patients.

Le système de santé français est reconnu pour sa qualité et son accessibilité, souvent classé parmi les meilleurs au monde [9]. Cependant, comme de nombreux systèmes de santé modernes, il est confronté à des défis liés à l'efficacité, à l'accessibilité, et à la gestion des ressources [10].

La régulation des gardes par le SAMU est une composante essentielle de ce système, sensé assurer que les patients reçoivent des soins appropriés en fonction de la gravité de leur condition [11].

Cependant, la perception des médecins généralistes concernant cette régulation peut influencer la manière dont elle est mise en œuvre et vécue sur le terrain.

La centralisation des appels d'urgence au SAMU permet une évaluation rapide et précise des besoins du patient, orientant ainsi vers le bon professionnel ou service de santé [12].

Pourtant, des retards ou des erreurs de jugement peuvent survenir, d'où l'importance d'une formation continue et d'une mise à jour des protocoles.

La régulation vise également à garantir que les patients puissent accéder rapidement aux soins, qu'il s'agisse d'une consultation avec un médecin généraliste ou d'une admission en urgence [13]. Les médecins généralistes jouent ici un rôle pivot, car ils constituent le premier niveau de prise en charge dans la chaîne de soins.

Dans la pratique, la satisfaction et la confiance des médecins généralistes dans le système de régulation peuvent influencer la qualité et l'efficacité des soins [14]. Des études ont montré que des clarifications et des formations sur le rôle du SAMU peuvent améliorer la collaboration avec les médecins généralistes [15].

b. Rôle crucial des médecins généralistes :

En tant que première ligne de contact pour de nombreux patients, les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans la chaîne des soins. Il est donc impératif de comprendre leurs perceptions et leurs expériences liées à la régulation par le SAMU.

Dans l'Aisne, la population médicale est en évolution: pour exemple le secteur de Villers-Cotterêts et La Ferté-Milon comprenait 18 médecins il y a quelques années. Malgré une installation récente sur le secteur et l'ouverture de trois maisons médicales, ce nombre se porte aujourd'hui à 8 médecins. Et leur moyenne d'âge est de plus de 60 ans.

D'ici dix ans, il devrait y avoir un renouvellement complet de cette génération. Ces médecins très investis pour leurs patients vont être remplacés par une génération de médecins largement féminisée et dont les priorités ont évoluées.

Cette évolution de la démographie médicale impose de replacer le rôle du médecin généraliste dans l'ensemble du parcours de soin. L'organisation du système de soin devrait tout faire pour potentialiser le temps-médical et ainsi aider les médecins restants à être efficaces.

c. Organisation de la régulation, spécificité départementale :

L'organisation de la régulation médicale de l'Aisne répond aux besoins d'améliorer l'accès aux soins. A l'échelle locale cela se traduit par une organisation devant conjuguer la demande de soins avec l'offre médicale disponible.

Les horaires de la PDSA :

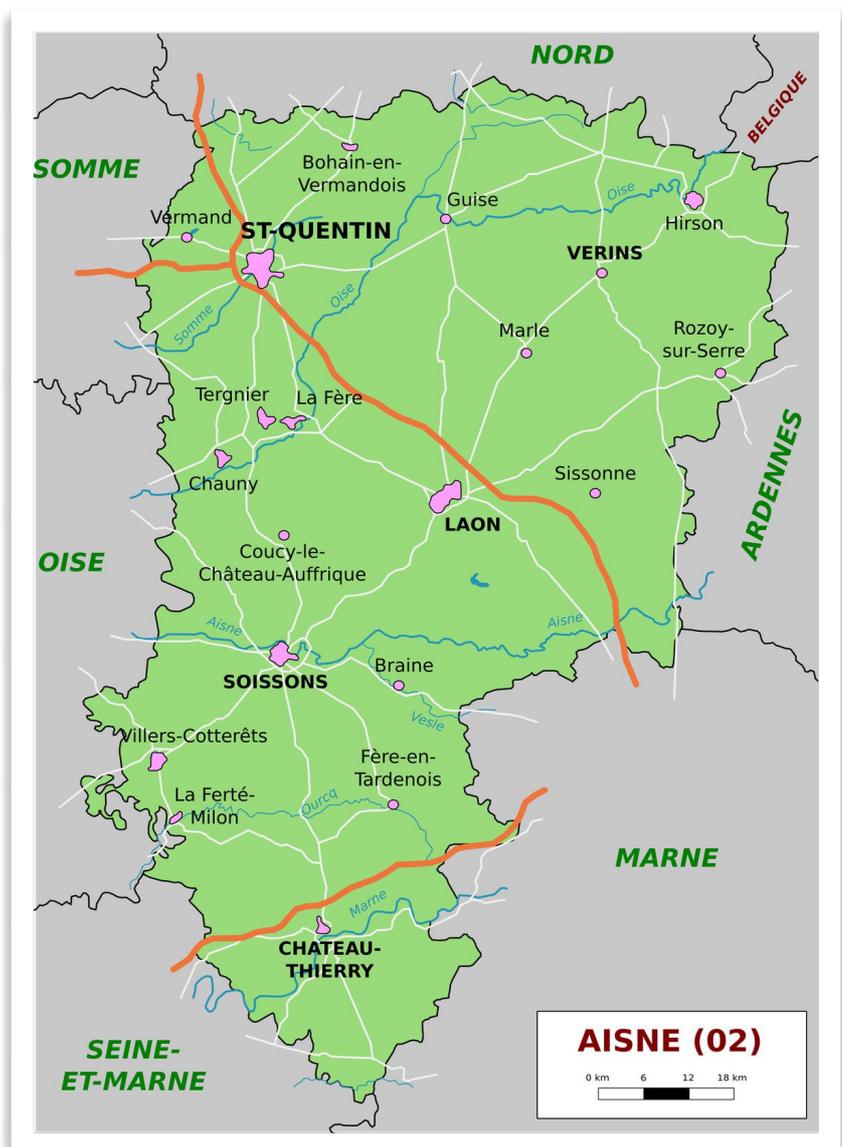
Elle est assurée en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, soit de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Toutefois il est possible de prévoir, par convention avec le SAMU, que la permanence sera assurée, pour une partie de cette période, autrement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

La géographie de la PDSA :

La PDSA s'organise à l'échelle départementale. Le département est divisé en secteurs de soins en fonction des données géographiques et démographiques et de l'offre de soins existante. Un médecin libéral assure la PDSA dans chaque secteur. Les limites et le nombre de secteurs sont fixés par arrêté préfectoral après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM).

Le département de l'Aisne a été segmenté en secteurs avec des particularités propres:

1. Laon: Maison médicale de garde tous les jours avec deux médecins, la semaine, le week-end et les jours fériés.
2. Liesse: gardes régulées de semaine et de week-end au cabinet.
3. Saint-Quentin: médecins de garde nuits et jours avec SOS médecin. Particularité: seuls à faire la nuit profonde. Sans le droit de quoter le tarif garde régulée.
4. Braines: gardes soir et week-end au cabinet.
5. Château-Thierry: difficulté de rapport médecin-régulateur.
6. Guise: pas tous les soirs, de moins en moins de médecins volontaires: maison médicale de garde le vendredi 20h-minuit, le samedi matin SAS et midi minuit.
7. Hirson: comme Guise, un médecin, pas tous les soirs en semaine, et le week-end
8. Origny Sainte Benoite: deux départs à la retraite, fin programmée des



gardes régulières

9. Soissons: tous les jours de la semaine: 20h-minuit, les week-ends de 16 heure à minuit et le dimanche de 8h à minuit. Le tout dans une maison médicale rattachée au centre hospitalier.
10. Chauny: gardes de semaine 20h-minuit au cabinet plus gardes de week-end au centre hospitalier de Chauny.
11. Secteurs de garde de Vervin et de Marles fermés faute de médecin.
12. Secteur de Villers-Cotterets /La Ferté Milon : week-ends exclusifs, la semaine les patients sont adressés à Soissons.

La participation à la PDSA :

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

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

L'organisation du PDSA est un sujet politique en constante évolution.

Les réquisitions :

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

La régulation médicale des appels :

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

Valorisation des gardes

La valorisation des gardes est une préoccupation récurrente. Aujourd'hui le régime permet un règlement forfaitaire de

- De 100 € pour la période de 20h à 0h ;
- De 200 € pour la période 12h à 20h le samedi ;
- De 300 € pour la période 8h à 20h le dimanche.

La cotation des actes est également différente des jours ouvrés:

Le samedi après midi le dimanche et jours fériés : CRD+GS: $26,50 + 26,50 = 53€$

De 20h à 00h et de 06h à 08h : CRN+GS: $42,5 + 26,5 = 69€$

De 00h à 06h : GS+CRM: $26,5 + 51,5 = 78€$

4. Objectifs de l'étude

a. Objectif Principal

- Explorer et comprendre en profondeur la perception et l'expérience des médecins généralistes de l'Aisne concernant l'organisation du système de gardes régulées par le SAMU (PDSA)

b. Objectifs Secondaires

- Identifier les éventuels points d'amélioration dans la relation entre les médecins généralistes et le processus de régulation.
- Analyser les défis communicationnels, organisationnels et professionnels associés à ce système.
- Proposer des recommandations concrètes pour améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et le SAMU, afin d'optimiser le processus de régulation des gardes.
- Évaluer l'impact de la régulation des gardes sur la qualité des soins délivrés aux patients.



Source: ARS grand est

1.1. L'évolution de la régulation médicale en France

Années 1960 : Les prémices : À Paris, les premières initiatives pour coordonner les soins d'urgence voient le jour. Ces initiatives émergent en réponse à une urbanisation croissante et à la nécessité d'une intervention médicale rapide et efficace en milieu urbain.

1970 : La naissance du SAMU : Le Dr Louis Lareng crée le premier Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) à Toulouse, marquant une étape majeure dans la structuration des urgences médicales en France. [16]

Années 1980 : L'expansion : Durant cette décennie, le concept de SAMU est déployé sur l'ensemble du territoire français. Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) sont créés pour filtrer et orienter les demandes d'interventions médicales.

1995 : Structuration de la régulation médicale : Un décret précise les missions du médecin régulateur, établissant la régulation médicale comme pivot du dispositif d'urgence [17].

2003 : La permanence des soins : La loi relative aux droits des malades renforce le rôle de la régulation médicale, notamment à travers la mise en place de la permanence des soins ambulatoires, assurée par les médecins généralistes [18].

Années 2010 : Face aux défis contemporains: L'augmentation des appels aux SAMU met en tension les systèmes de régulation. Des polémiques médiatiques, comme le décès d'une patiente à Strasbourg en 2017 après un appel au SAMU, mettent en lumière les limites et les défis du système. La télémédecine commence à s'intégrer à la régulation, offrant de nouvelles possibilités, mais aussi des défis en matière de formation et d'équipement [19].

Années 2020 : Modernisation et crise sanitaire: La régulation médicale continue de s'adapter aux avancées technologiques. Lors de la pandémie de COVID-19, un rôle central est conféré au SAMU pour orienter les patients et gérer les flux, la période de crise a mis en évidence la complexité de gérer un afflux important de patient [20].

1.2. Le rôle du SAMU dans la prise en charge des urgences

Les missions du SAMU:

Régulation médicale : L'une des principales missions du SAMU est la régulation médicale.

Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) reçoivent les appels d'urgence et les orientent vers les structures de soins adaptées [21].

Intervention sur site : Grâce aux SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation), le SAMU peut intervenir rapidement sur site pour stabiliser les patients avant leur transfert vers un établissement de soins [22].

Coordination avec d'autres services : Le SAMU travaille en étroite collaboration avec d'autres services d'urgence, tels que les pompiers ou la police, garantissant une réponse coordonnée et efficace aux situations d'urgence [23].

Au fil des années, le SAMU a adapté ses missions et sa formation pour répondre aux évolutions sociétales et médicales. Par exemple, lors de la pandémie de COVID-19, le SAMU a joué un rôle clé dans la régulation des cas suspects, permettant la prise en charge rapide et efficace des patients. [24]

Le SAMU est ainsi une pierre angulaire de la prise en charge des urgences en France, garantissant une intervention rapide, efficace et adaptée à chaque situation d'urgence. Ses missions et son rôle ont évolué au fil du temps pour répondre aux défis médicaux et sociétaux.

1.3. Les défis initiaux et la réponse apportée par la régulation des gardes

La régulation médicale a été instituée en France pour faire face à plusieurs défis cruciaux liés à la prise en charge des urgences. Voici une description des défis initiaux et la réponse apportée par la régulation des gardes.

1.3.1. Défis initiaux :

L'Engorgement des services d'urgence : Les services d'urgence ont connu un afflux croissant de patients, parfois pour des motifs non urgents. Cela a conduit à des temps d'attente prolongés et à une charge de travail accrue pour le personnel médical [25].

Le manque de coordination entre les différents acteurs : Avant la mise en place de la régulation, il y avait une absence de coordination efficace entre les différents services d'urgence (pompiers, médecins généralistes, hôpitaux) [26].

1.3.2. La réponse apportée par la régulation des gardes :

Orientation optimale des patients : Les Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) ont permis d'évaluer la gravité de chaque situation et de diriger le patient vers la structure la plus adaptée (médecin traitant, service d'urgence, SMUR) [27].

Réduction de l'engorgement des urgences : En filtrant les appels et en orientant les patients vers les services appropriés, la régulation a permis de réduire la pression sur les urgences hospitalières [28].

Amélioration de la prise en charge des situations d'urgence : Grâce à la régulation, les patients en situation d'urgence vitale peuvent être pris en charge plus rapidement, en mobilisant les ressources nécessaires de manière coordonnée [29].

En conclusion, la régulation des gardes a été une réponse efficace aux défis rencontrés par le système d'urgence français. Elle a permis une meilleure coordination des soins, une réduction de l'engorgement des services d'urgence et une meilleure prise en charge des patients. Voyons si sa mise en pratique dans le quotidien des médecins généraliste est source de problème.

2.1. Approche qualitative : justification et pertinence.

L'approche qualitative est particulièrement pertinente pour une thèse portant sur la perception des médecins généralistes vis-à-vis de la régulation des gardes par le SAMU pour plusieurs raisons:

L'approche qualitative permet d'explorer et de comprendre les nuances, les sentiments, les motivations, les croyances et les attitudes des médecins généralistes. Elle offre une perspective riche et détaillée qui ne peut pas être obtenue à travers des méthodes quantitatives seules [30].

Les méthodologies qualitatives sont adaptatives, ce qui signifie que les chercheurs peuvent modifier leurs questions ou leur approche en fonction des réponses des participants, permettant ainsi d'obtenir des informations plus précises et pertinentes[24].

Les données qualitatives fournissent un contexte riche et détaillé, permettant de saisir le vécu, les défis, les attentes et les frustrations des médecins généralistes par rapport à la régulation des gardes [31].

Contrairement aux approches quantitatives, qui sont souvent structurées autour d'hypothèses spécifiques, la recherche qualitative permet la découverte d'aspects inattendus ou de nouvelles perspectives sur le sujet [32].

En se concentrant sur les expériences vécues et les témoignages directs, l'approche qualitative donne une voix aux médecins généralistes et humanise leurs expériences [33].

2.2. Sélection des participants et critères d'inclusion.

1. Profession: le participant doit être médecin généraliste, c'est-à-dire un médecin qui ne se spécialise pas dans un domaine particulier de la médecine et qui offre des soins primaires. J'ai malgré tout inclus des médecins fraîchement retraités pour leur grande expérience dans le domaine des gardes.
2. Lieu d'exercice: le participant doit exercer dans le département de l'Aisne. Cela garantit que les participants sont directement concernés par la régulation des gardes par le SAMU dans ce département spécifique.
3. Expérience avec le SAMU: Le participant doit avoir eu au moins une interaction avec le SAMU concernant la régulation des gardes. Cela garantit que les participants ont une expérience récente et pertinente du sujet.
4. Consentement éclairé: tous les participants doivent donner leur consentement éclairé pour participer à l'étude, après avoir été informés de son but, de sa nature, de ses avantages et risques potentiels, ainsi que de leurs droits en tant que participants.
5. Diversité des pratiques: Il pourrait être utile d'inclure des médecins généralistes de différents contextes de pratique (urbain, rural, périurbain) pour obtenir une variété d'opinions et d'expériences. J'ai essayé de couvrir l'ensemble des secteurs de l'Aisne car chacun ont des particularités d'organisation.
6. Disponibilité: les participants doivent être disponibles pour l'interview pendant la durée estimée de celle-ci et éventuellement pour des suivis ou des clarifications ultérieures.

2.3. Protocole d'entretien semi-dirigé : élaboration et tests.

Les interrogatoires ont été réalisés entre les mois de décembre 2023 et février 2024:

1. le recrutement des participants s'est déroulé tout d'abord grâce à un cercle de connaissances dans le milieu médical, puis par téléphone en suivant les contacts disponibles dans le système de régulation des gardes départemental du conseil de l'ordre des médecins: « ordigard ». J'ai malheureusement obtenu un grand nombre de refus, parfois lié à des consignes des médecins à leur secrétariat, parfois à des faux numéros, parfois à l'indisponibilité des médecins, parfois à la peur des médecins d'être jugés...
2. Puis l'entretien s'est déroulé en laissant le maximum de liberté au médecin et en suivant la trame du canevas d'entretiens semi-dirigés que j'avait préalablement créé et enrichi. (Voir annexe 3) Le canevas des entretiens semi-dirigés a évolué avec le temps pour tenter de mieux saisir le ressenti des médecins.

Les médecins étaient interrogés et enregistrés en précisant que cela se faisait de manière anonyme.

2.4. Analyse des données.

Une fois l'enregistrement réalisé, une étape de transcription a été nécessaire pour permettre ensuite l'analyse des données.

Cette transcription a essayé autant que possible de ne pas omettre de mot, de silence « ... » ou d'onomatopée. Ces données textuelles ont ensuite été enregistrées en PDF.

Une fois la transcription réalisée, les données ont été transférées dans le logiciel NVIVO. NVIVO est un logiciel professionnel puissant qui aide à organiser, coder et trouver des patterns dans de grandes quantités de données textuelles. Une formation a été nécessaire pour exploiter ce logiciel très complexe.

Le codage a permis d'identifier des passages significatifs dans les transcriptions en leur attribuant des « noeuds ». Un noeud dans NVIVO est une catégorie ou un thème que l'on a identifié comme important dans la recherche.

Une fois le codage initial terminé, l'examen des noeuds a permis d'identifier des patterns: des thèmes récurrents.

L'analyse qualitative étant itérative, il a été nécessaire de retourner régulièrement aux données pour un codage supplémentaire ou pour ajouter des thèmes.

La confidentialité et l'anonymat sont faits au moment de l'analyse des résultats et de leur compilation.

3.1. Expériences positives et apports de la régulation.

La régulation des gardes par le SAMU est vue comme un changement positif par les médecins généralistes, qui notent plusieurs améliorations significatives par rapport à l'époque où les appels n'étaient pas régulés. Voici une analyse détaillée des points abordés :

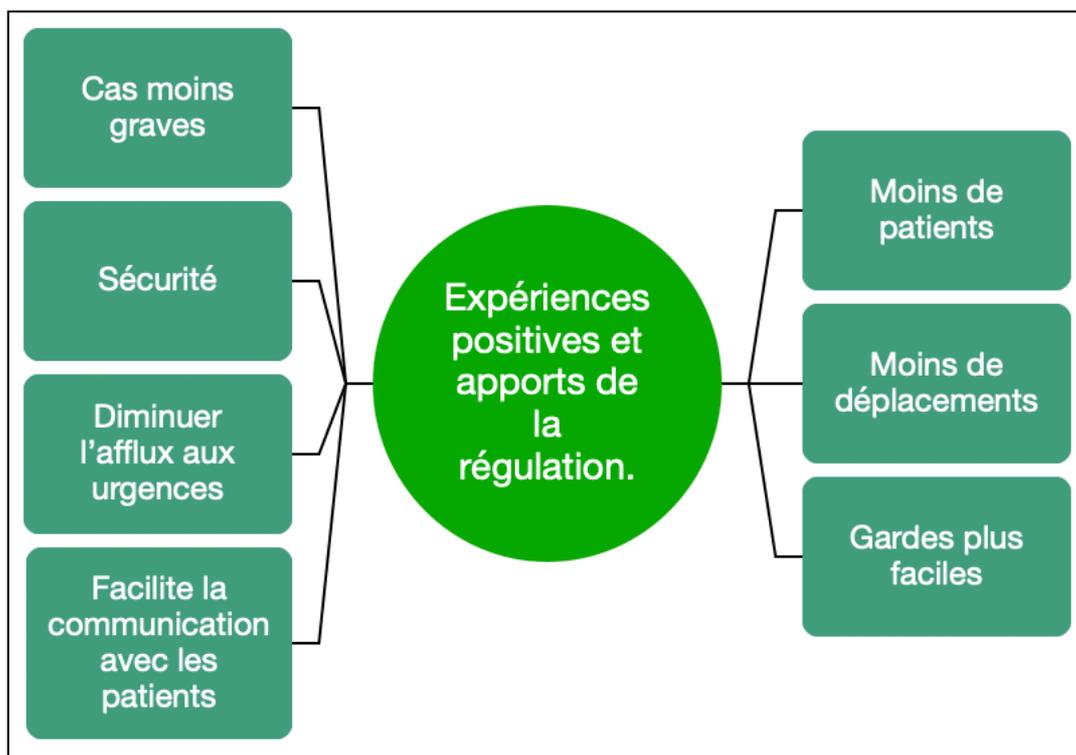


Figure 1

3.1.1 Cas moins grave

La régulation a conduit à une diminution notable de la gravité des cas traités pendant les gardes. Les médecins rapportent un changement significatif dans le type d'interventions, avec moins d'urgences réelles et plus de situations pouvant attendre ou relevant de la médecine générale.

- M1 et M3 soulignent que les appels non urgents étaient fréquents avant la régulation, mais que désormais, le SAMU filtre efficacement ces appels, réduisant ainsi la charge de travail et la complexité des gardes.

M1: Les patients n'étaient pas régulés, donc ils pouvaient appeler pour rien.

M1: Après, une autre chose qui est vraie là-dedans, c'est que le système de garde n'est pas du tout un système d'urgence. C'est-à-dire que ce sont des semi-urgences que traitent les généralistes, parfois pas des urgences du tout.

M3: Les appels qui nous sont basculés ne sont absolument pas des urgences et uniquement des appels de confort qui ne correspondent absolument pas à ce qu'on avait comme notion d'urgence avant. Donc, des gens qui ont de la fièvre depuis trois jours, qui n'ont pas cherché le médecin avant, etc. Je n'ai jamais vu de véritable urgence. Peut-être un peu quand même, mais c'est exceptionnel.

Mais donc, il faut assumer que les gardes ne concernent plus des situations d'urgence et qu'on prend tout. Que c'est de la médecine générale, pendant la période du week-end. Et que le médecin qui est disponible s'occupe de ça.

- M14 et M5 expriment leur perplexité quant à l'utilité de certaines interventions tardives qui auraient pu attendre, indiquant une réduction des cas d'urgence véritable.

M14: On voit pas très bien l'intérêt qu'il y a d'avoir vu des gens à 22h alors qu'ils auraient pu attendre le lendemain matin. Et s'ils ne peuvent pas attendre le lendemain matin, c'est que c'est une urgence. C'est pas nous, c'est forcément les urgences. Donc on ne comprend pas très bien à quoi ça sert. Je vous avoue que j'ai du mal à comprendre.

M5: Pour être clair, les appels sont pour des choses qui, le plus souvent, sauraient attendre 48, 72 heures. Donc ça, d'un autre côté et en même temps, plutôt le reproche quand même d'être un peu oublié, donc ne pas avoir énormément de travail sur ces périodes de garde.

- Certains regrettent de ne plus pratiquer des gestes d'urgence.

M2: Avant que ce soit régulé, on faisait des sutures, c'était intéressant. Maintenant, c'est de la bobologie, ou des arrêts de travail pour le lundi.

3.1.2 Moins de patients

Que ce soit en raison du nombre d'appel au 15, du filtre de la régulation ou encore de la concurrence des centres de garde, l'affluence pendant les gardes est très variable d'un jour à l'autre, d'un secteur à l'autre, d'une organisation à l'autre mais les professionnels interrogés sont unanimes: le nombre de patient pendant les gardes régulées a diminué fortement.

- M1, M4 et M10 remarquent que les gardes sont devenues nettement moins occupées, passant de week-ends où l'on pouvait être dérangé fréquemment à des périodes de tranquillité relative.

M1: On a passé même des week-ends complets où on n'était pas dérangé. Alors qu'avant, on était dérangé parfois une trentaine de fois dans le week-end, ce qui était colossal.

M4: Il y a des week-ends où on peut ne pas être dérangé du tout. C'est même relativement inquiétant pour le généraliste qui attend au bout du fil, parce qu'il se demande si c'est son jour de garde. Ça devient plus intéressant évidemment quand on a quand même un certain nombre d'actes. Pour nous, ça évolue, ça diminue de plus en plus. Donc c'est entre moins de 10 actes et 20 actes. Mais pour le week-end, du samedi midi au dimanche soir, c'est extrêmement rare d'avoir plus.

- M11 et M12 évoquent la variabilité du nombre de patients vus, souvent faible, ce qui peut rendre les gardes moins exigeantes. Certains facteurs entrent en jeu comme la situation géographique (présence de maisons de retraite, ville ou campagne, ...) mais aussi une saisonnalité avec des pics d'épidémies hivernales.

M12: Les ruraux, la semaine, parce que c'est régulé par le SAMU, ça peut être aucun dérangement jusqu'à 2-3 c'est pas énorme et le week-end ça dépend des périodes hivernales mais c'est pas énorme, c'est souvent 6-7 à peu près et après bien sûr il y a des maisons de retraite autour de chez nous et malheureusement vu l'âge des résidents parfois il y a un décès donc on est amené à aller signer des actes de décès sur les astreintes.

- M3 ajoute son analyse:

M3: Que le SAMU filtre beaucoup les appels, le fait que les gardes, qui étaient assez intenses il y a quelques années, quand elles n'étaient pas filtrées, sont actuellement presque ridicules. C'est-à-dire qu'en fait, on fait entre cinq appels par 48 heures. Je crois qu'au maximum, j'ai dû en faire 15. Avant, c'était plutôt 30 à 40. 30 à 40, oui.

- En ajoutant que pour lui il vaut mieux laisser la place aux jeunes:

M3: Alors évidemment, moi, comme je suis un peu vieux maintenant, ça m'arrange de rien faire. Mais bon, quand on est jeune médecin, j'ai vu ma nièce là, Louise, qui est à Reims, qui remplace, elle m'a dit, avec ses copines, elles ont une maison médicale qui fonctionne. Et la fille a vu, je crois, 70 personnes, là. Sur deux jours, dans ce coin-là. Un endroit isolé, je ne sais plus. Une maison médicale. Une grosse maison médicale, apparemment. Avec une personne qui gérait le secteur. Et là, elles ont vu 70 personnes. Enfin, elle a vu 70 personnes, ce qui fait quand même 35 par jour. Donc, ce que l'on fait en une journée.

- Dans certains secteurs, les généralistes se sentent oubliés:

M4: Nous ne sommes plus dérangés pour les conneries, parce que la régule bloque, et puis par contre c'est régulateur dépendant, ça veut dire que par exemple sur notre secteur on peut avoir l'impression que de temps en temps nous sommes oubliés, nous n'existons pas, et que le régulateur envoie tout le monde soit à la maison médicale de Soissons, soit aux urgences.

- M6 explique que la faible affluence liée à sa situation géographique lui pose problème:

M6: Alors, les week-ends, on a un secteur qui est tout à fait bizarroïde, puisqu'on est coincé entre Saint-Quentin et Soissons. Et en fait, c'est très inégal. On peut avoir une cinquantaine de personnes sur le samedi après-midi, dimanche matin et dimanche après-midi. Et quelquefois, on n'en voit même pas 20, quoi.

E: Oui, mais quand même, c'est toujours plus de 10, quoi.

M6: Ouais. Bon, enfin, bon. Quand l'IKEA ouvre, c'est pas pour attendre le client, hein.

- Dans le même temps la régulation explique que le nombre d'appels ne cesse d'augmenter et surtout le week-end:

M7: Plus de 100 appels à réguler. En été, peut-être un peu moins. Mais en hiver, quelquefois, ça monte à 150. Samedi dernier: 396 dossiers. Ce qui ne veut pas dire appel. Parce que les gens peuvent rappeler 3 fois pour le même dossier.

- Alors que la semaine:

M8: Alors, sur les deux tableaux de garde, celui de Chauny, c'est assez famélique, c'est-à-dire qu'en garde de semaine, depuis 9 ans, j'ai dû voir 3 patients en 9 ans.

E: C'est ça.

M8: Non, non, mais sérieux, c'est pas une blague. Non, non, mais c'est impressionnant. Voilà. Et le week-end, bon, ça varie entre 25 à 30 patients le week-end, samedi et dimanche inclus.

3.1.3 Filtre de sécurité

La régulation est perçue comme un filtre de sécurité, protégeant les médecins contre les situations potentiellement dangereuses.

- M4 et M9, des femmes, partagent des expériences où la régulation a évité des interventions dans des circonstances à risque, soulignant l'importance du tri effectué par le SAMU pour la sécurité des médecins.

M4: Le pire, c'est un appel pour une femme qui avait subi des violences de son mari et qui avait la main complètement fracassée dans un hachoir de cuisine. Donc, j'arrive et en fait, elle annonce que son mari, il s'est sauvé et qu'il est dans le secteur et qu'il veut lui faire la peau. Donc, on appelle la gendarmerie qui a mis très, très, très longtemps à venir. Les pompiers, un peu plus vite. Et puis après, quand la gendarmerie est arrivée, elle a commencé à ratisser le secteur pour trouver où était le mari et qui s'était finalement immolé dans sa voiture et qu'il a fallu aller enlever le pacemaker. Ah non, il ne s'est pas raté.

E: C'est toi qui l'a fait aussi ? Pour tout arranger, quoi.

M4: Voilà, le genre de garde qu'on avait avant. Et puis là, maintenant, je n'ai plus ce genre de choses.

M9: Ça fait un filtre de sécurité aussi.

E: Oui.

M9: Parce que quand il n'y avait pas ça, moi il m'est arrivé, rarement, mais ça m'est arrivé de me sentir en danger. Parce que voilà.

E: Ça c'est important. Alors pourquoi est-ce que vous vous étiez sentie en danger ?

M9: Pourquoi je me suis sentie en danger ? Un exemple, j'avais été appelé à 2h du matin pour aller chez quelqu'un qui soit disant était malade. En fait c'était un de ses copains qui avait dû faire une farce. Donc je suis arrivée chez quelqu'un, j'ai réveillé quelqu'un qui dormait. Par exemple ça c'est arrivé une fois. Puis une deuxième fois, là par contre c'était un piège. C'était des gens un peu pervers qui m'avaient appelé à un endroit, puis après ils m'ont accusée de faire des propositions malhonnêtes au mari, enfin des trucs...

E: Ah oui d'accord.

M9: Ça c'est des gens un peu dérangés. Puis on allait aussi sur des situations de violence à l'époque.

E: Oui.

M9: C'est-à-dire qu'il y avait quelqu'un qui faisait un délire paranoïaque ou une crise d'agitation. Et là c'était le médecin de garde qu'on appelait. Moi j'ai une amie qui s'est trouvée séquestrée avec un gars armé.

E: Oula.

M9: Oui oui, parce qu'en fait elle ne savait pas qu'il était armé. On avait appelé le médecin parce que le monsieur était agité. En fait il était chasseur, il avait un fusil. Bon ce genre de situation tout ça on n'a plus.

- Ce médecin ajoute à la sécurité, un filtre permettant de passer outre les appels inutiles:

M3: Et donc, cette espèce d'anonymisation qui est par le 15 a aussi un avantage. C'est que, moi, je me souviens très bien d'avoir été dérangé à 2 heures du matin par des abrutis qui demandent, où est la pharmacie de garde. Il y a ce filtre. Alors, mon fils a de la fièvre depuis 5 jours. Qu'est-ce que je dois faire ? La pharmacie est à 20 kilomètres. Je n'irai pas cette nuit. Enfin bon, voilà, c'est une caricature. En fait, on voyait beaucoup ça à une époque et ça, c'était très énervant pour nous. Maintenant, comme c'est le médecin régulateur du 15 qui le fait, eh bien, il n'y a plus ce genre de situation. On a au moins le filtre.

3.1.4 Moins de déplacements

La nécessité de se déplacer sur de longues distances a été réduite grâce à la régulation, ce qui est apprécié par les médecins.

- M1 rappelle l'époque des déplacements extensifs et souligne combien la situation s'est améliorée, permettant aux médecins de se concentrer davantage sur les soins sans la contrainte des longs trajets.

M1: Alors, on a eu des périodes où, quand on travaillait avec Villers-Cotterêts, on avait un immense territoire. Et on se déplaçait, et ça, ça changeait tout, quoi. Parce que ça nous arrivait d'aller à Fresnoy-la-Rivière pour des gardes, c'était carrément extensif.

Et on faisait des kilométrages colossaux, et la difficulté, c'était quand même de trouver les maisons dans lesquelles on devait accéder en urgence.

Après, il y a eu la deuxième période, quand on ne se déplaçait plus.

- M12 rajoute que la seule raison actuellement de ce déplacer reste les certificats de décès.

M12: Ça fait partie du job les (les actes de décès), ça nous oblige à nous déplacer parfois.

3.1.5 Diminuer l'afflux aux urgences

Les médecins reconnaissent le rôle des gardes régulées dans la réduction des entrées inappropriées aux urgences, contribuant à une meilleure gestion des ressources hospitalières.

- M1 dresse un premier constat de l'état des urgences:

M1: C'est-à-dire que le travail de la porte des urgences, c'est malheureusement très complexe actuellement, parce qu'il n'y a plus du tous les urgences qui arrivent. Ce ne sont plus du tout des urgences. Si on voulait regarder le taux d'urgence, il serait très faible. Il y a de la médecine générale qui est faite.

- M11 et M15 notent l'efficacité de la régulation dans la redirection des cas non urgents vers la médecine de ville, allégeant ainsi la pression sur les services d'urgence:

M11: Moi j'ai travaillé aux urgences. Et c'est vrai que parfois, on est embêté par des gens qui ont mal à l'oreille, des trucs qui pourraient se régler facilement. Mais c'est parce que comme on est en zone de désert médical, il y a des gens qui ne trouvent pas de rendez-vous et qui n'ont pas d'autre choix que de se rabattre dans les urgences.

Alors que si c'est un peu plus vulgarisé, je pense que ces gens-là attendraient qu'il soit 20 heures pour appeler le 15 et se faire orienter, enfin...

Ça permettrait de désengorger tout ce monde qui arrive pour rien aux urgences.

- M14 insiste sur le fait que la faible quantité de patients vu lors des gardes, notamment de semaine, ne peut pas permettre d'entraîner de modification de l'afflux aux urgences.

M14: Pour l'instant, ce n'est pas évident. À la campagne, en moyenne, on reçoit un patient par semaine. Si on ne le voit pas, ça ne va pas changer grand-chose aux urgences..

- M15 Explique que le week-end, la situation est toute autre:

M15: Par contre le week-end ça a un intérêt parce que bon, quand même le samedi après-midi, le dimanche matin tout ça, éviter aux gens d'aller s'accumuler dans les urgences pour un rhume ou une otite, voilà, moi je trouve que le système comme il est fait dans l'Aisne, pour moi je trouve qu'il est bien. Ils mobilisent un peu les médecins mais pas énormément et je trouve que c'est bien.

3.1.6 Gardes plus faciles

Globalement, les gardes sont perçues comme plus faciles à gérer, en partie grâce à la diminution de la gravité et du nombre des cas, ainsi qu'à la protection offerte par la régulation

- M9 et M1, M4 et M3 discutent de la facilité relative des gardes dans le contexte actuel, contrastant avec les défis plus importants rencontrés avant l'introduction de la régulation.

M9: Déjà on travaille beaucoup beaucoup moins. Les médecins régulateurs pouvant aussi faire des ordonnances, envoyer des ordonnances, ils nous débrouillent aussi des situations.

M1: Pas spécialement, je pense que c'est vrai que maintenant c'est plus du tout compliqué de prendre une garde, à partir du moment où on n'est pas obligé d'être en présentiel au cabinet médical et qu'on peut prendre les appels de chez soi, c'est évident qu'il n'y a pas de perte puisqu'on ne traite plus d'urgence à proprement parler maintenant. En effet, le tri il va dans le sens que les urgences nous échappent, donc c'est particulièrement confortable

M4: Je trouve que c'est bien, ça nous permet de ne pas être sans cesse au téléphone à l'affût d'un coup de fil..

- Ces constats d'une plus grande facilité ne sont pas sans une pointe de nostalgie:

M3: Non, avant, il se passait des choses lourdes. Du médico-légal, beaucoup. Les injections intracardiaques pour prélever l'alcool chez les morts. Tout ça, c'était il y a un moment. Maintenant, c'est terminé. Non, ça n'arrive plus jamais. Non, mais on a vraiment l'impression que c'est une petite routine de gens qui viennent là un petit peu, parce que vraiment, ils s'inquiètent, quoi. Oui. Donc, c'est de la médecine générale de week-end. Pas d'urgence. Parce que les gardes sont vraiment, en tout domaine, légères pour nous, maintenant. Donc, on peut parfaitement ne rien faire pendant une garde. Il y a d'autres occupations. On s'occupe. Sortir, faire du sport, se balader dans la forêt. J'ai jamais eu d'urgence vitale à gérer dans le quart d'heure qui suivait, comme on a fait à l'époque, quand même, peut-être un peu plus.

3.1.7 Facilite la communication avec les patients

La régulation a également modifié la manière dont les médecins communiquent avec leurs patients, offrant une plateforme plus structurée et sécurisée pour le premier contact.

- Ici on évoque les défis de la communication avant l'ère de la régulation, où la localisation des patients et l'absence de tri préalable pouvaient compliquer les interventions. Il souligne l'importance d'un contact initial bien géré, facilité par la régulation, qui permet de mieux préparer la consultation.

M1: Il y avait une grande perte de temps. On passait beaucoup de temps à préciser exactement l'adresse des gens. Et par contre, comme on travaillait tout autour de la forêt, à peu près, globalement, sur la surface de la communauté de communes, ou les deux tiers de la communauté de communes actuelle, c'était énorme.(...)

C'était compliqué aussi parce que le téléphone portable n'existait pas vraiment. C'était souvent acrobatique. Il fallait qu'il y ait une prise de téléphone au domicile. Et puis, on essayait de joindre le médecin.

La régulation des gardes par le SAMU a introduit des changements significatifs dans la pratique des gardes. Ces modifications ont non seulement réduit la charge de travail en termes de nombre de patients et de la gravité des cas traités mais ont également amélioré la sécurité des médecins en filtrant les situations potentiellement dangereuses. De plus, la réduction des déplacements inutiles et l'optimisation de la gestion des urgences contribuent à une meilleure efficacité du système de santé. Les médecins apprécient la "facilité" des gardes actuelles et reconnaissent l'importance de ces changements pour améliorer leur qualité de vie professionnelle et personnelle. La régulation a également permis une communication plus efficace entre les médecins et les patients, favorisant une prise en charge plus ciblée et adaptée aux besoins réels. En somme, la régulation des gardes par le SAMU est perçue positivement par la majorité des médecins généralistes, qui voient dans ce système un moyen d'améliorer la qualité des soins tout en préservant leur bien-être. Cependant cette régulation présente une extrême complexité.



**J'APPELLE
TOUJOURS LE 15
AVANT DE
MÉ DÉPLACER
AUX URGENCES**

SI J'AI BESOIN DE SOINS
J'APPELLE MON MÉDECIN TRAITANT
OU SON REMPLAÇANT

 RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

 ars
ARS Grand-est
SAVÈS

Source ARS Grand-est

3.2. La complexité de la régulation selon les généralistes.

La régulation centralisée des appels lors des gardes en PDSA est rendu complexe par des secteurs géographiques très inégaux, des limites liées au télédiagnostic avec des critères de régulation à définir, un facteur humain très présent. Le caractère obligatoire des gardes, au coeur de l'actualité, complique également le rapport des médecins à la régulation.

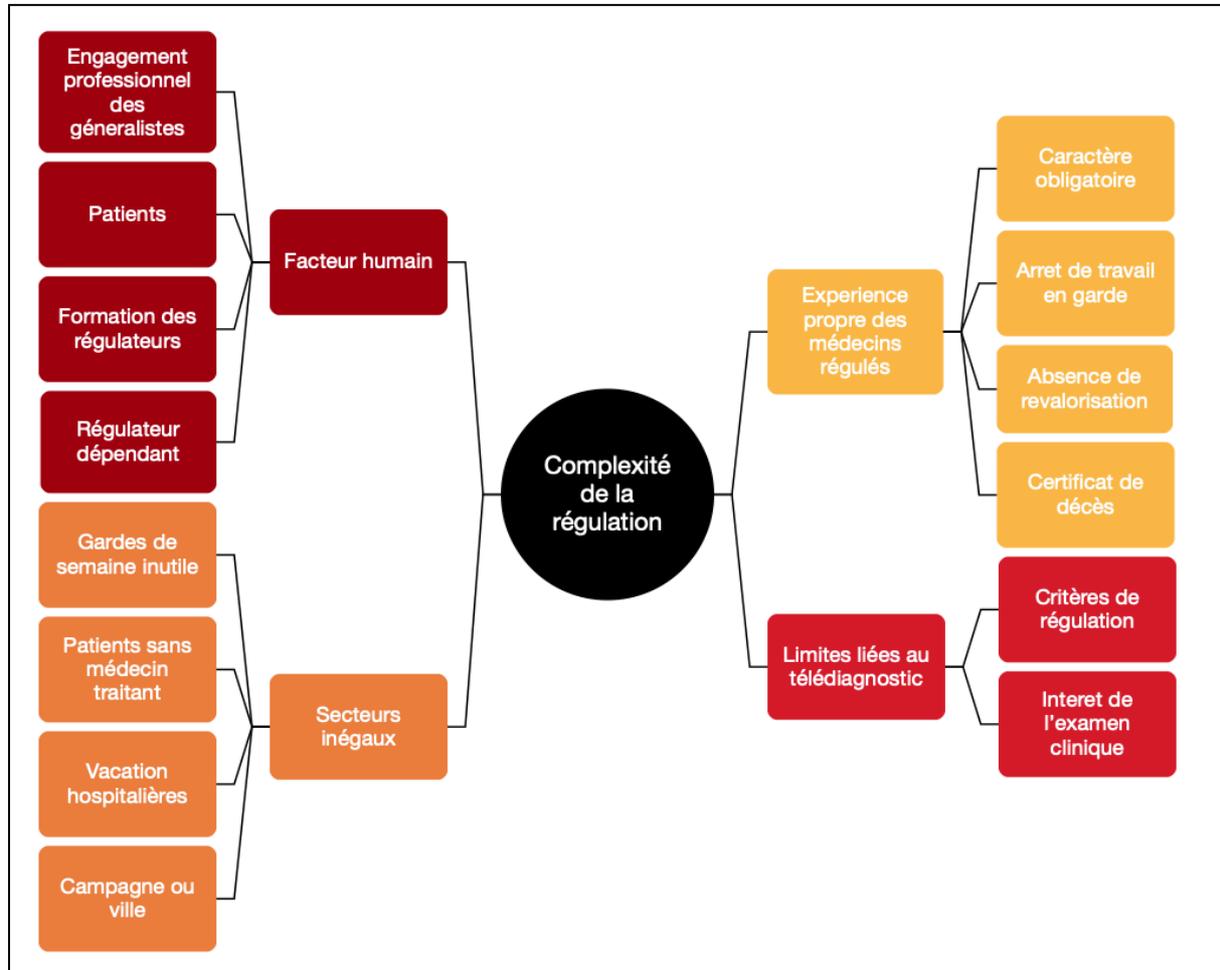


Figure 2: complexité de la régulation

3.2.1 Expériences propres des médecins généralistes régulés

Caractère obligatoires des gardes

Avant 2002, à la suite d'une longue grève des généralistes, l'obligation de réaliser les gardes a été retirée du code de déontologie. C'est l'origine de la PDSA.

- Un médecin évoque cette époque où l'organisation actuelle semble avoir émergé dans la douleur:

M3: Enfin, il faut peut-être que tu saches que dans le secteur, il y a eu quand même un changement d'époque. Il y a 25 ans, 20 ans, allez, 20 ans. C'est le moment où les premières régulations sont entrées officiellement dans le système. Donc, il y a un moment, il y a eu un accord entre le Conseil de l'Ordre de l'époque et la DASS. Et donc, tout le monde s'est réuni

pour officialiser le fait que, maintenant, les gens appellent le 15 pour les urgences en général. Tout le monde s'était mis d'accord. On avait fait une réunion sur Villers-cotterets pour ça. Et depuis ce temps-là, on avait à l'époque encore la permanence entre 20h et 24h la semaine. Et il y a la moitié des médecins du secteur qui étaient contre. Très fortement contre. L'autre moitié, dont je faisais partie, qui était pour. Et donc, on ne s'est pas engueulés. On s'est un peu rafraîchis à l'époque. On s'est séparés en deux groupes. Et le groupe qui ne voulait pas faire les nuits a refusé. Et donc, ça a duré un an ou deux. Et le préfet a dit, écoutez, maintenant, terminé, on vous réquisitionne. Et un mois après, tout le monde rentrait dans le rang.

E: Une réquisition pour les gens qui ne voulaient pas faire la nuit.

M3: Ils ont réquisitionné. Ils ont décidé de faire le 20h-24h la semaine. Donc, les gens sont rentrés dans l'ordre.

Et puis, au bout d'un moment, quelques années après, la préfecture a décidé qu'en fait, l'obligation, sur la ville d'ici était compliquée. Et qu'il fallait que tout le monde se rapproche de Soissons sur la base du volontariat.

C'est-à-dire qu'ici, dans le secteur, le soir, il n'y a personne.

La semaine, il n'y a pas de garde de nuit. Zéro.

Le week-end, on persiste à les faire. Maintenant, tout le monde fait le samedi 12h-24h et le dimanche, 8h-24h.

- La réticence face à l'obligation des gardes est soulignée par le témoignage des médecins. Un médecin exprime son désaccord avec cette obligation.

M16: Comme toute obligation, j'ai toujours un peu de mal avec les obligations, mais bon, après, je comprends la nécessité d'avoir une présence médicale.

- Tandis qu'un autre utilise la grève de garde comme signe de mécontentement à destination de la classe politique.

M10: Juste pour dire les choses en avant. Là, je fais des grèves de garde en ce moment.

- Reflétant une tension entre la compréhension de la nécessité de service et le désir de maintenir une certaine autonomie professionnelle.

- Pour cet autre médecin, la situation est cocasse, il est responsable de l'organisation des gardes de son secteur mais a arrêté d'en faire:

M14: Je suis encore responsable de la PDSA mais je ne fais plus de garde. Depuis je crois à peu près la période Covid, à peu près 2020, 2021.

- Le retour à un système de gardes obligatoires, (Sachant que la création du PDSA se basait sur le volontariat et une rémunération forfaitaire), suivant la proposition du président de la république revient régulièrement dans les interrogatoires:

M14: Oui, alors nous, l'idée derrière de rendre de nouveau la PDSA obligatoire, je ne sais pas si tu sais, le ministre de la Santé qu'on a eu aujourd'hui. C'est un médecin totalement opposé au monde libéral et qui veut imposer la permanence des soins, voire la reprise des gardes en nuit profonde, etc.

Mais toujours pareil, sans sous derrière, sans possibilité de ne pas travailler le lendemain, etc.

Ça n'a aucun sens et on sait qu'en France, on travaille à la petite semaine et qu'on ne résout pas les problèmes...

Mais moi, je serais très libéral par rapport à la PDSA en disant que ça marche parce qu'on fiche la paix.

Si on commence à mettre des règles, ça ne va plus marcher.

On n'est pas des hospitaliers.

- Ce témoignage met en évidence une frustration devant une politique de santé paraissant loin des réalités du terrain.

Arrêt de travail en garde

La question des arrêts de travail en garde est particulièrement problématique, comme le souligne ce médecin:

M2: Maintenant, c'est de la bobologie, ou des arrêts de travail pour le lundi.

- Cette citation met en lumière le dilemme des médecins confrontés à des demandes qui ne correspondent plus à des urgences médicales.
- Ce médecin rapporte la difficulté de cerner la réelle utilité de cet acte administratif en garde:

M4: Parce que ceux qui viennent pour un arrêt de travail en disant que de toute façon, mon médecin ne va pas me recevoir dans les 48 heures, donc j'ai vraiment besoin d'un arrêt...

Tu ne les connais pas, tu ne sais pas si ce sont des profiteurs, tu ne le sais pas...

Donc, c'est toujours un petit problème. Quand tu les connais, tu sais qui ils sont. Quand tu ne les connais pas, les arrêts de travail de week-end, j'ai un peu plus de mal, sauf si c'est une raison vraiment valable.

Valorisation des gardes

La valorisation des gardes est une préoccupation récurrente. Aujourd'hui le régime permet un règlement forfaitaire de

- De 100 € pour la période de 20h à 0h ;
- De 200 € pour la période 12h à 20h le samedi ;
- De 300 € pour la période 8h à 20h le dimanche.

- Ce médecin aborde l'insuffisance de la rémunération forfaitaire des gardes. Et ajoute une corrélation avec le nombre de patient recus.

M1: La seule chose qu'on peut dire c'est que peut-être quand même on pourrait réévaluer économiquement le travail du généraliste quitte à insister sur le fait qu'on peut recevoir un peu plus les gens.

- Cette réflexion révèle l'écart entre l'effort demandé et la reconnaissance économique accordée.

Notamment au cours des gardes de semaine:

E: J'ai interrogé des médecins qui restent au cabinet, comme vous dites, juste pour des gardes de semaine où ils ne voient personne.

M14: Je n'arrive pas à comprendre pourquoi ils font ça, je ne comprends pas. Ils sont peut-être à 100 euros près, vu qu'on est payé 100 euros, alors ils sont content d'avoir 100 euros. Je ne sais pas.

Donc quand on fait 20 actes par jour, effectivement, si on peut se faire 2000 euros sur une soirée de 4 heures, il y a aussi des endroits où la plupart des médecins disent, écoutez, moi, j'ai plus de place. Mais à partir de 20 heures, vous n'avez qu'à aller à la maison médicale de garde.

Donc des appels qui sont assez simples, qui auraient pu être traités dans la journée, mais ils ne le sont pas, faute de temps. Et du coup, ils sont traités le soir à 50 euros plutôt que 26.

- Certains médecins estiment que le fait de recevoir des cas non urgents en garde est une dépense inutile d'argent publique:

M14: J'en ai d'autres qui ne comprennent pas ou qui pensent que je suis là pour faire des actes, quels qu'ils soient, sous prétexte que c'est payé 50 euros.

Certificats de décès

Les certificats de décès représentent une charge de travail spécifique et parfois problématique en garde.

M12: Parfois il y a un décès donc on est amené à aller signer des actes de décès sur les astreintes

- Ce commentaire souligne les difficultés liées à la gestion des décès dans le cadre des gardes, entre exigences administratives et réalités pratique:

M14: Et puis, il faut savoir aussi qu'on ne résout pas à un des principaux problèmes qui est le certificat de décès ou la garde à vue. Car, je te rappelle, si tu ne le sais pas, que ces actes-là ne font pas du tout partie de la PDSA. C'est un sujet compliqué, c'est à dire que c'est vu comme si ça faisait partie de la chose et que c'était la seule chose valable dans le fait de rester là. Le seul problème c'est que légalement, ça n'en fait pas partie, jamais les certificats de décès ni les gardes à vue n'ont fait partie de la PDSA. Beaucoup ne le savent pas, y compris les médecins régulateurs d'ailleurs. Reste le problème effectivement de ces certificats

de décès, faut-il faire un certificat de décès à 23h? Bah oui, parce que sinon le patient reste dans son lit jusqu'au lendemain matin. Ça peut ne pas poser de problème en EHPAD parce qu'il reste dans son lit jusqu'au lendemain, bah c'est bon, il ne va pas se sauver.

C'est plus problématique à domicile devant une famille qui va devoir garder son mort sans soin mortuaire jusqu'au lendemain, je le comprends bien. Y a une façon de résoudre les choses, peut-être tu es au courant, je crois que le Conseil de l'Ordre avait mis en place une liste dans l'Aisne de médecins volontaires pour faire des certificats de décès et des gardes à vue le soir et la nuit. Mais forcément, géographiquement, vu notre grand département, ils mettent quelquefois une heure, une heure et demi pour venir sur un accident.

E: Et comment ils arrivent à les motiver ces médecins là?

M14: Bon maintenant, sur la base du volontariat, il y a des médecins qui doivent s'ennuyer, qui acceptent.

E: Bon c'est quand même payé 100€ les certificats. Mais dans les zones non déficitaires, ce n'est pas comme ça, ce n'est même pas payé.

M14: Alors ça, ça reste un grand problème. Ça peut ne pas être payé du tout si on veut respecter ce que dit parfois la nomenclature, c'est-à-dire l'assurance maladie. Dans la vraie vie, la plupart des médecins font payer, dans la mesure où cette visite, c'est généralement, on part avec l'idée qu'il n'est pas forcément mort. C'est rarement le cas, sauf en EHPAD j'entends bien. Du coup ça me fait penser, je ne sais pas si tu sais qu'il y a une expérimentation dans les Hauts-de-France pour que les infirmières en EHPAD, notamment, puissent faire des certificats de décès.

E: Je ne le savais pas.

M14: C'est en cours ça, c'est en cours, notamment en EHPAD, notamment dans des circonstances bien particulières, après une formation initiale, ce qu'il laisse pour moi à désirer parce que sur plan médico-légal c'est compliqué. Ce qui est très anormal par rapport à ça, c'est que les infirmières sont toujours payées. Elles touchent 40 ou 50 euros de mémoire, de jour comme de nuit, quand les médecins ne seront pas payés à la rigueur, ça n'a aucun sens. Tu vois ce que je veux dire, on marche sur la tête.

- Bien souvent, les centres 15 sont contraint de faire pression sur les généralistes pour qu'ils signent les certificats de décès. Cet autre praticien évoque une nuit au cours de laquelle il a refusé d'intervenir pour signer un certificat de décès en proposant de le faire au petit matin, s'en est suivi une situation où le régulateur a tenté de le faire réquisitionner par le maire, sans succès:

M1: Oui, ce que j'ai appris, c'est que, de toute façon, les actes de décès sont la vraie raison qui gêne la société. Parce que, quelque part, ça coûte pratiquement rien. Dans le temps, on était difficilement payé pour ça. Maintenant, on est payé 100 euros, je crois. Dans les zones sensibles, on est payé 100 euros, sinon on n'est pas payé. Mais déplacer le SAMU dans un cas comme ça, c'est évident que ce n'est pas logique, puisque ce n'est pas l'outil nécessaire pour ça et ça coûte très cher. Donc je pense que le maintien d'un système de garde généraliste est largement lié à la nécessité de signer les actes de décès. Après, une autre chose qui est vraie là-dedans, c'est que le système de garde n'est pas un système d'urgence du tout. Donc à part l'acte de décès qui pose un problème économique à la société, pour le reste, ce ne sont plus vraiment les urgences qu'on traite.

- Un autre évoque ces pressions:

M4: Le 15 a vraiment forcé un peu les gens à se déplacer. Et évidemment, les maison de retraite, quand il y a un décès, des choses comme ça, ou des impotences importantes, moi, j'accepte de me déplacer.

- Cet autre médecin évoque le fait que parfois, le médecin de la garde du soir, paraît le meilleur recours pour prendre en charge les certificats de décès survenus au cours de la journée:

M6: Se déplacer pour aller signer des certificats de décès qui sont survenus à 18h et que le SAMU n'a pas réussi à orienter, il n'y a pas beaucoup de médecins qui répondent.

Écoutez, ce que je ne comprends pas, c'était la semaine dernière, il y a exactement une semaine, la... la... la fille du SMUR m'a appelé à 19h20, la garde commençant à 20h, pour me dire qu'il faudrait que j'aille faire un certificat de décès, un constat de décès à Charmes, qui est à l'extrémité du secteur.

E: C'est un vrai problème de santé publique, et eux, ils se retrouvent...

M6: Nous, on est obligé d'assumer des trucs comme ça pendant les gardes, c'est désagréable. Ben, je ne trouve pas ça normal. En plus de ça, vous arrêtez... Je ne connais pas les gens.

3.2.2 Limites liées au télédiagnostic lors de l'exercice de régulation

Critères de régulation

Les praticiens s'interrogent sur la mécanique de la régulation et sur ces conséquences.

- Évasion des urgences réelles (M1): Cette déclaration indique un changement dans la gestion des urgences, où le tri par le régulateur peut parfois exclure les cas d'urgence réelle de l'attention des médecins généralistes.

M1: En effet, le tri il va dans le sens que les urgences nous échappent

- Incertitude sur le processus de tri (M11 & M14): Les médecins expriment leur confusion et leur scepticisme quant au processus de tri effectué par le SAMU, remettant en question la pertinence des cas qui leur sont référés.

M11: Donc je ne sais pas comment le tri est fait auprès du SAMU, parce que c'est eux qui reçoivent les appels.

M14: Si elles sont graves, elles vont aux urgences, mais tout ça est très médecin régulateur dépendant. Les régulateurs ont bien compris certaines choses, d'autres nous envoient sur des douleurs thoraciques. Mais qu'est-ce que tu veux que je fasse à 23h sur une douleur thoracique ? Envoyer aux urgences ?

On voit pas très bien l'intérêt qu'il y a d'avoir vu des gens à 22h alors qu'ils auraient pu attendre le lendemain matin. Et s'ils ne peuvent pas attendre le lendemain matin, c'est que c'est une urgence. C'est pas nous, c'est forcément les urgences. Donc on ne comprend pas très bien à quoi ça sert. Je vous avoue que j'ai du mal à comprendre.

- Ce médecin insiste de manière ironique, sur le fait que la garde peut être vue pour certains médecins comme l'occasion de faire de l'argent, et donc ils demandent de tout recevoir:

M4: Il n'y a pas de problème l'après-midi, tout ça, je suis disponible. Pour aller dans les établissements, je suis disponible. Je fais tout, même un certificat pour faire du sport, non contre-indication à la natation...

- Dévalorisation du rôle du médecin généraliste (M2): Cette perception suggère que la régulation et la nature des cas référés réduisent la portée et l'intérêt de la médecine de garde, diminuant le sentiment de compétence et d'utilité chez les médecins.

M2: On a presque plus de sens d'action maintenant puisque on a l'impression que tout est en sous-médecine.

- Ce médecin se questionne sur des supposés critères de régulation:

M3: Eh bien, moi, je n'ai pas de problème. Ils sont très corrects, mais je ne sais pas comment ils filtrent. Ils nous basculent. Je ne connais pas leurs critères. On voit bien quand même que, par exemple, une colique néphrétique, ce n'est pas pour nous. Une douleur dans la poitrine, ce n'est pas pour nous. Rien que ça, c'est ensuite basculé sur des structures plus, je dirais, plus médicalisées, type SMUR. Et là, par contre, les critères de... Moi, je ne suis pas médecin régulateur du 15, mais je ne suis pas du tout au courant de leurs critères.

M3: On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre. C'est-à-dire que si on est filtré, forcément, on va avoir moins de choses. Si on n'est pas filtré, on a tout. Sauf peut-être à rééquilibrer les conditions de transmission des appels et à expliquer mieux aux gens, effectivement.

- Sélection forcée du médecin (M1): Cette citation souligne la perte de choix pour le patient dans le système de garde régulée, où le régulateur oriente vers un médecin spécifique sans considération de la préférence personnelle du patient, évoquant une certaine contrainte dans la relation médecin-patient.

M1: Ce qui est le plus gênant dans l'histoire de la garde régulée, c'est la consultation forcée entre les patients et un médecin. Le patient ne choisit pas son médecin, il va sur l'ordre du régulateur aller voir un médecin déterminé.

Avantage de l'examen clinique

- Importance de l'examen clinique (M1, M12, M9): Ces citations mettent en avant l'importance cruciale de l'examen clinique dans l'évaluation de l'urgence et du bien-être du patient, soulignant les limites du télédiagnostic et la valeur ajoutée de l'examen physique pour détecter des urgences masquées.

M9: Ça m'est aussi arrivé d'avoir des problèmes parce que quand ils régulent le téléphone, d'avoir quelqu'un en face de moi et de me dire que c'est pas pour moi. Ça m'est arrivé, ça arrive de temps en temps, on a une embolie pulmonaire, une occlusion, parce qu'une fois qu'on examine les gens, on « perceptionne. »

- Limites de la téléconsultation (M12): Critique la téléconsultation en soulignant qu'elle ne peut remplacer le dialogue et l'examen clinique direct. Cette citation reconnaît la téléconsultation comme un outil utile mais insiste sur l'irremplaçable valeur de l'interaction en face à face.

M12: c'est toute la difficulté, c'est parce que la vie n'est jamais si simple, ni noire ni blanc et c'est pour ça que, vous voyez, toute la polémique par exemple sur les téléconsultations: je pense qu'il faut faire attention, c'est un outil, mais rien ne remplace le dialogue et l'examen clinique

- Redirection vers les urgences après examen (M15): Souligne l'importance de l'examen clinique qui peut révéler la gravité d'une situation initialement non détectée par le régulateur, justifiant la nécessité de maintenir la capacité des médecins à évaluer les patients directement.

M15: Après ça m'est arrivé de renvoyer des gens vers les urgences. La clinique, une fois examinés les gens, ça pouvait être plus sérieux, donc je les ai renvoyés vers les urgences mais bon voilà, à part ça il n'y a pas eu d'autre chose particulière.

- L'apport de l'examen clinique dans ces situations cliniques d'urgence est un apport crucial à la téléconsultation du régulateur

M1: Ça c'est de toute façon évident que le régulateur, non ce n'est pas un problème, c'est au contraire une certitude, que si le suivi nous dépasse de ce patient, on l'adresse directement à l'hôpital. Je pense que ça ne passe même pas automatiquement par le régulateur, il y a un système qui permet directement de décrocher son téléphone et d'appeler les urgences en disant bon voilà ce patient nécessite un électrocardiogramme, des enzymes cardiaques, etc. Et donc on n'a même plus à passer par le régulateur, à partir du moment où le patient est entre nos mains, l'appel des urgences n'est plus obligatoire, c'est le médecin qui court circuite ce système là.

M15: Le régulateur, il n'a pas spécialement, il n'a pas eu le temps d'interroger plus longuement le patient et nous on le fait. On interroge un peu plus longuement et en l'examinant on se dit « ouh là » il y a peut-être un truc plus grave derrière, voilà le patient il n'a pas su s'expliquer donc ça permet quand même de temps en temps de repérer une urgence qui aurait pu passer à l'as.

- Dans certains cas l'oreille avertie d'un régulateur associée à l'œil avisé d'un médecin permet de dédramatiser des situations.

M11: Bon. Un truc tout simple. Il y avait une laryngite qui arrivait, qui avait vraiment une sensation de dyspnée, d'oppression thoracique, et tout cas, d'être pas bien. Et je trouve que ça a été bien géré par le 15. Elle est arrivée chez moi. Au début, je me disais, oh là là, ça ne va pas être pour moi. Parce que si elle est en détresse respiratoire, je ne vais pas pouvoir faire grand-chose au cabinet. Et en fait, c'était juste une sensation subjective. Parce qu'au Saturo, elle avait 99 % de SAT.

3.2.3 La force du facteur humain dans la régulation

Cette section met en lumière l'importance de l'aspect humain dans le système de régulation des gardes médicales, où les médecins généralistes font face à divers défis liés à l'engagement professionnel, l'organisation des gardes, la formation des régulateurs, et la perception des patients. Voici une analyse détaillée des points clés tirés des citations des médecins.

A. Régulateur-dépendant

- **Expériences Variables:** Les expériences de communication et de collaboration avec le SAMU varient grandement parmi les médecins, allant d'une appréciation positive de la confraternité et du support (M1, M11, M12) à des sentiments de frustration liés à des erreurs de régulation ou à une méconnaissance mutuelle (M2, M3, M6).

Les médecins évoquent des pratiques évoluant en fonction des médecins responsables de la régulation. Et notamment une évolution importante du nombre d'appel.

Bonne entente avec les régulateurs

- Plusieurs médecins interrogés relèvent une communication agréable et une collaboration constructive avec les médecins du 15 dans le contexte de leur travail de régulation.

E: Alors maintenant, on va parler de la communication et de la collaboration avec le SAMU pendant ces gardes-là. Comment est-ce que tu évalues la communication et la collaboration entre toi et le SAMU pendant les gardes ?

M1: Globalement, c'est excellent. Il y a une franche amitié qui peut se nouer entre les régulateurs et les médecins.

- La demande des médecins se porte sur un besoin de rencontrer les régulateurs et mieux les connaître.

M11: Il faudrait que les gens se parlent un peu plus, surtout les médecins régulateurs et les praticiens. Ce serait bien. Moi, je ne connais pas de visage. Ça va faire un an que je suis installée. Enfin, ça fait un an. Je ne connais aucun visage. Donc, je ne sais pas si il y a possibilité de se rencontrer. Très bien de pouvoir échanger. Et puis, bon, maintenant, on a beaucoup d'Internet et tout pour communiquer. Ça, serait pratique par mail. On peut donner des idées. Enfin, moi, je dirais à la première réunion, parce que l'année dernière, je ne savais pas à quel moment ça se tenait, la réunion des praticiens qui font les gardes.

Confraternité

- L'aspect confraternel est évoqué dans les bons rapports entre les régulateurs et les généralistes. Avec une notion de « protection » de la part des régulateurs.

M12: À priori tout dépend de la qualité du régulateur et à ce niveau là les régulateurs sont en général des généralistes qui ont quand même de l'expérience donc ils sont dans la capacité, dans le discernement d'orienter les patients en fonction des territoires et de les envoyer à bon escient et de nous rappeler. Donc si vous voulez, en général, il n'y a pas de problématique, (...)

M12: Écoutez, sincèrement non, ça se passe bien avec nos collègues du SAMU, qu'on connaît bien pour certains, parfois même des amis parce que des médecins qui étaient retraités et qui assurent quelques gardes SAMU aussi que je connais bien donc a priori ça va et bon non, il n'y a pas eu de souci en tout cas, moi je témoigne personnellement

M4: Je suis quelqu'un de plutôt souple et qui me met à la place, et qui a dans sa famille des urgentistes, des gens qui font la régulation, et je connais l'envers du métier. Donc, nous faisons ce que nous pouvons au mieux et pour le mieux.

- Pour ce médecin, qui a été chef du SAMU, le rapport avec les régulateurs est très chaleureux.

E: Qu'est-ce que vous pensez de la collaboration entre les régulateurs et les médecins de garde ?

M8: C'est là où c'est biaisé, parce que je les connais tous.

E: Donc il y a un aspect confraternel, quand vous avez le régulateur au téléphone, vous savez tout de suite qui c'est ?

M8: On a travaillé ensemble pendant des années, on se connaît tous, c'est pas les mêmes rapports, c'est pas pareil. C'est pour ça que je te dis, c'est biaisé. Oui, par rapport aux autres médecins qui ne connaissent pas forcément les régulateurs. Forcément, les relations...

- La dimension d'équipe est ajoutée par ce médecin:

E: Oui.

M9: Parce qu'il y a certains régulateurs qui me connaissent. Donc avec certains régulateurs voilà, il y a un relationnel qui peut, une sorte d'alliance qui peut se produire avec certains. Bon après c'est comme un travail, c'est comme quand on intervient avec les pompiers, il y a une impression de travailler en équipe.

- Ces commentaires démontrent la complexité du lien qui unit le régulateur et le praticien de garde.

M14: C'est généralement ce qui se passe. Le médecin effecteur chez moi, il arrive le vendredi soir, il dit, voilà, je suis le docteur truc. Moi, je veux bosser, je suis venu pour bosser, donc envoyez-moi tout. Il n'y a pas de problème l'après-midi, tout ça, je suis disponible. Pour aller dans les établissements, je suis disponible. Je fais tout, même un certificat pour faire du sport, non contre-indication à la natation... Ou alors: « Je n'en ai rien à faire, moi, je gagne des sous. » Il dira, si c'est un médecin comme moi, il va me dire, moi, j'ai un certain âge, je suis crevé, donc vraiment un minimum. Donc c'est généralement ce qu'il se passe, c'est ça. Et c'est tout le problème du régulateur, je comprends que c'est compliqué pour lui parce que, suivant qu'il s'adresse à tel ou tel secteur, il va se faire engueuler ou non. Et en plus, suivant le jour qu'il tombe sur tel ou tel médecin, il va se faire engueuler ou non. Mais c'est ce qui fait qu'il y a encore des volontaires, c'est parce que chacun peut choisir. Si on commence à trop régler tout ça, les gens vont dire, non, dans ces conditions, moi, je n'y vais plus, c'est terminé.

M15: Tu vois ce que je veux dire c'est ça il faut savoir aussi leur dire « bon, moi je suis là de toute façon, je suis bloqué, vous pouvez m'envoyer du monde quoi des trucs même si c'est pas grave.

- L'erreur de régulation peut être liée à une erreur d'estimation de l'urgence, une erreur de recueil des informations médicales, une erreur d'adressage du patient ou à une erreur d'interprétation des dires du patient. Elle est inhérente à ce métier humain.

M2: Alors, c'était surtout avec le médecin régulateur qui m'appelle. J'étais à la maison. Il me dit « Docteur, il y a une dame qui voudrait vous voir donc, je vous l'envoie ». Je lui dis « Oui, au 2 bis Av de Verdun » Heureusement que j'ai précisé l'adresse, parce que sinon, je ne voyais pas la patiente.

E: Ah bon ? M2: Oui, carrément.

E: C'était des patientes qui n'étaient pas du coin ?

M2: Pas du tout du coin, mais rien à voir avec la région. Elle me dit « Vous n'êtes pas au nom du village ? » Je lui dis « Pas du tout. » Mais c'était même pas mon département, tu vois.

M2: Oui, alors c'était pendant le Covid. Et j'ai eu un patient que je ne trouvais absolument pas bien du tout, du tout, du tout. J'ai eu le médecin régulateur qui m'a dit non. Je lui ai dit « Écoutez, je ne la trouve pas bien, il faudrait venir la chercher ». Donc, le médecin du SAMU me répond en me disant « Non, ce que vous me dites ça peut arriver, il faut attendre, etc. ». Le lendemain, c'était un patient du coin, il s'est retrouvé en réanimation. Moi, je suis passé par une conne. Et je n'ai pas du tout aimé, tu vois.

M4: Oui, c'était sur la dernière garde. Et ce monsieur, je l'avais vu la veille pour un autre enfant. Donc il avait tout ce qu'il fallait à la maison. Et donc, ce monsieur, je lui ai dit, mais attendez, là. Vous n'avez aucune honte à nous déranger le jour de Noël. Parce que c'était

le jour de Noël. Parce que votre fils, il a le nez qui coule et il tousse un tout petit peu. Il n'a pas de fièvre, il n'a rien. Vous avez tous les médicaments à la maison. Et puis là, il y a eu un blanc. Ah oui, c'est Noël aujourd'hui...

M9: Voilà après il y a parfois des difficultés parce qu'il y a certains régulateurs par exemple qui veulent nous passer les appels, enfin qui veulent qu'on filtre nous-mêmes les appels en disant bah c'est pour vous, c'est pas pour nous, ça c'est nettement moins bien.

Mésentente avec régulateur

Certains médecins ne s'entendent pas avec la régulation et cela affecte leur perception des gardes.

- Parfois, les médecins se plaignent d'avoir peu d'échange avec les régulateurs

M2: Non, il n'y a pas trop d'échanges.

- Parfois, la mésentente est complète

M6: J'en ai un, là, à Laon, là, un mec qui régule, il est quand même un peu chiant, hein. Il est toujours dans les bons coups. Je sais plus son nom, hein.

E: Donc c'est assez dépendant du régulateur, quoi.

M6: Ouais, mais c'est souvent lui, hein. Le soir, c'est souvent lui, quand même, hein. Il y a une paire de fois qu'il me fait des vâcheries, alors il m'a fait attendre, il m'a fait revenir au cabinet une fois pour un enfant qui avait des maux de tête, qui a eu des nausées. J'attends toujours qu'il arrive, hein.

- Pour ce médecin généraliste qui pratique la régulation la mésentente est parfois passée par des plaintes écrites de confrères.

M7: Il y a des problèmes plus sur Château Thierry. Mais j'ai eu quelques lettres. Je n'ai même pas répondu.

- Certains médecins évoquent avoir l'impression d'être oubliés pendant certaines gardes devant l'irrégularité du nombre d'appel et parfois l'absence d'appel.

E: Alors maintenant, on va parler de la communication et de la collaboration avec le SAMU pendant ces gardes-là. Comment est-ce que tu évalues la communication et la collaboration entre toi et le SAMU pendant les gardes ?

M1: Il y a des week-ends où on peut ne pas être dérangé du tout. C'est même relativement inquiétant pour le généraliste qui attend au bout du fil, parce qu'il se demande si c'est son jour de garde.

M15: On peut avoir l'impression que de temps en temps nous sommes oubliés, nous n'existons pas, et que le régulateur envoie tout le monde soit à la maison médicale de Soissons, soit aux urgences.

Ces citations illustrent la complexité du système de régulation des gardes médicales, mettant en évidence à la fois l'engagement des médecins envers leurs patients et les défis auxquels ils sont confrontés dans l'exercice de leurs fonctions, notamment en termes de communication, de formation, et de perception publique.

B. Engagement professionnel

- Sens du Devoir: Les médecins expriment un sens profond du devoir envers leurs patients, considérant les gardes comme une partie intégrante de leur engagement professionnel malgré les désagréments potentiels.

- Cette perspective est partagée par plusieurs médecins qui voient dans les gardes une responsabilité morale indissociable de leur métier, même si cela implique parfois de gérer des cas qui ne relèvent pas strictement de l'urgence médicale

M12: Est-ce que c'est un devoir de faire ces gardes ? De toute façon je l'ai toujours pensé, puisque depuis que je suis installé j'ai toujours assuré et assumé toutes les gardes qui m'étaient dévolues

M16: Oui, je pense qu'on a choisi une profession..., oui, je pense que ça fait partie du métier, quoi.

M9: Moi je pense que ça fait partie du métier. Sauf si... parce que c'est un service quand même qu'on rend à la population. Il faut désengorger les urgences quand même. Moi je pense.

M9: Ici nous dans notre secteur pour ne pas faire de garde il faut avoir l'autorisation du conseil de l'ordre qui dit qu'on est autorisé à ne pas faire de garde donc il faut être malade.

- Certains médecins reconnaissent une corrélation entre devoir pour le médecin et utilité des gardes.

M14: Alors, s'il s'agissait effectivement de faire des choses intéressantes, on pourrait éventuellement dire oui, c'est un devoir. Donc, comme il s'agit en fait de voir des choses totalement inintéressantes...

- Certains médecins ont l'impression d'avoir épuisé leur engagement professionnel et réservent aux jeunes le soin de poursuivre l'engagement.

M13: J'ai arrêté de faire les gardes. Oui en fait, d'abord j'ai 72 ans, j'exerce encore, j'ai fait 15 ans de Samu, entre nous les généralistes on a fait les gardes ensemble en Samu, au SMUR, SMUR, pendant une quinzaine d'années. On était donc attaché à Laon, ils nous payaient à la sortie. Et puis ça fait à peu près peut-être une dizaine d'années, on a arrêté, ils

ont amené le Samu de Saint-Quentin à Guise. Donc nous, on n'en fait plus, même le week-end, moi et mes collègues ils ont des jeunes, j'en fais plus les week-ends.

C. Equilibre travail-vie privée.

- L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle est un facteur encore plus prégnant chez les nouvelles générations de médecins.

M14: Avec l'arrivée des jeunes médecins qui m'ont fait comprendre qu'ils n'avaient aucune intention de revenir de chez eux la nuit pour faire un acte par semaine quelquefois. Ils habitent loin, dans la ville à Saint-Quentin, ou à côté de Saint-Quentin, et ils ne vont pas faire une demi-heure, trois quarts d'heure de route pour voir un patient qui en plus... Quand le samedi nous dit qu'il faudrait retourner à la maison médicale et un patient qui va venir vous voir parce qu'il a mal dans le dos, une fois sur deux il ne vient pas... Donc ça n'a aucun sens, ça n'a plus aucun sens. Dans le milieu rural, j'entends, je dis bien qu'en ville, il y a des gens qui gagnent leur vie avec ça, mais nous ça n'a aucun sens.

- Le dimanche est perçu par certains (M4) comme un jour de repos à préserver, soulignant la difficulté de concilier les attentes de disponibilité continue avec le besoin de repos et de temps familial.

M4: Bon, je suis quand même assez catho, donc je trouve qu'un dimanche, ça reste un dimanche, et ce n'est pas un jour de consultation comme les autres. Donc moi, j'aime le principe de dire il y a 6 jours de travail et un jour de repos. Donc le dimanche reste pour moi important. C'est un jour à protéger. Le samedi, ça ne me dérangerait pas de travailler plus l'après-midi, tu vois. S'il y a vraiment une difficulté pour les patients de trouver un médecin, c'est vrai que souvent, ils se retrouvent chez le pharmacien. Même les dentistes, les dentistes ne travaillent pas le week-end, donc le nombre d'urgences du week-end qui sont des urgences dentaires, c'est quand même très fréquent.

D. Moins de travail aux heures ouvrées

Pour certains, les médecins modernes ne travaillent plus assez pour couvrir la demande de la population, ce qui reporte l'activité sur les horaires de garde.

M6: Ah ben non, parce que moi, je vais vous dire une chose, monsieur. J'ai 62 ans cette année. Je suis installée depuis presque 30 ans. Quand j'ai commencé à travailler, on m'a dit « T'es médecin avant d'être une femme. » Et maintenant, j'ai bien l'impression quand même que la majorité des étudiants en médecine qui sortent, c'est des filles, quoi.

E: Ah ben ça, c'est clair; oui.

M6: Ah ben, par contre, ces petites demoiselles en suc', on leur a pas rappelé cette réalité.

E: La notion d'engagement dans son métier.

M6: Ah ben écoutez, quand on est médecin, On est médecin à partir du moment où on exerce. Il n'y a pas de jour, il n'y a pas de nuit. Il y a un certain engagement, quand même. Alors est-ce que c'est nous qui n'avons pas su transmettre cette notion qui est millénaire, quand même ? Si tout le monde assumait sa part, ce serait moins dur pour certains. Oui, ne serait-ce que de travailler sur une amplitude horaire suffisante. Parce que moi, je vous dis, j'ai remplacé 40 médecins de Dunkerque jusqu'à la vallée de la Meuse. Parce que je suis lilloise, donc je n'ai jamais remplacé quelqu'un qui fermait son cabinet et qui était rentré chez lui à 18 heures.

E: Oui, c'est ça.

M6: J'ai même remplacé un mec à, (c'est pas vrai que le nom va m'échapper,) à côté de Dunkerque Un médecin, lui, il commençait sa tournée à 6 heures du matin. Et il finissait tard aussi, oui. Et on se faisait engueuler parce qu'on arrivait à 8 heures au lieu de 6 heures.

E: Oui. M6: Parce que la journée était foutue, quoi, pour eux.

- D'autres estiment travailler suffisamment pendant les heures ouvrées pour ne pas faire en plus des astreintes.

M14: Et puis nous estimons que nous faisons notre part du travail dans la journée, dans zones de désertification, donc on fait 40, voire 50 actes tous les jours, donc ça suffit.. Au soir on va pas en plus retravailler jusqu'au midi.

Donc des appels qui sont assez simples, qui auraient pu être traités dans la journée, mais ils ne le sont pas, faute de temps. Et du coup, ils sont traités le soir à 50 euros plutôt que 26.

E. Formation des régulateurs généralistes

- Besoin de formation: la nécessité d'une formation adéquate pour les régulateurs est soulignée (M14), indiquant un manque dans la préparation de ces derniers à gérer efficacement les appels et à orienter les patients de manière appropriée.

M14: Je pense que premièrement, c'est très mal régulé par le fait que les régulateurs ne sont pas formés. Il n'y a rien qui prévoit qu'ils puissent se former et être payés pour cette formation. (...)

Oui, mais un DU, les médecins qui ont fait des DU de régulation, ça dure un an, ça dure deux ans, mais c'est mettre la barre beaucoup trop haut pour la régulation de base d'un médecin libéral, j'entends.

Pour la régulation hospitalière, ça se défend. Moi j'ai une collègue qui avait fait ce DU, ça lui a servi à rien pour la régulation libérale.(...)

Bon, la régulation pour moi, ça passerait obligatoirement par une formation initiale et continue, parce qu'actuellement, il n'y en a aucune.

Aujourd'hui, je veux dire, vous rentrez, vous décidez d'être régulateur, je ne sais pas, vous auriez une formation d'une demi-journée sur ce qu'on attend de vous, sur comment on régule, ça ne serait quand même pas extraordinaire.

F. La perception des patients

Les patients prennent une part importante dans le processus de régulation. Il apparaît que le changement de mentalité et l'évolution des usages influence beaucoup le nombre et la qualité des appels d'urgence. D'autre part le ressenti des patients est très subjectif et d'une grande variabilité.

- La perception de leur urgence est variable selon les patients.

M12: Pour un oui et pour un non on sait que le pourcentage est non négligeable de gens qui, bien sûr, ont des urgences, mais après c'est très difficile, parce que le vécu personnel des patients je crois qu'il ne faut pas, disons, stigmatiser les patients parce que le vécu de l'urgence pour un patient peut être très différent d'un patient à l'autre, il y en a certains qui cèdent vite à l'angoisse etc. et d'autres qui peuvent avoir, vous le savez bien, une douleur thoracique et traîner en longueur alors qu'ils font vraiment un vrai syndrome de menaces.

- Met en lumière la subjectivité de l'urgence selon les patients, certains réagissant plus fortement à l'angoisse que d'autres. Cette variabilité rend difficile la standardisation du tri des urgences et souligne l'importance de l'évaluation individuelle.
- Il semble également que le référentiel des patient ait évolué:

M1: (...) En fait, à cette époque-là, les gens avaient des scrupules à déranger les médecins. Ils avaient un plus grand respect, d'après moi, de nos dérangements, etc. Et souvent, on était appelé pour des causes vraiment d'urgence extrême.

- Certains patients sont connus pour appeler trop régulièrement le samu pendant les gardes:

M7: Tout à fait, on les connaît. On a des petites mamies: « J'ai mal dans la poitrine. »

- Plusieurs médecins évoquent le fait d'une méconnaissance du principe de la garde régulée de médecine générale dans la population générale. Ils évoquent l'intérêt possible d'une communication sur le sujet.

M3: Parce que le lundi matin, quand on reprend les consultations et les appels, beaucoup de gens ont attendu 48 heures, avec de la fièvre, une rhino-pharyngite, etc. Et parce que, en fait, apparemment, ils (les patients) ne connaissent pas le système de régulation. Et ils pensent, pour beaucoup, que le 15, c'est le SAMU. Et donc, le pin-pon avec l'hélicoptère pour les urgences importantes.

- Certains patients sont décrits pour perturber le système par une hyper consommation de soins d'urgence.

M1: il y a quand même tout un lot de patients qui vont consommer de la médecine générale parce qu'ils ont le SAMU et ils ne payent pas, etc.

- Ces patients n'ont plus de limite.

M10: Si on a arrêté la disponibilité ou la permanence de soins, c'est parce que les gens venaient pour tout et n'importe quoi et ce n'était plus du tout pour justifier.

- Les patient ne sont pas du tout informé sur l'existence des gardes régulées.

M11: Beaucoup de gens ne sont pas au courant de ça. Beaucoup de gens ne savent pas que les médecins généralistes ont un planning de garde et qu'il y a un cabinet ouvert chaque soir. Donc, ça, de passer le message à la population, ce serait bien. Parce que le réflexe qu'ils ont, c'est de filer aux urgences.

M12: Je pense qu'il y a quand même une méconnaissance des patients du système d'astreinte. Je pense que les patients hésitent à appeler le SAMU du fait du degré d'urgence vécu ou ressenti réellement. Mais ils n'appellent pas forcément pour peut-être le 39 de l'angine du gamin.

- Certains patients paraissent encore réticents à appeler le 15.

M3: Parce que le lundi matin, quand on reprend les consultations et les appels, beaucoup de gens ont attendu 48 heures, avec de la fièvre, une rhino-pharyngite, etc. Et parce que, en fait, apparemment, ils (les patients) ne connaissent pas le système de régulation. Et ils pensent, pour beaucoup, que le 15, c'est le SAMU. Et donc, le pin-pon avec l'hélicoptère pour les urgences importantes.

Donc, il y aurait vraiment une information, au niveau des mairies, des journaux, etc. un peu plus précise à faire, pour expliquer que le 15, ce n'est pas que les gens qui sont en train de mourir dans une voiture, et que c'est de la régulation. Il y a une confusion entre les grosses urgences et les urgences du généraliste pour le week-end. La régulation n'est pas bien faite. Et ça fait des années que c'est comme ça. On a refait les choses. Et je pense que ça ne dépend pas de nous. Ça dépend surtout de la communication qui est maintenant un peu plus sur les réseaux que sur le journal du coin. Et les gens, quand ils téléphonent... Avant, ils avaient le médecin, il y a 35 ans. Et c'était le docteur machin qui était de garde. Maintenant, c'est: appeler le 15. Et pour eux, les gens ont l'impression qu'on se déleste un peu sur le 15, alors que c'est le mode de régulation légal. Donc voilà, il faudrait peut-être que les institutionnels expliquent plus ce qu'est le 15. C'est l'ensemble des urgences et qu'il y a un généraliste au bout, en cas de pathologie, du généraliste.

- Les médecins ont également conscience d'être un vecteur d'information pour leurs patients.

M4: Oui. Moi, je ne manque pas de le dire d'ailleurs aux patients quand j'ai été en consulte le lundi, le mardi, si un lendemain de garde, je ne manque pas de leur dire, vous

savez, vous auriez pu appeler le 15 et en appelant le 15, vous auriez pu dire, je suis sur le secteur de Villers-Cotterêts et je sais qu'il y a un médecin à Villers-Cotterêts qui assure la garde.

- Ce praticien évoque également une méconnaissance du corps médical dans son ensemble de l'organisation des PDSA.

M6: Ben, moi, je pense qu'il y a un manque d'informations du public concernant le fonctionnement de ce système de garde.

E: Oui, oui, c'est clair, ça.

M6: Ça, c'est clair et net. Alors, quand je dis public, c'est aussi vrai pour les pharmaciens qui ne sont pas au courant. Bon, nous, on n'est pas non plus au courant de qui est de garde. Bon, après, il y a quand même une question de sécurité qui peut intervenir. Mais ils ne sont même pas informés qu'il y a un médecin de garde sur le secteur tous les soirs.

E: Oui, c'est ça.

M6: Bon, après, je pense que les communes ne s'intéressent pas trop aux médecins traitants.

E: Oui.

M6: Donc, principalement, la communication sur les patients, il faudrait expliquer aux patients qu'on peut avoir un médecin accessible et pas forcément pour les choses très graves, quoi. E: Oui.

M6: Oui, ne serait-ce que de dire que chacun sache que le soir, en appelant le 15 pour des choses qui arrivent brutalement et qui n'étaient pas programmées, on peut trouver une solution sans courir à Saint-Quentin à SOS Médecins, par exemple, ou se présenter aux urgences où ils ne sont pas forcément compétents.

- Certains patients ayant pris rendez-vous au cours de la garde ne se présentent pas.

E: Est-ce que, globalement, les patients viennent en consultation ?

M2: En principe, oui, mais c'est déjà arrivé, effectivement, qu'ils ne viennent pas. Oui, ça arrive.

- Parfois pour de plus ou moins bonnes raisons

M1: C'est souvent des raisons des consultations entre guillemets sociales. Ils vont passer le week-end au chaud à l'hôpital et le régulateur essaye de dispenser l'hôpital de cet hébergement forcé. Il l'envoie vers le généraliste du coin qui ne voit pas arriver les gens parce que ce n'est pas le but. Le but pour la personne, ce n'est pas de voir un médecin, c'est d'être au chaud avec un toit.

- Parfois, le fait que les patients ne soient pas connus influence leur ponctualité:

M16: je suis plus inquiet, par exemple, parce que je me suis inscrit au service SAS 02.

E: Oui, c'est le même principe, c'est les mêmes personnes qui vont faire la régulation.

M16: D'accord. Donc, a priori, il y a des collègues qui ne voient jamais arriver des patients, on bloque des créneaux et puis les patients ne viennent pas, donc c'est plus ça qui m'ennuie. Là, je commence mon activité, j'ai commencé il y a un mois et demi, et en fait je suis déjà plein jusqu'au début mars, donc c'est sûr que c'est compliqué si j'ai des créneaux qui sont bloqués, pour les patients qui ne viennent pas, ça m'embête.

3.2.4 Secteurs inégaux

Critère important de la régulation, la dimension géographique a fortement marqué l'évolution des gardes. Les médecins évoquent une époque où les déplacements étaient nombreux et importants. La régulation s'est structurée en réponse à l'afflux de patient. Les différents secteurs de l'Aisne sont marqués par des critères sociologiques, épidémiologiques, démographiques et géographiques très variés. La présence de médecins très investis dans les gardes ou la présence de centre SOS est également un facteur.

La situation géographique est une dimension importante qui influence beaucoup l'intérêt des gardes. Bassins de population différents, secteurs sociaux hétérogènes, ces facteurs sont à prendre en compte dans l'organisation des gardes et dans la pratique de la régulation.

- À la campagne les secteurs de garde sont grands.

M12: Alors, on fait, avec le territoire, on fait ce qu'on appelle des astreintes et régulées effectivement par le SAMU. Qui regroupe les territoires de Vailly-sur Aisne, de Braine et de nombreux villages aux alentours alors pour vous dire combien ça regroupe de personnes ? peut-être 10 000 ? peut-être à peu près, je ne peux pas vous dire je n'ai pas les chiffres en tête au niveau de la densité populationnelle.

- L'organisation des gardes doit prendre en compte la spécificité de chaque secteur.

M14: Moi, je travaille à l'URPS, je fait parti de l'institution qui a déjà essayé de travailler sur le sujet. On n'a jamais réussi à mettre en place une charte de la PDSA, une charte des maisons médicales de garde. Parce qu'il n'y en a pas 2 qui fonctionnent pareil, il n'y a pas 2 médecins qui prennent la garde de la même façon.

- Cette organisation a l'air très complexe.

M6: Alors, attendez, pour vous dire, pour aller plus loin sur le secteur de Chauny, moi, avant d'arriver à Chauny, je suis à Chauny depuis 2017, avant, j'étais à Blérencourt. Donc, Blérencourt, en fait, nous, on avait été rattachés à Soissons, parce que les Chaunois ne voulaient pas venir en déplacement en garde sur le secteur de Blérencourt, sur le sud du Chaunois.

Or, il y a quelques années, j'ai une patiente qui est décédée dans un hameau de Blérencourt, donc vraiment à l'extrémité, c'est aussi loin que moi de Chauny d'aller à Charmes, mais on va à Traffy, on peut être amené à aller vraiment très loin. Et donc, c'est

vrai que moi, sur Soissons, il y en a un qui prend toutes les gardes, donc c'était cool. Saint-Quentin, quand on est à Chauny, il y a 20 minutes de route, puis ça dépend à quelle heure.

- Parfois les patients n'acceptent pas de voir le médecin de garde s'ils doivent se déplacer et se rabattent à ce moment là sur les urgences.

M9: Les gens qui sont à Château-Thierry intra-muros, donc moi par exemple, entre dix et quinze, max. (...) On a un secteur de garde qui est très grand, qui va de Montreuil-aux-Lions d'un côté à Fère-en-Tardenois de l'autre côté, et Neuilly-Saint-Front.

E: C'est ça.

M9: Et nous on a un secteur très grand, donc si c'est un médecin qui est en périphérie du secteur, les gens ne vont pas se déplacer à leur cabinet, ils iront aux urgences en fait.

- Les praticiens de milieux ruraux insistent sur leur faible nombre de patient en garde

Quand la régulation relativement efficace en milieu rural, on n'est jamais appelé. On n'a pas une densité de population.

- Les secteurs de gardes sont également influencés par un praticien qui a tendance à faire des gardes son activité principale et qui a créé un tropisme majeur des patients au cours des gardes.

M4: Je pense que certains vont directement voir aussi notre collègue de médecin généraliste de garde parce que j'étais auparavant à Soissons, puisque j'ai repris mon activité médicale il y a peu dans un autre lieu mais ils vont aussi directement voir le généraliste de garde à Soissons..

M14: Alors après, quand vous allez faire le tour, vous allez voir, il y a des villes comme, je ne sais pas, par exemple, Soissons, où le médecin de garde va vous dire, tous les soirs, je vois 40 personnes, je gagne 3000 euros, donc ça vaut le coup, tout ça. Souvent parce qu'ils font de l'open bar, comme je dis, c'est-à-dire qu'en fait, ils accueillent tout le monde, y compris les gens non régulés, et que la régulation, comme ils prennent tout, c'est pas la peine de réguler.

- Ce médecin a malheureusement refusé d'être interrogé dans le cadre de ce travail.

M3: Dans notre région, là, nous, on est à la campagne. Sur la ville du secteur, il y a le même système sur la ville proche qui fait 25 000 habitants. Et eux, ils ont également un endroit, c'est pas une maison médicale, mais ils ont un endroit pour que le médecin fasse des gardes le week-end et la nuit. Donc ils font la tranche nuit profonde, qui nous a été supprimée par le préfet il y a à peu près 5 ans. Parce qu'ils estimaient qu'il n'y aurait plus de médecin et donc ils ont anticipé. Ils nous ont demandé de nous rapprocher de Soissons. Si on était

volontaire, on a dit qu'on ne voulait pas aller à Soissons, évidemment, pour faire 4 heures de soirée là-bas pour rien. Et là, dans cette structure-là, de façon très régulière, c'est toujours un médecin de la ville, toujours le même, qui fait les tranches 20h-24h. Depuis des années, au grand plaisir de ses confrères, j'imagine, parce que lui, il est demandeur, les autres ne sont pas demandeurs.

E: Et à son grand plaisir, parce que ça doit être... ça doit rapporter.

M3: Financièrement, je pense qu'il a quelques avantages. Mais ça, il a le droit.

E: Bien sûr.

M3: Et de temps en temps, on a un peu l'impression, nous, que les appels qui sont sur notre secteur sont basculés sur Soissons.

E: Ah oui, d'accord.

M3: Enfin, il ne faut pas le dire, ça.

E: C'est intéressant.

M3: C'est-à-dire que je pense qu'il y a, comme les médecins régulateurs du 15, moi, je les connais tous bien, c'est des gens de notre secteur, ils se connaissent tous un peu entre eux. Et donc, on a eu souvent cette réflexion, il n'y a pas de médecin sur Villers-Cotterêts, vous pouvez peut-être essayer là bas. Donc, évidemment, ce médecin-là, lui, il travaille beaucoup, tant mieux pour lui, s'il le souhaite. Par contre, les gens acceptent donc de se déplacer de 25 kilomètres pour aller voir un médecin le soir. (..)

Il assume, je dirais, 70-80% des gardes. Donc, lui, il prend tout. Il doit être généraliste, acupuncteur, Lui, il est volontaire. Et les autres sont peut-être contents.

Patients sans médecin traitant

- Les patients sans médecin traitant ont parfois du mal à obtenir des consultations et peuvent attendre la garde pour consulter.

M6: Parce que nous, ici, on a eu affaire à quelques drames où un médecin est mort, pas remplacé, et les secrétaires débordées, elles disent « Ah, ben, vous irez voir le médecin de garde samedi après-midi ? »

E: Oui, c'est ça. Donc, finalement, les patients qui n'ont pas de médecin traitant, ils attendent la garde pour consulter.

M6: Oui, oui, alors j'en ai même vu un qui venait depuis trois semaines voir le médecin de garde pour la même affaire. Il y en a un qui demandait une prise de sang, le suivant, il a demandé une radio. Et moi, j'ai vu, enfin, bref, la suite. On n'est pas là pour ça, hein. Non, c'est bizarre.

- Les gardes régulières sont leur dernier recours pour les soins courants.

M11: Parce que comme on est en zone de désert médical, il y a des gens qui ne trouvent pas de rendez-vous et qui n'ont pas d'autre choix de se rabattre dans d'autres choses.

- Le parallèle est fait avec les dentistes qui n'apprécient pas de consulter les patients de leur confrères et dont les patients ont parfois du mal à trouver un praticien.

E: Le parallèle avec les dentistes.

M4: Les patients n'arrivent pas à trouver de dentiste. Et du coup, ils utilisent souvent les gardes pour avoir une consultation, ce qui est quand même un travers du système, mais c'est un fait. Et donc finalement, ça pourrait nous arriver aussi.

Gardes de semaine inutiles

- Un médecin nous explique qu'il passe ses gardes de semaine dans son cabinet à attendre désespérément un appel, au cas où une vraie urgence serait à prendre en charge.

M11: (...) C'est une perte de temps en semaine. Moi je me tape 4 heures à rien faire, à attendre.

- Ici la ruralité explique l'inutilité de ces gardes de semaine.

M12: Les ruraux, la semaine, parce que c'est régulé par le SAMU, ça peut être aucun dérangement jusqu'à 2-3.

- Certains médecins ont réussi à se départir des gardes de semaine

M14: Nous refusons de prendre des gardes en semaines, considérant que nous avons déjà assez de travail comme ça.

M4: Il est appelé une fois par semaine, donc on ne va pas rester tous les soirs au cabinet jusqu'à minuit pour un éventuel appel.

- Le faible nombre d'appels au niveau départemental ne justifie plus la présence d'astreintes de semaine.

M15: Donc ça déjà, ça je trouve que la nuit en semaine ça a aucun intérêt parce que en tout cas dans l'Aisne là on aurait un patient tous les je sais pas combien, tous les 3 mois Pour un appel tous les 3 mois pour un patient, donc faire des gardes de nuit au moins jusqu'à minuit en semaine ça sert à rien parce que finalement les gens, il y en a très peu. (...)

Des médecins, il y en a tellement peu, que mobiliser des médecins et les payer pour ça à mon avis ça n'a aucun intérêt.

- Des médecins expliquent également que la garde de semaine constitue une contrainte trop forte sur des professionnels déjà surmenés.

M16: C'est sûr que s'il fallait rajouter en plus des gardes de semaine, ce serait quand même compliqué, parce que les journées, moi, je vois, depuis début janvier, je ne fais plus que ça. C'est sûr que je suis inscrit à la fac, je prends pas mal de cours, donc ça me bloque, mais je vois bien par rapport à avant, puisque j'avais une activité quand même différente, là, je

passé mon temps, en fait, à faire de la médecine, donc je n'arrive pas à trouver encore l'équilibre, même pour faire du sport, enfin, c'est difficile. Je rentre chez moi, j'ai qu'une envie, c'est manger, et puis presque me coucher, quoi. Donc, si en plus, il fallait continuer avec des gardes, je pense que ce serait au détriment de ma santé, quoi.

Vacation hospitalière

- Dans certains secteurs, les médecins réalisent leur garde dans les locaux de centres hospitaliers de proximité. Ces locaux sont parfois peu accueillants.

E: Oui, bah c'est ça. C'est sûr que là, vous, vous êtes bloqué.

M6: On est bloqué dans un endroit qui est désagréable, pas confortable. Et puis voilà, quoi.

M8: Tu travailles sur un bureau où tu as quatre claviers, quatre écrans. C'est les fils qui s'entremêlent. En plus, il y a beaucoup de patients à voir, donc il faut quand même un lieu efficace.

- Au contraire, ce médecin se plaint de l'afflux imposé par ces vacations péri-hospitalières.

M10: Alors en fait, avant, on faisait une permanence à l'hôpital de Vervin, c'était les locaux de l'hôpital de Vervin, et les gens venaient parce qu'il y avait de la lumière et la chaleur.

3.3. Suggestions et perspectives d'amélioration.

Objectif secondaire de la thèse, la recherche d'améliorations au système des gardes est un des objectifs fixé par ce travail.

- La réévaluation des gardes de généraliste est un sujet qui redonnerait naturellement de l'intérêt à ces gardes chez les médecins libéraux.

M1: la seule chose qu'on peut dire c'est que peut-être quand même on pourrait réévaluer économiquement le travail du généraliste quitte à insister sur le fait qu'on peut recevoir un peu plus les gens. Parce que je pense que d'un régulateur à l'autre, il y a une grande disparité, mais en même temps, si c'est le cas, je pense qu'il faut revaloriser économiquement le rôle du généraliste.

- D'autre part la communication doit être améliorée entre la régulation et les praticiens que ce soit pendant la garde

M1: Je pense que le SAMU, ou les secrétaires du SAMU doivent envoyer un SMS au moment où la garde commence. De façon à ce que les médecins se tiennent aux ordres du secrétariat du SAMU.

- Ou encore entre les gardes

M11: Malheureusement, c'est vrai que ce serait bien des réunions où on puisse rencontrer les régulateurs.

- Dans cet exercice où le facteur humain est si important la proximité entre les praticiens paraît fondamentale et aujourd'hui inexistante dans certains cas.

M11: Il faudrait que les gens se parlent un peu plus, surtout les médecins régulateurs et les praticiens. Ce serait bien. Moi, je ne connais pas de visage. Ça va faire un an que je suis installée. Enfin, ça fait un an. Je ne connais aucun visage. Donc, je ne sais pas si il y a possibilité de se rencontrer. Très bien de pouvoir échanger. Et puis, bon, maintenant, on a beaucoup d'Internet et tout pour communiquer. Ça, serait pratique par mail.

M4: Moi, je pense que ce serait bien qu'on mette des visages sur les régulateurs et qu'il y ait au moins une fois par an une réunion entre les régulateurs et les médecins de terrain. Et qu'on puisse dire, voilà, nous, il y a ça qui va bien. Et peut-être qu'eux ont des choses à nous dire globalement et qu'ils ne nous disent pas individuellement. Donc, je pense que ce serait bien d'avoir ça une fois par an.

- Certains proposent de faire une formation rémunérée pour les régulateurs généralistes.

M14: Bon, la régulation pour moi, ça passerait obligatoirement par une formation initiale et continue, parce qu'actuellement, il n'y en a aucune. Aujourd'hui, je veux dire, vous rentrez, vous décidez d'être régulateur; je ne sais pas, vous avez une formation d'une demi-journée sur ce qu'on attend de vous, sur comment on régule, ça ne serait quand même pas extraordinaire. Et puis tous les ans, on se rencontre, tous les régulateurs, et ils disent, voilà, moi j'ai des problèmes avec ci, j'ai des problèmes avec ça, je n'y arrive pas ici ... Et tout ça n'existe pas et c'est vraiment dommageable, je pense, pour la qualité de cette régulation. Mais il est certain qu'à la date d'aujourd'hui, il n'y a pas de financement pour tout ça.

- L'arrêt des gardes de semaines dans les territoires ruraux paraît partagée par de nombreux généralistes.

M8: Oui, déjà, arrêter le... Moi je pense que ça sert à rien les gardes de Chauny en semaine, ça sert à rien. Ça sert à rien statistiquement, trois appels en neuf années. C'est des dépenses, machin. Par contre, qu'il y ait une garde de week-end libérale à l'hôpital de Chauny, oui. Ça, oui, ça peut rendre service.

- Une solution hybride est proposée dans le cas où l'arrêt du PDSA en semaine est actée au niveau local.

M8: Et puis, la deuxième chose que je voudrais dire, c'est qu'il y a les soins non programmés qui sont apparus. Le SAS, finalement, tout le monde est en train de dire, mais attendez, il y a le SAS dans la journée, il y a la PDSA déjà le soir, là c'est défiscalisé, là ça ne l'est pas, là c'est une autre somme. Moi, je fais partie des médecins qui disent, écoutez, on va être clair, le SAS c'est du 8h à 20h, on n'a qu'à faire du SAS de 8h à 22h, point final. Et on ne parle plus de tout le reste et on ne nous embête pas jusqu'à minuit sur 10 personnes qui appellent après 22h.

- L'information à la population doit être également améliorée.

M3: Donc, il y aurait vraiment une information, au niveau des mairies, des journaux, etc. un peu plus précise à faire, pour expliquer que le 15, ce n'est pas que les gens qui sont en train de mourir dans une voiture, et que c'est de la régulation. Il y a une confusion entre les grosses urgences et les urgences du généraliste pour le week-end. La situation n'est pas bien faite. Et ça fait des années que c'est comme ça. On a refait les choses. Et je pense que ça ne dépend pas de nous. Ça dépend surtout de la communication qui est maintenant un peu plus sur les réseaux que sur le journal du coin.

- Les médecins réclament également que l'on contrôle d'avantage les patients abusant du système.

M3: Ça, ce serait ça. Et puis, dans leur logiciel, qu'ils mettent quand même... Enfin, qu'ils aient un système d'alarme pour les gens qui abusent. Un système où on reconnaîtrait finalement les gens qui ont déjà appelé.

- Enfin, les locaux de gardes devraient être dédiés et plus chaleureux.

M8: Alors, ce qu'il faudrait, c'est un lieu dédié médecin-libéraux, parce que là on partage les bureaux des PH.

4.1. Discussion des résultats de l'étude.

La régulation des gardes par le SAMU a eu un impact significatif sur la qualité des soins dans l'Aisne. La permanence des soins a pour ambition d'améliorer la prise en charge des patients et la réorientation des patients vers la ville. Cette thèse a mis en lumière plusieurs aspects clés de cette régulation, en se basant sur les témoignages de médecins généralistes et sur une analyse approfondie des changements observés depuis l'introduction du système de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) géré par le SAMU.

Impact sur la qualité et la quantité des soins

La régulation a conduit à une diminution notable de la gravité des cas traités pendant les gardes, grâce à un filtrage efficace des appels, permettant ainsi aux médecins de se concentrer sur les véritables urgences. Cette sélection a réduit le nombre de patients vus en garde, mais a augmenté la pertinence des interventions urgentes, contribuant à une meilleure qualité des soins délivrés. Les médecins ont rapporté une amélioration de la sécurité, tant pour eux que pour les patients, grâce à une meilleure évaluation des risques et à la prévention des situations potentiellement dangereuses.

Impact sur le quotidien des médecins généralistes

Les médecins ont ressenti une diminution de la pression liée aux gardes, avec moins de déplacements inutiles et une charge de travail plus gérable. Cependant, ils ont aussi exprimé des préoccupations, notamment en ce qui concerne les limites du télédiagnostic effectué par le régulateur et l'impact de l'obligation des gardes sur leur équilibre vie professionnelle-vie privée notamment la semaine. Le caractère parfois jugé arbitraire de la répartition des cas et la rémunération des gardes ont été pointés du doigt comme des facteurs pouvant être améliorés.

Le rôle du SAMU en tant que filtre de sécurité pour les médecins est crucial, notamment dans la protection contre les situations potentiellement dangereuses. Ce système de triage avancé permet d'évaluer l'urgence et la gravité des appels reçus, assurant ainsi que les médecins soient envoyés uniquement dans des situations où leur intervention est nécessaire et sûre.

L'impact de la régulation sur la réduction des déplacements nécessaires pour les médecins est un autre bénéfice notable. En filtrant et en orientant les appels d'urgence de manière appropriée, le SAMU minimise les interventions inutiles, permettant ainsi aux médecins de se concentrer sur les cas réellement urgents. Cela se traduit par une économie significative de temps et d'efforts, améliorant par là même l'efficacité générale du système de soins d'urgence.

Enfin, la régulation a profondément modifié la communication entre médecins et patients. En offrant une plateforme plus structurée pour le premier contact, elle facilite une communication plus claire et plus efficace. Cette structuration aide à établir des attentes réalistes chez les patients quant au déroulement des soins d'urgence et améliore l'efficacité de la prise en charge. La régulation permet ainsi de renforcer le lien de confiance entre les patients et le système de soins, en garantissant une prise en charge adaptée.

La régulation par le SAMU s'avère être un élément clé dans l'amélioration de la qualité des soins d'urgence, en offrant une protection efficace aux médecins, en réduisant les déplacements inutiles et en améliorant la communication avec les patients. Ces aspects contribuent ensemble à optimiser l'efficacité du système de santé d'urgence et à renforcer la relation de confiance entre les parties.

Le caractère obligatoire des gardes est une source majeure de complexité, reflétant une diversité d'opinions parmi les médecins. Certains voient dans ces gardes une extension naturelle de leur rôle de soignant, tandis que d'autres les perçoivent comme une contrainte pesante sur leur équilibre vie professionnelle-vie privée. Les discussions actuelles dans le domaine de la santé publique soulignent la nécessité de réévaluer le modèle des gardes pour le rendre plus attractif et équitable. Les propositions politiques doivent tendre à introduire plus de flexibilité, en reconnaissant les spécificités départementales et en ajustant les incitations financières pour valoriser davantage le temps et l'engagement des médecins dans ce système.

Les médecins expriment également des préoccupations quant aux limites du télédiagnostic et aux critères de régulation. Ces limites incluent la difficulté d'évaluer correctement la gravité d'une situation à distance, ce qui peut conduire à des erreurs de triage et à l'affectation inappropriée de cas aux médecins de garde. La littérature sur les défis du triage à distance abonde en exemples d'erreurs de régulation, soulignant l'importance de développer des protocoles plus précis et de renforcer la formation des régulateurs pour minimiser ces risques. Une formation existe déjà mais elle est jugée trop longue et complexe par un des intervenants.

Le facteur humain joue un rôle crucial dans la régulation des gardes. La qualité de la communication et de la relation entre les médecins et les régulateurs du SAMU influence directement l'efficacité de la régulation. Une collaboration étroite et un dialogue ouvert peuvent améliorer la compréhension mutuelle, faciliter le triage des cas, et renforcer l'engagement des médecins dans le système des gardes. Il est donc essentiel de valoriser et de soutenir ces interactions pour garantir une régulation efficace et adaptée aux besoins de la population.

4.2. Comparaison avec d'autres études et recherches sur le sujet.

A ma connaissance, il s'agit du premier travail sur le thème de la régulation médicale où la parole a été donnée aux médecins généralistes.

La méthodologie qualitative, appropriée pour explorer la complexité des ressentis a permis la réalisation d'un travail riche en données. Une analyse quantitative nous aurait contraint à une réduction de l'information émergente.

Les validités internes et externes sont des concepts proposés par Donald Campbell dans les années 1950 pour estimer le degré de confiance que l'on peut avoir dans le résultat d'une expérience scientifique. L'objectif est de limiter les biais imputables à la collecte et au traitement des données.

Notre recherche a été menée de manière rigoureuse. La retranscription des données a été précise, sans omission de mots.

La validité est assurée par la saturation des données, atteinte au 16^{ième} entretien.

Les résultats obtenus lors de la triangulation des données ont été concordants, permettant de renforcer la validité interne de l'étude.

Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une diversité dans les réponses recueillies. La population étudiée avait un âge moyen de 62 ans. L'étude a concerné aussi bien des médecins hommes que femmes, récemment installés ou proches de la retraite, en zone rurale semi-rurale ou urbaine.

Parmi les intervenants de l'étude, certains avaient été chef du SAMU pendant 15 ans, certains étaient impliqués politiquement pour la santé comme un député, certains sont dévoués à la médecine libérale comme ce médecin engagé à l'URPS. J'ai pu interroger également le médecin responsable de la régulation départementale.

Les praticiens avaient pour beaucoup des dizaines d'années d'expérience dans les gardes.

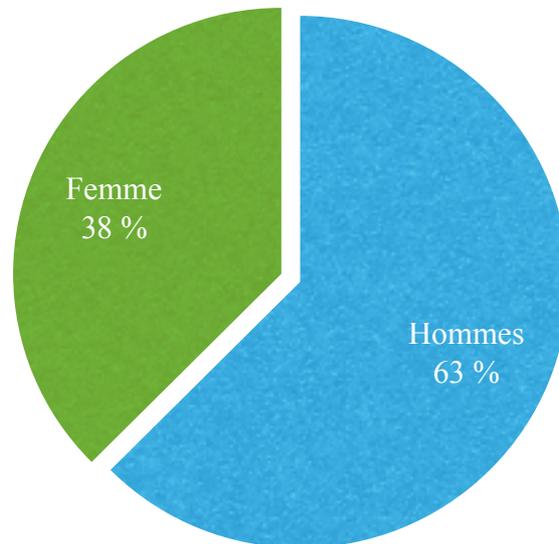
4.3. Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Age	Date d'installation	Secteur	Type d'entretien	Type de gardes	Secteur
Enregistrement 1	Masculin	69	1 982	Rural	Physique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 2	Féminin	62	1 989	Rural	Physique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 3	Masculin	64	1 987	Semi-Rural	Physique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 4	Masculin	65	1 989	Semi-Rural	Téléphonique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 5	Féminin	62	1 989	Semi-Rural	Physique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 6	Féminin	62	1 989	Semi-Rural	Téléphonique	Week-ends et semaine	Chauny
Enregistrement 7	Féminin	65	1 988	Ville	Physique	SOS médecin	Saint-Quentin
Enregistrement 8	Masculin	64	1 990	Ville	Téléphonique	Week-ends et semaine	Laon
Enregistrement 9	Féminin	66	1 989	Ville	Téléphonique	Week-ends et semaine	Chateau-Thierry
Enregistrement 10	Masculin	66	1 989	Rural	Téléphonique	Week-ends et semaine	Guisse
Enregistrement 11	Féminin	33	2 023	Ville	Téléphonique	Week-ends et semaine	Chateau-Thierry
Enregistrement 12	Masculin	63	1 993	Rural	Téléphonique	Week-ends et semaine	Braine
Enregistrement 13	Masculin	72	1 981	Semi-Rural	Téléphonique	Week-ends et semaine	Chauny
Enregistrement 14	Masculin	67	1 986	Rural	Téléphonique	Week-ends et semaine	Saint-Quentin
Enregistrement 15	Masculin	60	1 991	Rural	Téléphonique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Enregistrement 16	Masculin	55	2 024	Rural	Téléphonique	Week-ends exclusifs	Villers-Cotterets
Moyenne	♂:62% ♀:38%	62	1 992		P:31% T:69%	W+S:50%. W:43%.	

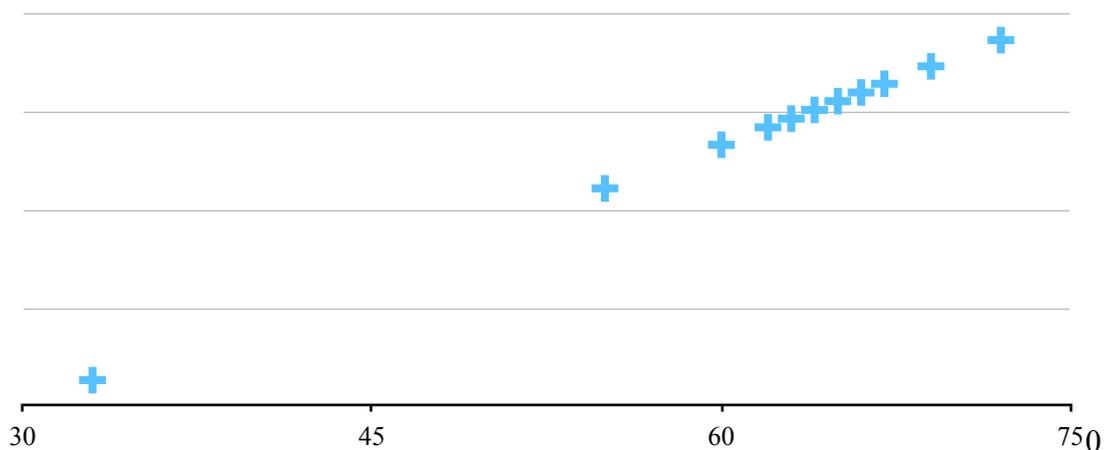
1. Sexe: la majorité des intervenants sont des hommes, cela représente la génération des médecins interrogés, les médecins en formation et en cours d'installation sont désormais majoritairement des femmes. Cela aura probablement un impact sur le futur des gardes de nuit. Les femmes interrogées ont reconnu l'apport sécuritaire de la régulation des gardes.

Figure 3: Sexe des participants

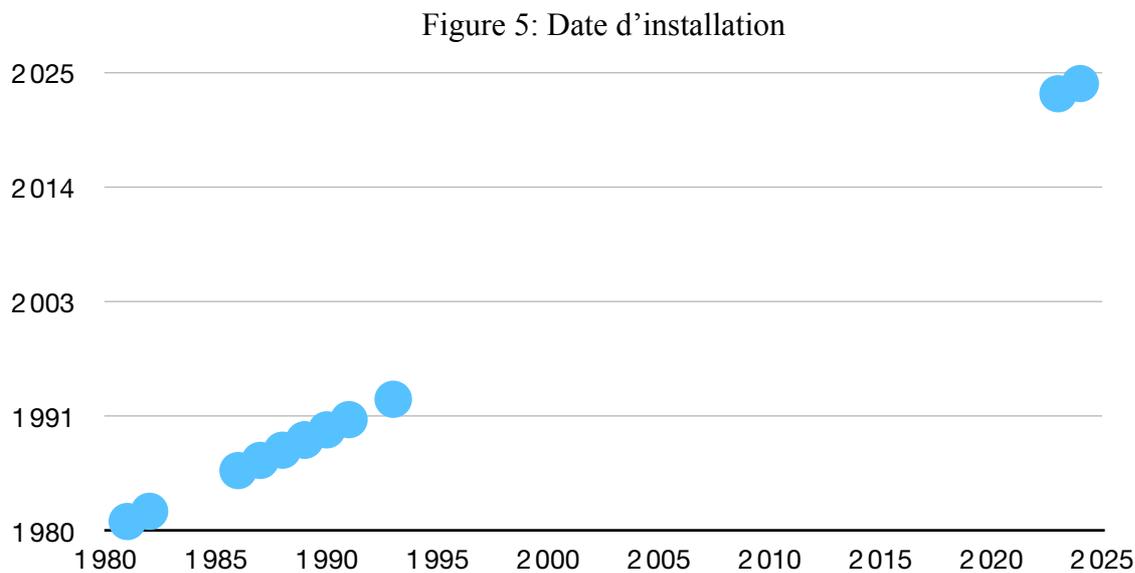


2. L'âge des participants: rares sont les médecins du département à avoir moins de 60 ans. La moyenne d'âge des intervenants est de 62 ans. Les médecins interrogés ont donc une longue expérience professionnelle et en particulier des gardes.

Figure 4: Âge des praticiens interrogés

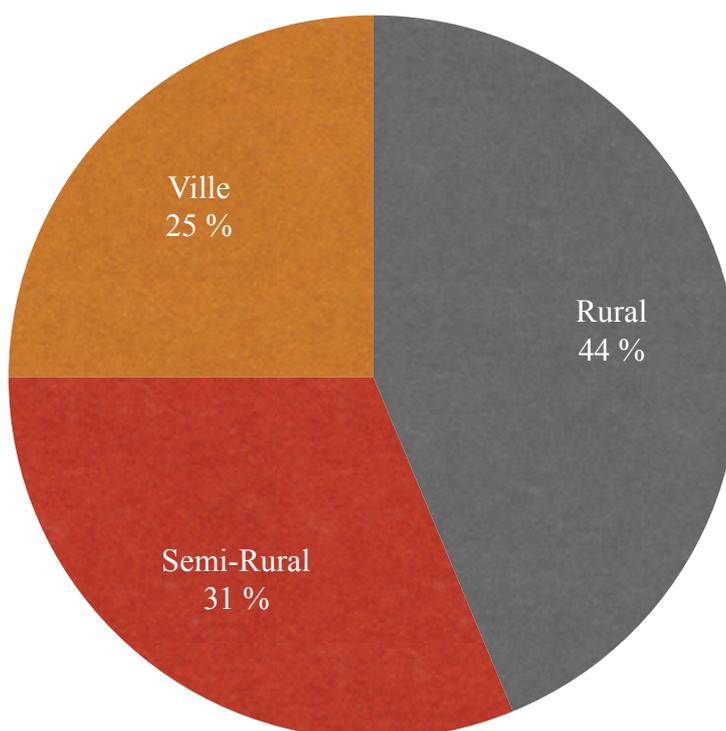


3. La date d'installation : la plupart des médecins interrogés sont arrivés dans les mêmes années, ensuite, le numerus clausus a eu un impact très fort sur les effectifs.



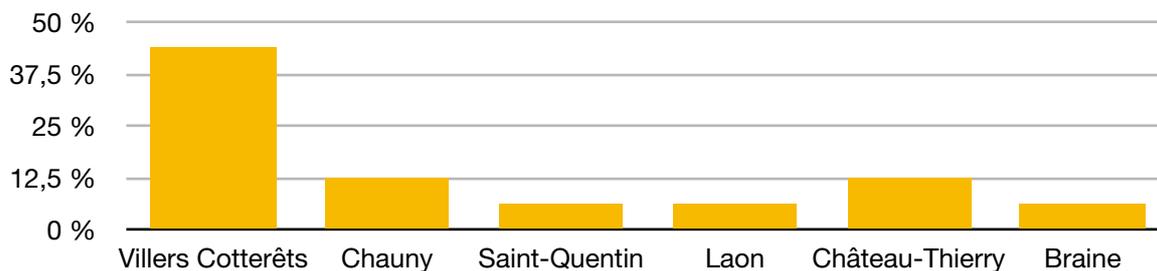
4. Le type de secteur: L'Aisne est un département à dominante rurale. cela se retrouve dans les interrogatoires. Cela influence directement les réponses des médecins concernant les gardes régulières, notamment la semaine.

Figure 6: Types de secteur d'exercice



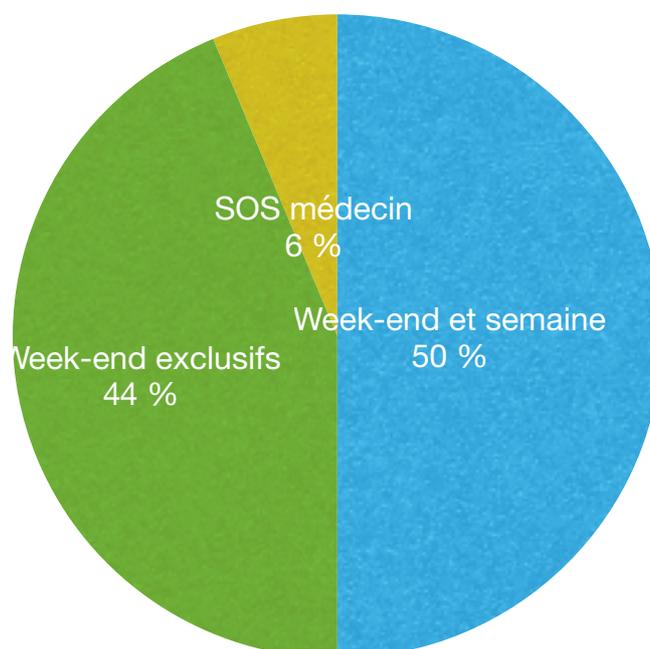
5. Le secteur: les différents secteurs de l'Aisne sont représentés dans les interrogatoires. Néanmoins le secteur de Villers-Cotterêts est sur-représenté.

Figure 7: Secteurs géographiques



6. Le type de garde: dans chaque secteur de garde les types de gardes / astreinte sont variables. Les différentes organisations sont représentées dans cet échantillon. Le système de garde d'SOS médecin est un système hybride de garde, la réception des appels est en partie locale, la cotation des actes est différente, les médecins ne touchent pas de paiement forfaitaire.

Figure 8: Type de garde



4.4. Les faiblesses de l'étude

Il existe un biais de recrutement lié au fait que les médecins étaient préalablement contactés par téléphone afin de savoir s'ils souhaitaient participer à l'étude. Ils étaient informés du thème. Ceux qui acceptaient d'y participer étaient plus susceptibles d'être intéressés.

Certains ont refusé de prendre le temps de me répondre.

La principale raison avancée lors de refus de participation était le manque de disponibilité mais j'ai ressenti également que certains praticiens n'étaient pas à l'aise pour parler de ce sujet.

Le fait d'avoir dû enregistrer une large proportion des médecins par téléphone a également été un facteur important.

Le fait de savoir qu'ils étaient enregistrés a pu modifier le discours des participants.

L'allumage et le positionnement du dictaphone se faisaient le plus discrètement possible.

L'enquêteur étant jeune médecin, cela a pu favoriser le dialogue mais également entraîner une réticence à la confiance par peur du jugement.

Mon habileté à mener les entretiens, par ailleurs novice en terme de recherche qualitative, a pu biaiser l'étude aboutissant à une perte d'informations.

D'autre part, le fait de connaître la plupart des médecins a pu influencer l'entretien. Ce biais d'investigation est difficilement maîtrisable.

Le développement de mécanismes de défense, la timidité, la gêne de certains médecins lors des entretiens a probablement fait obstacle au recueil de certaines données.

Dans le but de limiter les biais externes, les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi par chaque médecin. Toutefois, certains ont été interrompus par des appels téléphoniques ou l'irruption d'une tierce personne, ce qui a pu modifier leurs déroulements.

Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens.

Les entretiens et l'analyse des données ont été réalisés par l'enquêteur et auteur de cette thèse ce qui a pu induire un biais de subjectivité, même si celui-ci est minimisé par la triangulation réalisée par deux autres enquêteurs, ils ont repris les données d'interrogatoires pour contrôler l'organisation des données réalisée sur NVivo.

L'échantillon, bien que diversifié, est un échantillon restreint puisque constitué de 16 médecins généralistes exerçant dans le département de l'Aisne. La moyenne d'âge de l'échantillon n'est pas représentative de l'âge moyen de la population médicale. Celui-ci nous a quand même permis d'arriver à saturation des données, facteur essentiel à la validité de mon étude.



Gravure de **Harry Elliott** (né à Paris le 14 juin 1882 et mort à Villez-sous-Bailleul le 25 mai 1959)

5.1. Propositions pour une meilleure régulation et collaboration.

À partir des témoignages des médecins généralistes sur leur expérience avec la régulation des gardes par le SAMU, plusieurs recommandations et perspectives d'avenir émergent. Ces propositions visent à optimiser la régulation et la collaboration entre les différents acteurs, à renforcer la formation et le soutien des médecins généralistes, et à envisager les évolutions futures du système de soins d'urgence.

- **Amélioration des Outils de Communication** : Développer et intégrer des technologies avancées pour faciliter la communication entre le SAMU, les médecins généralistes, et les patients. L'utilisation d'applications mobiles ou de plateformes en ligne pourrait permettre un triage plus précis et une meilleure coordination des gardes.
- **Création d'un Système de retour d'information** : Mettre en place un mécanisme permettant aux médecins de fournir un retour d'information régulier sur le système de régulation. Ce feedback aiderait à identifier rapidement les problèmes, à adapter les procédures de régulation et à renforcer la collaboration entre les médecins et le SAMU.
- **Renforcement des Liens Institutionnels** : Encourager les rencontres régulières et les formations conjointes entre les médecins généralistes et les équipes de régulation du SAMU. Ces interactions pourraient favoriser une meilleure compréhension mutuelle des défis et des attentes de chacun.

5.2. La formation et le soutien continu des médecins généralistes.

- **Programmes de Formation Spécifiques pour les régulateurs** : Élaborer des programmes de formation continue centrés sur la gestion des urgences, le triage, et les protocoles de collaboration avec le SAMU. Ces formations pourraient être adaptées aux besoins spécifiques des médecins généralistes, en tenant compte des évolutions récentes dans le domaine des soins d'urgence. Une rémunération doit être prévue pour le temps de la formation.
- **Valorisation de la Pratique en Garde** : Promouvoir la reconnaissance et la valorisation du rôle des médecins généralistes dans le système de soins d'urgence. Cela pourrait passer par une meilleure rémunération des gardes et la mise en lumière de leur contribution essentielle au sein du système de santé. Les médecins interrogés sont qualifiés et disponibles pour réaliser des gestes d'urgence comme des sutures, des ECG, etc.

5.3. Possibles évolutions futures du système.

- **Adaptation aux Changements Démographiques** : Anticiper et s'adapter aux évolutions futures de la population, notamment l'augmentation des personnes âgées et des maladies chroniques. Adapter le système de régulation et les pratiques des gardes pour répondre efficacement aux besoins changeants de la société.

Conclusion

La conclusion de cette thèse révèle des points cruciaux sur la régulation centralisée des appels d'urgence par le SAMU, en mettant en lumière l'impact de cette régulation sur la pratique courante des médecins généralistes. Elle souligne également l'importance de considérer les retours et les perceptions des médecins dans l'évolution future du système de santé d'urgence.

Synthèse des découvertes majeures

L'étude a permis de mettre en exergue une réduction notable de la gravité des cas traités pendant les gardes, grâce à un filtrage efficace des appels par le SAMU, améliorant ainsi la gestion des urgences et l'efficacité des interventions médicales. Cette régulation a également entraîné une diminution du nombre de patients à prendre en charge.

L'importance de la voix des médecins généralistes dans l'évolution du système

Les témoignages des médecins généralistes mettent en évidence la nécessité d'une écoute active de leurs expériences et perceptions pour continuer à améliorer le système de régulation des urgences. Leurs retours soulignent l'importance d'adapter continuellement les pratiques de régulation pour répondre aux défis rencontrés sur le terrain, notamment en termes de critères de régulation. Ces retours d'expérience sont essentiels pour identifier les zones d'amélioration, valoriser le travail des médecins en garde et garantir une prise en charge optimale des patients dans des situations d'urgence.

Invitation à la poursuite de la recherche

Cette étude invite à une poursuite de la recherche dans le domaine de la régulation des urgences médicales, avec un focus particulier sur les innovations technologiques, la formation des régulateurs et la valorisation des gardes pour les médecins. Il est crucial de continuer à explorer les moyens d'optimiser le triage et la gestion des appels d'urgence, en tenant compte des évolutions démographiques et technologiques. La recherche future devra également s'intéresser à l'impact des recommandations proposées sur la satisfaction des médecins généralistes et sur l'efficacité globale du système de soins d'urgence, en vue de construire un modèle de régulation encore plus résilient et adapté aux besoins de la population.

En conclusion, cette thèse tente d'apporter une contribution à la compréhension du rapport des généralistes avec le système de PDSA. Ce travail peut servir de base à la réflexion sur l'amélioration du récent système de SAS. Elle souligne la nécessité d'une amélioration continue du système, fondée sur les retours des professionnels de terrain et sur une approche intégrée de la recherche et de l'innovation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousquès, J. (2009). Trois questions sur les maisons et pôles de santé. « Questions d'économie de la santé », 141, 1-8.
- 2- Or, Z. (2008). L'impact du parcours de soins coordonnés sur les comportements de recours aux soins. « Questions d'économie de la santé », 134, 1-8.
- 3- Letrilliart, L., & Supper, I. (2014). Éducation pour la santé : quelles sont les attentes des médecins généralistes ? « Exercer », 116, 165-171.
- 4- Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., & Lucas-Gabrielli, V. (2012). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine. « Questions d'économie de la santé », 174, 1-8.
- 5- Carré, P. (2013). Urgences et régulation. « La Revue du praticien », 63(7), 933-938.
- 6- Samuel, U., & Pateron, D. (2010). L'accès aux soins des patients dans les services d'urgence en France. « La Presse Médicale »
- 7- Jourdain, M., & Beaune, S. (2016). Le médecin généraliste face aux urgences : enquête sur les pratiques en Île-de-France. « Exercer »
- 8- Barlet, M., et al. (2012). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine. « Questions d'économie de la santé »
- 9- World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance.
- 10- Durand-Zaleski, I. (2018). Le système de santé français. La Presse Médicale, 47(11-12), 961-965.
- 11- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 12- Adnet, F., & Lapostolle, F. (2004). International EMS systems: France. Resuscitation, 63(1), 7-9.
- 13- Pateron, D., & Freund, Y. (2014). Urgences et médecine générale. La Revue du praticien, 64(3), 322-324.
- 14- Carré, P., & Dalichampt, M. (2011). La régulation médicale des urgences. La Presse Médicale, 40(12), 1135-1143.
- 15- Mercier, G., & Georgescu, V. (2012). Perceptions des médecins généralistes sur leur collaboration avec les services d'urgence hospitaliers. Santé Publique, 24(2), 101-113.
- 16- Lareng, L., & Delooy, H. (1972). The mobile intensive-care unit (SAMU): an evaluation of activity. « Journal of the Royal Society of Medicine »
- 17- Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 relatif à la régulation médicale et à la réponse aux appels d'urgence.
- 18- Carli, P., & Pons, F. (2013). Le SAMU et la médecine d'urgence. Médecine de catastrophe - urgences collectives, 1-12.
- 19- Adnet, F., & Lapostolle, F. (2012). International EMS systems: France. « Resuscitation ».
- 20- Pateron, D., Assez, N., & Beaune, S. (2020). Régulation médicale et COVID-19 : retours d'expériences des SAMU. « La Presse Médicale ».
- 21- Adnet, F., & Lapostolle, F. (2004). International EMS systems: France. Resuscitation, 63(1), 7-9.
- 22- Duchateau, F. X., & Verner, L. (2008). Mobile emergency medical services in France. JEMS: a journal of emergency medical services, 33(8), 48-49
- 23- Carli, P., & Telion, C. (2000). Prehospital emergency medicine systems in France. European journal of anaesthesiology, 17(2), 115-118.
- 24- Pateron, D., Assez, N., & Beaune, S. (2020). Régulation médicale et COVID-19 : retours d'expériences des SAMU. « La Presse Médicale », 49(4), 104028.
- 25- Carret, M.-L., Pourcher, G., & Bernard, M. (2009). Les attendus des patients se présentant aux urgences hospitalières. « Urgence Pratique », 93, 1-6.
- 26- Carré, P. (2008). La régulation médicale des urgences préhospitalières en France : Historique, organisation, perspectives. « La Presse Médicale », 37(5 Pt 2), 768-773.
- 27- Adnet, F., & Lapostolle, F. (2004). International EMS systems: France. *Resuscitation*, 63(1), 7-9.
- 28- Pateron, D., Vicaut, E., & Debuc, E. (2005). Régulation des appels d'urgence et admissions aux urgences. « Annales Françaises de Médecine d'Urgence », 25(3), 148-152.
- 29- Bounes, V., Dehours, E., & Houze-Cerfon, C.-H. (2011). La régulation médicale : une spécificité française. *Médecine d'urgence*, 3(1), 16-21.
- 30- Creswell, J. W. (2013). « Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches ». Sage publications.
- 31- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4th ed.). Sage Publications.
- 32- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.
- 33- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). Sage Publications.
- 34- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed., pp. 53-80). Sage.

Annexe 1 : Canevas des entretiens semi-dirigés

- Présentation de moi-même et du but de l'entretien.
- Assurer le participant de la confidentialité et demander la permission d'enregistrer l'entretien.

Partie I : Contexte professionnel

1. Depuis combien de temps exercez-vous ?
2. Quel âge avez vous?
3. Votre secteur est rural, semi-rural ou citadin.
4. Faites-vous des gardes ? A quelle fréquence ?
5. Gardes la semaine? Ou juste le week-end?
6. Au cabinet ou en maison médicale rattachée au CH?
7. Combien de patients en moyenne par garde?

Partie II : Perception générale

1. Quelles sont, selon vous, les principales forces et faiblesses des gardes régulées par le SAMU ?
2. Quelle est votre perception de la régulation?
3. Pensez-vous que la pratique des gardes est un devoir pour tous les médecins?
4. Que penser de l'obligation de faire des gardes ?

Partie III : Expériences et sentiments spécifiques

1. Pouvez-vous partager une expérience marquante que vous avez eue lors d'une garde régulée par le SAMU ?
2. Comment cette expérience a-t-elle influencé ou modifié votre perception du système ?

Partie IV : Collaboration et communication

1. Comment évaluez-vous la communication et la collaboration entre vous et la régulation pendant ces gardes ?
2. Y a-t-il eu des situations où vous avez ressenti un manque de soutien ou de guidance de la part du régulateur ?
3. Au contraire, avez vous des expériences où la collaboration avec la régulation a été déterminante?

Partie V : Améliorations et perspectives

1. Quelles améliorations pourraient, selon vous, être apportées au système actuel
2. Si vous pouviez changer ou ajouter une chose au fonctionnement des gardes régulées, laquelle serait-elle ?

Conclusion :

- Y a-t-il d'autres points ou préoccupations que vous aimeriez aborder ?
- Remerciements pour le temps et les insights partagés

Annexe 2 : résumé

INTRODUCTION : Cette thèse examine l'impact de la régulation centralisée des appels d'urgence par le SAMU sur la pratique des médecins généralistes en garde. Elle s'intéresse aux changements observés dans la gestion des urgences, le ressenti des médecins, et la communication avec les régulateurs depuis l'introduction de la PDSA.

MÉTHODE : L'étude a adopté une approche qualitative, basée sur des entretiens semi-structurés avec 16 médecins généralistes exerçant dans le département de l'Aisne. Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique pour identifier les perceptions et expériences des médecins vis-à-vis de la régulation des urgences.

RÉSULTATS : Les résultats montrent une diminution notable de la gravité des cas traités et du nombre de patients lors des gardes, attribuée à l'efficacité du filtrage des appels par le SAMU. Les médecins ont également rapporté une amélioration de la sécurité et de la communication avec les patients. Toutefois, ils ont exprimé des préoccupations concernant les limites du télédiagnostic et l'impact du nouveau caractère obligatoire des gardes sur leur vie professionnelle.

CONCLUSION : La régulation centralisée par le SAMU est perçue positivement par les médecins généralistes, contribuant à une meilleure gestion des urgences et à l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, des ajustements sont nécessaires pour aborder les défis identifiés, notamment en ce qui concerne la formation des régulateurs et la valorisation des gardes. La thèse souligne l'importance d'inclure la perspective des médecins dans l'évolution du système de santé d'urgence et invite à la poursuite de la recherche dans ce domaine.

Mots clés : Régulation des urgences, SAMU, Médecins généralistes, Gestion des urgences, Sécurité des médecins, Communication médecin-patient. PDSA.

Annexe 3 : résumé en Anglais

INTRODUCTION: This thesis examines the impact of centralized emergency call regulation by the SAMU (Emergency Medical Assistance Service) on the practice of on-call general practitioners. It focuses on changes observed in emergency management, doctors' perceptions, and communication with regulators since the introduction of the ambulatory care continuity service (PDSA).

METHOD: The study adopted a qualitative approach, based on semi-structured interviews with 16 general practitioners practicing in the department of Aisne. The data were analyzed using thematic analysis to identify physicians' perceptions and experiences regarding emergency regulation.

RESULTS: The results show a notable decrease in the severity of cases handled and the number of patients during shifts, attributed to the effectiveness of call filtering by the Emergency Medical Assistance Service (SAMU). Physicians also reported improvements in safety and communication with patients. However, they expressed concerns about the limitations of tele-diagnosis and the impact of the new mandatory nature of shifts on their professional life.

CONCLUSION: Centralized regulation by the SAMU is positively perceived by general practitioners, contributing to better emergency management and improved quality of care. However, adjustments are necessary to address the identified challenges, particularly regarding the training of regulators and the valorization of shifts. The thesis emphasizes the importance of including physicians' perspectives in the evolution of the emergency health system and invites further research in this area.

Keywords: Emergency regulation, SAMU, General practitioners, Emergency management, Physician safety, Physician-patient communication, PDSA.

Annexe 4 : Clés USB: Enregistrements et transcriptions

-Dossier : Entretiens

-Sous-dossier 1: Enregistrements

- Fichier 1: enregistrement entretien 1
- Fichier 2: enregistrement entretien 2
- Fichier 3: enregistrement entretien 3
- Fichier 4: enregistrement entretien 4
- Fichier 5: enregistrement entretien 5
- Fichier 6: enregistrement entretien 6
- Fichier 7: enregistrement entretien 7
- Fichier 8: enregistrement entretien 8
- Fichier 9: enregistrement entretien 9
- Fichier 10: enregistrement entretien 10
- Fichier 11: enregistrement entretien 11
- Fichier 12: enregistrement entretien 12
- Fichier 13: enregistrement entretien 13
- Fichier 14: enregistrement entretien 14
- Fichier 15: enregistrement entretien 15
- Fichier 16: enregistrement entretien 16

-Sous-dossier 2: Transcriptions:

- Fichier 1: Transcription entretien 1
- Fichier 2: Transcription entretien 2
- Fichier 3: Transcription entretien 3
- Fichier 4: Transcription entretien 4
- Fichier 5: Transcription entretien 5
- Fichier 6: Transcription entretien 6
- Fichier 7: Transcription entretien 7
- Fichier 8: Transcription entretien 8
- Fichier 9: Transcription entretien 9
- Fichier 10: Transcription entretien 10
- Fichier 11: Transcription entretien 11
- Fichier 12: Transcription entretien 12
- Fichier 13: Transcription entretien 13
- Fichier 14: Transcription entretien 14
- Fichier 15: Transcription entretien 15
- Fichier 16: Transcription entretien 16

Perception des médecins généralistes de l'Aisne vis à vis des gardes régulées par le SAMU.

INTRODUCTION : Cette thèse examine l'impact de la régulation centralisée des appels d'urgence par le SAMU sur la pratique des médecins généralistes en garde. Elle s'intéresse aux changements observés dans la gestion des urgences, le ressenti des médecins, et la communication avec les régulateurs depuis l'introduction de la PDSA.

MÉTHODE : L'étude a adopté une approche qualitative, basée sur des entretiens semi-structurés avec 16 médecins généralistes exerçant dans le département de l'Aisne. Les données ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique pour identifier les perceptions et expériences des médecins vis-à-vis de la régulation des urgences.

RÉSULTATS : Les résultats montrent une diminution notable de la gravité des cas traités et du nombre de patients lors des gardes, attribuée à l'efficacité du filtrage des appels par le SAMU. Les médecins ont également rapporté une amélioration de la sécurité et de la communication avec les patients. Toutefois, ils ont exprimé des préoccupations concernant les limites du télédiagnostic et l'impact du nouveau caractère obligatoire des gardes sur leur vie professionnelle.

CONCLUSION : La régulation centralisée par le SAMU est perçue positivement par les médecins généralistes, contribuant à une meilleure gestion des urgences et à l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, des ajustements sont nécessaires pour aborder les défis identifiés, notamment en ce qui concerne la formation des régulateurs et la valorisation des gardes. La thèse souligne l'importance d'inclure la perspective des médecins dans l'évolution du système de santé d'urgence et invite à la poursuite de la recherche dans ce domaine.

Mots clés : Régulation des urgences, SAMU, Médecins généralistes, Gestion des urgences, Sécurité des médecins, Communication médecin-patient. PDSA.

Perceptions of General Practitioners in Aisne Regarding Shifts Regulated by the Emergency Medical Services

INTRODUCTION: This thesis examines the impact of centralized emergency call regulation by the SAMU (Emergency Medical Assistance Service) on the practice of on-call general practitioners. It focuses on changes observed in emergency management, doctors' perceptions, and communication with regulators since the introduction of the ambulatory care continuity service (PDSA).

METHOD: The study adopted a qualitative approach, based on semi-structured interviews with 16 general practitioners practicing in the department of Aisne. The data were analyzed using thematic analysis to identify physicians' perceptions and experiences regarding emergency regulation.

RESULTS: The results show a notable decrease in the severity of cases handled and the number of patients during shifts, attributed to the effectiveness of call filtering by the Emergency Medical Assistance Service (SAMU). Physicians also reported improvements in safety and communication with patients. However, they expressed concerns about the limitations of tele-diagnosis and the impact of the new mandatory nature of shifts on their professional life.

CONCLUSION: Centralized regulation by the SAMU is positively perceived by general practitioners, contributing to better emergency management and improved quality of care. However, adjustments are necessary to address the identified challenges, particularly regarding the training of regulators and the valorization of shifts. The thesis emphasizes the importance of including physicians' perspectives in the evolution of the emergency health system and invites further research in this area.

Keywords: Emergency regulation, SAMU, General practitioners, Emergency management, Physician safety, Physician-patient communication, PDSA.