



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD CHARLES MERIEUX

Année 2018 N°54

**ACCUEIL D'UN PROJET D'AMELIORATION DE LA
REGULATION DES PATIENTS AGES DE 75 ANS ET
PLUS AU SAMU/CENTRE 15 :**

Etude qualitative auprès de 13 médecins régulateurs du SAMU 69

Thèse d'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1

Et soutenue publiquement le Jeudi **1er MARS 2018**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

BOURELLY Laura

Né(e) le 19/02/1989 à Lyon

Sous la direction de

Docteur Marie-Adélaïde VINCENT et Docteur Frédéric ZORZI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD _ LYON 1 _ 2017-2018.

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT MOUGNIOTTEET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne: Gériatrie et biologie vieillesse
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie

LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ;transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie

SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie

DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DESESTRET Virginie
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine

MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe
VUILLEROT Carole

Anatomie et cytologie pathologiques
Cytologie – Histologie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

COURY LUCAS Fabienne
DEMILY Caroline
FRIGGERI Arnaud
HALFON DOMENECH Carine
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
PUTOUX DETRE Audrey
RAMIERE Christophe
SUBTIL Fabien
SUJOBERT Pierre
VALOUR Florent

Rhumatologie
Psy-Adultes
Anesthésiologie
Pédiatrie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Génétique
Bactério-viro
Biostats
Hématologie
Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Présidente du Jury :

Pr Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ,
Professeur des Universités

Membres du Jury :

Pr Pierre-Yves GUEUGNIAUD,
Professeur des Universités

Pr Alain MOREAU,
Professeur des Universités

Dr Frédéric ZORZI,
Docteur en médecine

Dr Marie-Adélaïde VINCENT,
Docteur en médecine

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A **Madame Le Professeur Anne-Marie SCHOTT**, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, merci pour vos conseils et votre bienveillance.

A **Monsieur le Professeur Pierre-Yves GUEUGNIAUD**, merci de m'avoir permis de réaliser cette étude au sein de votre service et de me faire l'honneur d'être membre de mon jury.

A **Monsieur le Professeur Alain MOREAU**, merci d'avoir accepté de juger mon travail et de me faire profiter de votre expertise médicale.

A mes Directeurs de thèse :

Merci à tous les deux pour votre disponibilité, votre réactivité et votre pédagogie tout au long de cette étude. Vos points de vue complémentaires ont permis d'enrichir ce travail, merci pour vos conseils avisés.

A **Madame Marie-Adélaïde VINCENT**, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance à mon égard pendant mon stage à K2 et tout au long de ma thèse. Ton sens de l'organisation, du travail rigoureux, ton professionnalisme et ton enthousiasme ont rendu ce travail plus facile et agréable.

A **Monsieur Frédéric ZORZI**, vos remarques ont permis d'ajuster ma vision des choses et je vous en suis très reconnaissante. Débuter ma vie de médecin généraliste à vos côtés a été une vraie chance pour moi, merci de m'avoir guidé avec tolérance et pédagogie.

A ceux qui ont participé à mon travail :

Merci à **l'équipe du SAMU 69** pour sa coopération.

Aux **médecins régulateurs**, merci de m'avoir accepté dans votre quotidien, de m'avoir accordé votre temps et pour l'enseignement que vous m'avez apporté en me faisant découvrir votre travail. Ces journées à la régulation ont été vraiment plaisantes grâce à votre accueil chaleureux et à la bonne ambiance au sein de votre équipe. Merci d'avoir été si concis et précis dans vos réponses, de m'avoir épargné tant de digressions et d'avoir répondu aussi honnêtement et justement à mes questions.

A **l'équipe du projet REGESA** pour m'avoir intégrée à vos réunions et vos discussions. Grâce à vous j'ai pu travailler sur un sujet qui me touche et m'intéresse particulièrement, ce qui a rendu ce « passage obligé » de thèse bien plus enrichissant.

A **Me Catherine RIMOUX**, merci d'avoir répondu à toutes mes interrogations et d'avoir rattrapé mes erreurs administratives avec bienveillance et tolérance.

A tous mes **relecteurs**, Mo, Aviva, Oliv, Mum, Justine, Marie, Marion, François, à Mathias pour m'avoir guidé sur Zotero et cie, à Antoine pour avoir répondu avec patience à toutes mes questions pratico pratiques, à Ben pour sa formation express à Word, Excel et avoir permis que ce travail ait un sommaire lisible.

A mes Proches :

A **mes parents**, modèles de tolérance, d'intelligence, d'intégrité et de générosité, j'essaie chaque jour de vous ressembler un peu plus. A ma **Mum**, merci de m'avoir donné tant d'amour pour me permettre de grandir sereinement, de m'épanouir, merci de m'avoir donné une vie si belle. A **Olivier**, d'être mon papa tous les jours et de m'aimer comme ta fille, de m'avoir toujours poussée à être le meilleur de moi-même, je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui sans toi.

A **François**, tu illumines ma vie depuis plus d'un an, merci pour ta bonne humeur perpétuelle, ton sens de la fête, et tes envolées lyriques qui égayent mon quotidien, merci pour tes conseils et ton analyse si juste des choses qui me permettent de commencer ma vie de médecin en douceur, tu m'apaises, tu me fais rire, tu me fais rêver, j'ai de la chance, j'ai hâte de tout faire avec toi, je t'aime.

A **mes sœurs**. A Eva, future K2 de son état, grande prêtresse des anti cernes au marc de café, et Valentine, prochaine Maryse Burgot, papesse des rainbow cakes, vous rayonnez dans la vie et dans la mienne, heureusement que vous êtes arrivées, grandir n'aurait pas été pareil sans vous.

A **ma famille**. A **Parrain, Marraine**, pour vos encouragements depuis mes premiers pas sur le sol ferme jusqu'à aujourd'hui, pour les bons petits plats des soirs de semaine et pour les 2be3 bien sûr. A mes cousins strasbourgeois, **Tom, Lily, Margaux et Oliv'** pour tous ces bons moments partagés. A ma **Mimi**, pour les innombrables sessions de jeux de société, tes recettes inégalables, les découvertes du Mont St Odile au Maroc, pour ton aide et ton soutien à chaque instant. A **Mick et Sylvia**. A ma famille Stéphanoise, à **Thierry**, Roi des vers et des alexandrins, à **Evelyne**, ambassadrice de l'accent chantant et des moindres recoins de cette ville où les gens sont si accueillants, à **Marion et Thomas** pour ces moments de franche cousinade, à **Manou et André** pour toutes ces attentions à mon égard.

A **Mo**, pour ton amitié et ton soutien depuis si longtemps, merci pour nos quarts d'heure de célébrité au cirque et aux concours de déguisements, pour Charline et Mary Laurette, pour la boîte de l'amitié, pour le sanglier à Juan les Pins, pour l'attaque de Toffee à Ste Maxime, pour les révisions au soleil, dans le salon, sur le canap, par terre, pour les brosses à dents partagées à 4 ou 5, pour les soirées au St Hilaire de la Mer, aux Contades, pour les voyages, de Massy à Bangkok, pour l'armoire, ton nez et le « appelle le SAMU !!! » « Mais c'est quoi le numéro ???!! » et pour tous les souvenirs à venir. A **Darius**, qui aimera être cité dans une thèse quand il saura lire.

A **Marion**, pour ton soutien dans ces études et les déboires amoureux, merci d'être là si souvent et si justement malgré la distance et la vie de couple qui nous a finalement rattrapée. Merci pour le rosé d'origine européenne, les combats de boxe de Rocky, les régimes dattes/thé, les « en avant pour la minceur », les « jamais j'irai au café c'est mort ! », les karaokés maisons, les saints valentins « Chat noir chat blanc », les tajines au 36, les crêpes vertes/bleues/rouges, les raclettes sans fromage mais avec une bonne ambiance et pour tout ce qui nous attend à Lyon maintenant que tu es là !

A **Aviva**, pour les millions de sessions dans la totalité des bibli de Stras, les salades de la Micha, les cafés de la fac, les permanentes ratées, les coupes courtes réussies, les sacs en croco, à paillettes, les dépenses inconsidérées de révision, les week ends à Nice, Lyon, Tel Aviv, les soirées au Radio, merci pour ton aide face à « t'sais à qui tu parles ? », pour la psychose collective que l'on a surmontée ensemble, pour tes bons mots en toutes circonstances et pour la suite qui nous attend maintenant que la liberté s'offre à nous.

A **Lucas**, tu es mon Frédéric Lopez, merci pour Erasmus, pour Lyon, merci pour ton soutien pendant nos années strasbourgeoises et lyonnaises.

A **mes amis de Strasbourg**, pour votre amitié constante malgré la distance et votre sens de la fête inchangé malgré les années et la trentaine qui nous menace. A **Baptiste**, pour les rocks de Valence à Strasbourg et cette incroyable année Erasmus qui a été une bouffée d'oxygène dans notre labeur : « Hay que estudiar mas Baptiste ». A **Charlotte**, pour tous ces bons moments depuis le ski de P2. A

Marine, pour nos retrouvailles toujours égales que l'on soit à St Denis, Paris ou Lyon. A **Ben**, meilleur GO, merci de m'avoir tenu la main dans la barquette après m'avoir cassé le genou, et d'avoir cru en moi avec ce pari sur mes rattrapages. A **Armand**, pour tes blagues parfois douteuses mais toujours drôles. A **Vivien**, Mr Ambiance, pour avoir percé à jour le DH, et pour toutes ces soirées endiablées du 36 à Lyon. A **Hervé** pour tes conseils avisés en soins capillaires et à **Gillou**, notre cohabitation lyonnaise me plaît !

Aux **nénettes**, mes amies de la fac de Strasbourg, à **Marie tchi, Elo, Laurence, Aline, Aviva, Marion et Léa**, pour votre soutien pendant toutes nos années d'externat, et nos week-ends de retrouvailles remplis de pubs facebook improbables et de rires qui font du bien, de Eguisheim à Nice, en passant par Besac et Lyon.

A **Débo**, pour tous les « sacrés Hubert », pour tes mots de réconfort et ton sens de l'organisation qui nous a sauvé bien des fois la mise, A **Mélie** pour ton honnêteté, ton enthousiasme en toutes circonstances, ton soutien pendant ces longs mois de D4 avec Mo et Débo, pour cette jolie amitié qui nous lie toutes les 3.

A mes **Romanos**, mes amis de la première heure en terre Lyonnaise, aka l'équipe de la Wurst. A **Camille**, reine des spéculums, pour les soirées soupe/tisane et Kilipili/rhum rue de la Ré, pour ton légendaire booty shake qui a permis de nous rapprocher encore plus. A **Mathias**, pour avoir supporté mes endives pendant plusieurs semaines et même les festoches de courge, pour la routine et ton soutien face au grand méchant loup de Villeurbanne. A **Amandine**, ambassadrice de la cause rousse, figure majeure de la Nuit Valentinoise, merci pour tes bons mots pour dédramatiser en toutes circonstances. A **Flo**, Femen habillée, pour les analyses psychologiques, les Florines et les doigts dans la gorge. A **Justine** pour nos enrichissantes discussions en amphitheâtre et ailleurs, à **Antoine** pour ton sens du son et lumière, à Romans et sur la scène de la Marquise, A vous deux pour votre premier moment et votre soutien sur ces derniers mois. A **Constance** pour nos premiers pas à l'hôpital de Romans, puis Bourg en Bresse, puis l'HFME, j'ai adoré être ta co interne pendant ces années. A **Laura et JP**, pour les soirées HOC ou débats politiques, pour les jolis moments à Bourg, Lyon, Bédouin et ceux à venir.

Aux **amis et famille** de mon chat, Gilles, Dominique, Margaux, Guillaume, Max, Sophie, Clément, Coco, Rodolphe qui m'ont si bien accueillie.

A mes **CDQ**, Mo, Batou, Ralph, Sarah, Lucas et Luc, merci de m'avoir accepté dans votre gang à mon arrivée à Fegersheim et de m'avoir appris à jouer au jeu des barres.

A mis **amigos de ERASMUS**, Emilie, Benjamin, Marine, Hector, Miriam, Vero et à tous les espagnols, italiens, anglais, français, portugais, canadiens, australiens... qui ont participé à rendre cette expérience incroyable.

A mes **amis de Belo Horizonte**, Jordan, Renzo, Paola, pour toutes ces moments partagés au cours de ce stage.

A mes **co internes de Bourg**, Guillaume, Florine, Orane, Constance, pour les franches parties de rigolades au milieu de nos gardes

A mes **co internes des Urgences de l'HFME**, merci de m'avoir fait passer un semestre plein de fêtes et de grosses marrades, mention spéciale à Claire, Pol, Benoit, Benj, Lilia, Elie et Anita.

A **Lilia**, pour les « j'espère que personne n'est mort », les appels vide-sac de SASPAS, les crêpes et les sessions shopping qui remontent le moral.

A ceux qui ont participé à ma formation :

A mes chefs du service de néphrologie de l'hôpital de Romans sur Isère, **Dr SIRAJEDINE, Dr LANCON, Dr AL ADIB**, merci de m'avoir permis de commencer ma vie d'interne en douceur, merci pour votre compréhension, votre pédagogie, votre bonne humeur.

A mes chefs des urgences adultes de Bourg en Bresse, **Dr MIGLIORE et Dr THOMAS**, merci pour vos bons conseils et vos encouragements dans l'apprentissage de mon métier au milieu de nos longues nuits de garde.

A mes chefs de gériatrie de HEH, **Dr COMTE, Dr LAFUMA, Dr VINCENT, Dr DOH**, je me suis sentie bien dans ce service, merci pour votre humanité, votre sens du travail bien fait et aussi pour votre sens de l'humour.

A mes maîtres de stage ambulatoire, **Dr DUREAU et Dr ZORZI**, merci pour ce semestre passé à vos côtés, riche en apprentissage, humour et débats politiques.

A mes maîtres de stage SASPAS, **Dr JACQUOT** pour votre jolie vision de la médecine et vos histoires de vies que vous avez bien voulu partager avec moi, merci pour votre soutien pendant ce semestre, à **Dr GAGNIEUX**, merci de m'avoir permis de compléter ma formation en gynécologie au travers de ta pratique rigoureuse pleine de tolérance et d'empathie pour tes patientes.

Aux patients, aux médecins, aux équipes paramédicales qui m'ont formée et confortée dans l'idée que ce métier est fait pour moi.

Table des matières

ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION	16
OBJECTIFS DE L'ETUDE	19
PRE-REQUIS	20
I. LE PATIENT GERIATRIQUE	20
1. Le vieillissement et la personne âgée	20
2. Les spécificités de la personne âgée	20
3. La fragilité	21
4. Le vieillissement de la population Française.....	22
5. La prise en charge des personnes âgées : un enjeu de santé publique et économique.....	23
II. LA MEDECINE GERIATRIQUE	23
1. Définition.....	23
2. Les filières gérontologiques.....	24
3. La hotline Gériatrique.....	25
III. LE SAMU	26
1. Définitions	26
2. Missions.....	26
3. La permanence des soins ambulatoires	27
4. Organisation des SAMU.....	27
5. La régulation médicale du Rhône.....	28
6. La régulation médicale des sujets âgés	29
IV. LE PROJET REGESA.....	29
1. Organisation	30
2. Les outils d'aide à la régulation.....	31
METHODE.....	32
I. Une étude qualitative.....	32
II. Le recueil de données.....	32
III. Les participants.....	33
1. Critères d'inclusion.....	33
2. La taille de l'échantillon.....	33
3. Le recrutement.....	33
4. Le canevas	34
5. Recueil d'informations	35
PRINCIPAUX RESULTATS.....	38

I.	Recueil des données.....	38
1.	Caractéristiques des entretiens.....	38
2.	Analyse des entretiens	38
II.	Principaux résultats	38
1.	La régulation gériatrique : un oxymore ?.....	38
2.	Ressentis.....	39
3.	Interdisciplinarité	44
4.	Professionalisme	47
	DISCUSSION :	50
I.	Discussion de la méthode.....	50
1.	Points forts de l'étude	50
2.	Points forts de la méthode.....	50
3.	Limites de l'étude	51
II.	Discussion des résultats	52
1.	La régulation gériatrique : un oxymore ?.....	52
2.	Ressentis.....	54
3.	Interdisciplinarité	61
4.	Professionalisme et pistes d'amélioration	65
5.	REGESA au cœur des nouvelles politiques de santé publique.	69
	CONCLUSIONS	72
	BIBLIOGRAPHIE.....	75
	ANNEXES.....	83
I.	Les outils d'aide à la régulation	83
1.	L'accès à la Hotline gériatrique	83
2.	L'accès au dossier informatique commune des HCL via le logiciel EASILY.....	86
3.	La fleur d'orientation.....	86
II.	Canevas d'entretien	87
III.	Tableau de codage des entretiens	88

ABREVIATIONS

AMU = Aide Médicale Urgente

ARM = Agent de Régulation Médicale

CNAM = Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNG = Comité National de gériatrie

CRRRA = Centre de Réception et de Régulation des Appels

EVSI = Espérance de vie sans incapacité

EMG = Equipe Mobile de Gériatrie

HAS = Haute Autorité de santé

HCL = Hospices Civils de Lyon

HDJ = Hôpital de Jour

PAERPA = Personnes Agées en risque de Perte d'Autonomie

PDSA = Permanence Des Soins Ambulatoires

POP = Poste Opérationnel Pompier

PPS = Plan Personnalisé de Soins

PREPS = Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins

REGESA = Régulation Gériatrique Samu

RMM = Revue de morbi mortalité

SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente

SAU = Service d'Accueil des Urgences

SFGG = Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SMUR = Service Médical d'Urgences et de Réanimation

SSR = Unité de Soins de Suite et de Rééducation

UGA = Unité Gériatrique Aigue

USLD = Unité de Soins de Longue Durée

VSAV = Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

INTRODUCTION

Au 1^{er} janvier 2017, en France, les personnes de 75 ans et plus représentaient 10% de la population.(1) Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du *baby-boom*, **le vieillissement de la population française se poursuit**. Les plus de 75 ans devraient représenter 10.9% de la population française en 2025, et 16% en 2060 (2).

La fréquence et la gravité des maladies augmentent avec l'âge, avec une consommation de soins qui est parallèlement majorée. Ainsi **plus l'âge augmente et plus la dépense moyenne de santé par habitant augmente** : alors que les personnes de plus de 85 ans sont 5 fois plus nombreux que les moins de 10 ans, leurs dépenses de santé sont équivalentes. (3)

La prise en charge adéquate de ces patients est de ce fait un enjeu économique et de santé publique majeur.

Le **recours aux urgences est plus fréquent** chez les plus de 75 ans. (3) Pourtant l'environnement et les processus de prise en charge aux urgences, organisés prioritairement autour de prestations techniques et spécialisées, destinées à des patients autonomes avec tableaux cliniques aigus, ne sont **pas adaptés et performants pour la prise en charge des patients âgés**. (4) Ces patients sont souvent plus lents, moins mobiles et présentent des troubles de communication. L'architecture du service est inappropriée au sujet âgé, d'autant plus qu'il y change plusieurs fois de place, y rencontre un mélange de populations, dans des conditions de confort inadaptées, notamment pour aller aux toilettes, allongé sur un brancard. (5) Pour des patients fragilisés, l'attente aux urgences peut elle-même engendrer des péjorations de l'état clinique, telles que la déshydratation, les chutes, ou les états confusionnels. (4) (6) (7) L'admission aux urgences de patients âgés est souvent à l'origine d'une décompensation de leur état fragile, et d'un allongement de leur durée d'hospitalisation.

La régulation médicale dans les SAMU-centre 15 constitue une des **interfaces** principales entre le domicile et les urgences pour ces patients âgés.

Initialement conçus pour répondre aux traumatismes en lien avec les accidents de la voie publique, les SAMU-Centres 15 ont vu leur activité augmenter et se diversifier. Les problématiques ont évolué, avec des pathologies nouvelles (cardio-vasculaires, neurologiques, psychiatriques), des situations différentes (vieillesse, fin de vie, hospitalisation à domicile), dans un contexte de durcissement économique général.(8) A présent la régulation médicale occupe, en France, **une place centrale et croissante dans la gestion des urgences pré hospitalières**. Chaque année, 15 millions d'appels sont

recensés par les Samu.(9) Ces changements entraînent **un engorgement au niveau des standards et un allongement de la durée d'attente des patients.**

Selon les études, **17 à 28%** (10) (11) (12) **des appels téléphoniques reçus dans les SAMU-centres 15,** concernent des **personnes de plus de 75 ans.** Chez les personnes âgées, la décision d'orientation devrait, selon la SFMU (13) se fonder sur la symptomatologie déclenchant l'appel mais également sur un recueil d'éléments spécifiques permettant une décision adaptée à la situation du patient : évaluation médicale, évaluation psychologique, évaluation sociale.

Dans l'étude de JOMARD N et VINCENT A de 2012 effectuée au SAMU 69, (10) 63% des personnes âgées ayant appelé le 15 étaient transférés aux urgences. En dehors des cas jugés les plus graves (régulation par les médecins urgentistes), 55% des personnes âgées jugées moins graves (régulation par les médecins généralistes libéraux) étaient transférées aux urgences. Mais **aux urgences, la majorité des patients âgés adressés par le 15 (73,1%) présentait un statut clinique stable.**

L'hétérogénéité de la population âgée, l'intrication des données médico-psycho-sociales et les limites d'un entretien téléphonique rendent **complexe la prise en charge gériatrique d'un patient âgé appelant le centre 15** et justifient en partie ces résultats.

Pour les patients âgés, le parcours de soins est devenu long et complexe et il est nécessaire de se doter de dispositifs de collaboration entre praticiens, urgentistes, médecins régulateurs et gériatres, afin de développer une **approche globale** qui permettra des prises en charge appropriées et efficaces de ces patients. Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996, (14) les professionnels de santé sont encouragés à constituer des réseaux de santé afin « d'assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ».

Le projet REGESA (Régulation gériatrique SAMU) est né fin 2015 de la **collaboration des médecins régulateurs, gériatres et de santé publique de Lyon,** dans le but commun **d'améliorer l'orientation et la prise en charge des patients âgés.**

L'objectif principal de ce projet était **d'estimer l'efficacité d'une intervention composée de 1) la formation des médecins régulateurs libéraux du SAMU-centre 15 et de 2) la mise à leur disposition d'outils spécifiques pour la régulation gériatrique, sur la diminution de l'orientation directe des personnes âgées vers les services d'accueil d'urgences.**

Les objectifs secondaires étaient notamment d'évaluer la **faisabilité et l'acceptabilité** de ce nouveau projet.

Ce dernier paramètre était essentiellement évalué d'un point de vue quantitatif (durée de régulation des appels, respect de l'orientation proposée par le médecin régulateur libéral, contact d'un autre intervenant par le médecin régulateur libéral).

Nous avons souhaité, dans le cadre du projet REGESA, compléter cette évaluation avec une étude qualitative, en recueillant *l'avis des médecins régulateurs*, à qui s'adressait le projet, sur les différents outils, la forme et le type de formation proposée.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de ce travail était d'explorer le ressenti des médecins régulateurs libéraux du SAMU-centre 15 de Lyon face à ce nouveau projet et à ces nouveaux outils. Pour pérenniser le projet en adaptant au mieux les outils, il apparaissait indispensable d'étudier leur point de vue.

L'objectif secondaire était de déterminer les freins à l'utilisation de ces nouveaux outils.

PRE-REQUIS

I. LE PATIENT GERIATRIQUE

1. Le vieillissement et la personne âgée

L'Organisation Mondiale de la Santé, considère une personne « âgée » dès 60 ans. (15) L'espérance de vie s'accroît et l'état de santé des jeunes retraités rend moins pertinent ce seuil initialement utilisé. Aujourd'hui, on définit fréquemment comme « **âgé** » **un patient de plus de 75 ans en raison d'une explosion des dépenses de santé à partir de cet âge** (16).

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.

La perception de sa vieillesse et de celle des autres est très personnelle et variable. Les enquêtes montrent que jusqu'à un certain âge (une vingtaine d'années), on se pense légèrement plus vieux que l'on est ; ensuite, l'âge subjectif devient inférieur à l'âge chronologique, et l'écart augmente avec l'âge, au point qu'à 65 ans, on se perçoit, en moyenne, entre 10 et 20 ans plus jeune que son âge chronologique. (17)

2. Les spécificités de la personne âgée

a. Particularités cliniques

L'évaluation clinique de la personne âgée présente des particularités.

- **L'anamnèse** est souvent compliquée par les troubles de l'audition, de la communication du patient âgé, par des difficultés de mémoire, si bien qu'il est parfois utile voir nécessaire d'avoir un accompagnant avec le patient qui pourra jouer un rôle d'intermédiaire et compléter les informations.
- **La polypathologie.** Selon Fortin, la définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». (18) Chez la personne âgée elle rend la prise en charge complexe car divers facteurs sont imbriqués :
 - L'incertitude diagnostique favorisée par les spécificités cliniques liées à l'âge (risque de décompensation en cascade des pathologies [exemple : dépression puis dénutrition avec

sarcopénie puis chutes répétées compliquées de fractures] ou de décompensation fonctionnelle d'un organe sous l'effet d'un événement intercurrent) ;

- La polymédication, c'est-à-dire la prise régulière de plusieurs médicaments pour le traitement de plusieurs maladies chroniques, est souvent nécessaire, mais majore le risque iatrogène. La iatrogénie est à l'origine de 20 % des hospitalisations après 80 ans (19)
- La nécessité d'une approche multidimensionnelle (fonctionnelle, psychologique, sociale...) intriquée à la prise en charge médicale ;
- Le nombre élevé d'intervenants, exposant aux risques de fragmentation des soins et d'addition des recommandations liées à chaque pathologie. (20)
- **La présentation des symptômes est différente.** La douleur est parfois absente dans les infarctus du myocarde, la fièvre est inconstante dans les infections, la confusion est souvent la seule manifestation clinique d'une rétention urinaire ou d'un fécalome.

Ces spécificités et la perte d'autonomie rendent la prise en charge plus complexe avec l'avancée en âge (21).

b. Particularités physiologiques

L'état de crise du sujet âgé se présente habituellement comme une **décompensation fonctionnelle** : confusion, dépression, chute, dénutrition.

Selon le modèle de BOUCHON, (22) la décompensation fonctionnelle du patient âgé peut être expliquée par trois éléments. Il s'agit :

- 1) **Les effets du vieillissement** qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles, sans jamais à eux seuls entraîner la décompensation.
- 2) **Les affections chroniques** surajoutées qui altèrent les fonctions.
- 3) **Les facteurs de décompensation** qui sont souvent multiples et associés chez un même patient : affections médicales aiguës, pathologie iatrogène et stress psychologique.

Le risque est celui de pathologies « en cascades » avec décompensations en série.

3. La fragilité

En médecine gériatrique, il est courant de constater que 2 patients de même âge, ayant des comorbidités comparables évoluent de façon différente lorsqu'ils sont confrontés à une pathologie aiguë. Ce constat traduit le plus souvent chez l'un des patients la présence d'une **fragilité**.

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité (23) : « La fragilité est un **syndrome clinique**. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible »

La fragilité est souvent asymptomatique ; elle peut s'exprimer de façon non spécifique par une **asthénie**, une **perte de poids** inexpliquée ou des **infections fréquentes**, et de façon plus spécifique par des **chutes** spontanées, des **épisodes de confusion** et une **incapacité fluctuante** (24)

Il est établi que le **repérage de la fragilité** permet d'identifier des sujets âgés ≥ 65 ans à risque de développer ou d'aggraver une dépendance, et d'optimiser leur prise en charge. (25) Des interventions gériatriques complexes fondées sur la réalisation d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) peuvent réduire le risque d'hospitalisation associé à la fragilité (26)

La **prévention de cette fragilité**, selon la SFMU, (27) peut être primaire pour retarder l'apparition de la fragilité, secondaire avec le repérage de la fragilité et de ses complications ou elle peut être tertiaire pour éviter une décompensation d'organe lors d'une situation aiguë.

Le Géronto Pôle de Toulouse a développé une **grille de repérage** de la fragilité en soins primaires dans le cadre d'une expérimentation et cette grille a été retenue par la SFGG, le CNG et la HAS (28), mais celle-ci est mal adaptée à la pratique en régulation.

4. Le vieillissement de la population Française

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptait 66,6 millions d'habitants et les plus de 75 ans représentaient près de 10% de la population totale. Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du *baby-boom*, **le vieillissement de la population française se poursuit**. Les plus de 75 ans devraient représenter 10.9% de la population française en 2025, et 16% en 2060.(2)

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation moyenne du nombre, de la fréquence et de la gravité des maladies. (3) La tendance de fond qui semble se dessiner sur la période récente des dix dernières années montre une espérance de vie à la naissance qui progresse avec une espérance de vie sans incapacité (EVSI) qui stagne voire diminue : **les Français vivront plus longtemps mais aussi**

plus longtemps avec une dépendance et/ou une maladie chronique, sur la dernière partie de la vie.(29)

5. La prise en charge des personnes âgées : un enjeu de santé publique et économique

Le recours aux soins s'accroît avec l'âge. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Santé du Travail a rapporté (30) 8 consultations/visites de médecins généralistes par an pour les plus de 75 ans, contre 6 entre 60 et 74 ans. Les plus de 60 ans sont à l'origine de plus de 45% des dépenses de soins ; **les plus de 75 ans** représentent 8% de la population et près de **20% de la dépense de soins**. (3)

On note aussi que la fréquentation des urgences par les sujets âgés n'a cessé d'augmenter (31). Le **taux de recours des personnes très âgées aux services d'urgence** est supérieur à celui des autres tranches d'âges : **plus de 40% après 85 ans**, alors qu'il n'est que de 15% pour toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 70 ans. (3) Or les consultations inappropriées des sujets âgés aux urgences ont des **répercussions négatives** pour cette population. Parmi elle on peut souligner un temps de passage plus important, des conditions inconfortables, l'admission dans des services inappropriés. (32) (33) **La gestion de l'urgence médicale est aussi responsable d'un coût bien plus important** que la gestion des hospitalisations programmées. (10)

Il semblerait qu'une partie des passages aux urgences soit évitable.

Certaines dépenses des personnes du grand âge sont vraisemblablement liées à de **mauvais cheminements dans le système de soins**, révélateurs de dysfonctionnements dont elles sont les premières victimes. (3)

Constituant un véritable enjeu de santé publique, les autorités gouvernementales ont conscience de la **nécessité d'optimiser la prise en charge des sujets âgés**. Cela s'est traduit notamment par le Plan Solidarité Grand Age (2007) et par les parcours de santé pilotes PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), expérimentés depuis 2013, qui ont donné lieu aux PPS (Plans Personnalisés de Soins). L'objectif de ces plans est que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût.

II. LA MEDECINE GERIATRIQUE

1. Définition

Selon la définition validée par le Collège National Professionnel de Gériatrie, (28) la Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. La médecine gériatrique, dépasse la médecine d'organe et offre des soins

supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

2. Les filières gérontologiques

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 (34) avait notamment pour objectif d'élargir et développer la médecine gériatrique afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée des personnes âgées. Cela s'est traduit par le développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux, les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Selon ce plan, (35) chaque territoire de santé doit comprendre une filière gériatrique avec toutes les unités nécessaires à la prise en charge des patients âgés :

- **Une unité de court séjour gériatrique**, capable d'accueillir directement les patients, sans passer par les urgences, en provenance du domicile, des maisons de retraite ou des services de soins au domicile ;
- **Une unité de soins de suite et de réadaptation**, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en vue de son retour au domicile ;
- **Une équipe mobile de gériatrie** ;
- Un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un **hôpital de jour, des consultations et des consultations-mémoire**
- Un nombre de lits de **soins de longue durée** adapté aux besoins.

Les unités composant la filière gériatrique sont mises à la disposition de tous les services hospitaliers non gériatriques pour prendre en compte le vieillissement des patients accueillis dans ces services.

On distingue les **filières gériatriques intra hospitalières** (UGA, USLD, SSR, Consultations, HDJ, EMG intra hospitalière) et les **filières gériatriques extra hospitalières** (EMG extra hospitalière et Hotline gériatrique).

Les filières gérontologiques dans le Rhône :

Quatre territoires de parcours et de coopération couvrent à la fois le département du Rhône et de la Métropole de Lyon. (36) Il s'agit de :

- la filière gérontologique Lyon Nord
- la filière gérontologique Rhône Centre
- la filière gérontologique Rhône Sud
- la filière gérontologique Rhône Nord

3. La hotline Gériatrique

a. Définition

La Hotline s'adresse aux **médecins généralistes et paramédicaux** de proximité en difficulté face à la prise en charge de leurs patients âgés. Elle correspond à **un contact téléphonique** privilégié entre ceux-ci et les gériatres hospitaliers qui proposent alors des **solutions adaptées** aux soins que requiert la personne âgée.

b. Les Hotlines gériatriques du Rhône

Le service de médecine gériatrique du pavillon K de l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon a mis en place une **ligne d'appel directe** pour les praticiens et paramédicaux exerçant en ville dans la filière gérontologique Rhône centre depuis 2010. Cette ligne d'appel directe permet aux médecins non hospitaliers de **bénéficier tous les jours du lundi au vendredi (8h30–18h30) de conseils diagnostics ou thérapeutiques et d'orientation dans la filière gériatrique permettant parfois une alternative à l'admission aux urgences.**

Depuis son instauration, le nombre d'appels ne cesse d'augmenter, avec 403 situations en 2010, contre 1414 en 2016. (37) Pour l'instant, sur l'année 2017, 1116 appels ont été enregistrés entre Janvier et Octobre. Concernant les réponses apportées, 52 % des appels se sont soldés par une hospitalisation, dont 39 % au sein d'un service de gériatrie. (37)

Il existe à présent 3 autres hotlines gériatriques au sein des HCL, et une cinquième sur l'hôpital de Fourvière. Cela permet de couvrir les différentes filières gériatriques lyonnaises (Annexe I.1).

c. Fonctionnement

Les médecins gériatres des différents services (post-urgence gériatrique, court séjour, SSR et équipes mobiles) se **relaient** pour répondre aux appels. Les appels proviennent des médecins libéraux, de professionnels de santé paramédicaux, parfois de SOS médecin. Les informations sont intégrées, via une **Fiche Hotline**, au dossier médical commun des hospices civils de Lyon EASILY et transmises aux différentes équipes médicales et paramédicales qui interviennent dans la prise en charge du patient. Si le médecin traitant n'est pas le primo appelant il est systématiquement **informé de l'appel** à la hotline, afin de respecter le parcours de soins et d'avoir son avis sur la situation.

Un appel à la Hotline peut aboutir sur :

- **Une hospitalisation directe différée**
- Des **conseils** diagnostics ou thérapeutiques

- Une **orientation dans la filière gériatrique** : Consultation, Visite à domicile de l'EMG extra hospitalière, Hôpital de Jour...
- Une indication de **passage au SAU**

d. La place du gériatre

L'activité de la hotline se superpose à l'activité clinique du service et donc **pourvoyeuse d'interruptions de taches**, un appel initial demande environ 20mn de temps de médecins, une situation demande en moyenne 2.6 appels.

La responsabilité du médecin gériatre ne se substitue pas à celle du médecin en charge du patient. A la différence du 15, **il ne s'agit pas d'une régulation téléphonique**. (37) (38)

III. LE SAMU

1. Définitions

Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) est un service hospitalier ayant pour mission principale de « **répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence** » (39). Pour ce faire le SAMU dispose d'un **centre de réception et de régulation des appels** (CRRA) doté d'un **numéro d'appel national unique**, depuis 1978, (40) le "15". On parle alors de Samu-Centre 15.

La régulation médicale est un **acte médical pratiqué au téléphone** (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) **par un médecin régulateur généraliste ou urgentiste**.

2. Missions

Le Samu est né le 6 janvier 1986 de la Loi 86-11 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. (41) Les centres de régulation médicale des Samu Centres 15 doivent **recevoir et traiter dans des conditions optimales les appels d'urgences médicales**. Ils exercent les missions suivantes, régies par le code de santé publique : (42) (43) (41) (44)

- Assurer une écoute médicale permanente, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, dans le délai le plus rapide
- S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, en tenant compte du respect du libre choix

- Organiser, le cas échéant, le transport dans cet établissement en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires
- Veiller à l'admission du patient.

La régulation médicale a pour objectif d'apporter en tout lieu et toute heure, **le « Juste Soin », c'est-à-dire la réponse la plus adaptée dans les délais les plus brefs, avec les moyens disponibles.** (45)

3. La permanence des soins ambulatoires

L'évolution des besoins de santé a donné naissance, au sein des centres 15 à deux types d'activité médicale. Ainsi, non seulement ils assurent la **régulation médicale urgente** (AMU) mais également la **permanence des soins ambulatoires** (PDSA). Il est à noter que dans plus de **30 %** des cas, la réponse apportée par les Samu-Centres 15 consiste en une **information et/ou un conseil médical**. Cette **augmentation du recours aux Samu-Centres 15 et aux urgences** hospitalières traduit une **définition de l'urgence devenue toute relative** et l'apparition de nouveaux comportements des usagers du système de santé, qui recherchent un service et la sécurité d'une réponse médicale téléphonique et/ou d'une consultation non programmée pour des situations qui ne revêtent pas toujours un caractère de gravité immédiate.(46)

4. Organisation des SAMU

Les modalités de prise en charge des appels reposent sur des Recommandations professionnelles établies par la Haute Autorité de Santé Publique (HAS) : (47)

a) **Réception par un Assistant de Régulation Médicale (ARM)** qui évalue le motif d'appel et détermine le niveau d'urgence.

b) **Transmission par l'ARM à un médecin régulateur** selon deux modalités possibles :

* **Régulation « hospitalière » ou Aide Médicale Urgente** pour les cas jugés les plus graves

* **Régulation « libérale » ou permanence des soins ambulatoires** assurée par des médecins régulateurs libéraux, pour les autres cas.

c) Le médecin régulateur analyse la situation c'est-à-dire le motif de recours, les antécédents, le contexte, la demande du patient. Il déclenche alors **la réponse la plus adaptée** à la nature de l'appel :

- Envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation **SMUR**

- Recours aux sapeurs-pompiers (VSAV)
- Ambulance privée pour transport de la victime
- SOS médecin ou médecin généraliste de garde
- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens, les informations délivrées sont variées : surveillance des symptômes avec informations sur la conduite à tenir en cas de modification, Se rapprocher d'un service d'urgence à l'aide de son entourage, consulter un médecin généraliste, dentiste, pharmacie, ou prescription médicamenteuse par téléphone.

5. La régulation médicale du Rhône

Le SAMU 69 Centre 15 est intégré au Pôle du SAMU/SMUR du CHU de Lyon, il régule l'ensemble du département du Rhône qui représente une superficie de 3249.1km² et 1801855 habitants en 2014.(48)

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU 69 est situé au sein du pavillon R de l'hôpital Edouard Herriot (Hospices Civils de Lyon) depuis fin novembre 2013. Le plateau technique s'étend sur une surface de 280 m². Il comporte 26 postes de travail qui sont distribués en 4 zones d'activité :

- **Zone « prise d'appels 15 »**, où se situent les assistants de régulation médicale qui sont au nombre de 6 en semaine, et 10 le week-end
- **Zone « régulation PDS »**, avec selon les horaires 1 (nuit) à 3 en semaine, et 1 (nuit) à 5 le week-end.
- **Zone « régulation AMU »**, avec 2 médecins AMU 24 heures sur 24 et un Poste opérationnel Pompier (POP) avec 1 infirmier 24h/24 + 1 renfort possible. La mission du POP est de réceptionner la totalité des bilans secouristes transmis réglementairement par les VSAV (> 65 000/an), pour orienter les patients vers la structure hospitalière publique ou privée la plus adaptée en fonction de la pathologie et de la sectorisation.
- **Zone « cellule régionale de périnatalité »** avec une sage-femme 24h/24 et une secrétaire

Des écrans affichent en temps réel l'activité téléphonique, notamment le nombre d'appels en attente d'être décrochés et ceux en attente d'être régulés. Ils permettent également de géolocaliser les véhicules SMUR, et de diffuser toutes les informations importantes (fermeture d'axes routiers, services d'urgences saturés ...).

Le SAMU 69, comme tous les SAMU, voit son activité augmenter au fil des années. En 2015, on comptait 315000 dossiers de régulation médicale (contre 260000 en 2013 et 100000 en 2000), et une

activité globale annuelle de l'ordre d'un million de communications (appels entrants + sortants). (49)
Les derniers chiffres (approximations) retrouvent 629758 dossiers de régulation médicale pour l'année 2017, soit **2 fois plus qu'en 2015**.

Les moyens de réponse du CRRA au SAMU 69

Il peut s'agir :

- D'un **conseil médical** (plus de **50%** des cas en 2015). (49)
- D'envoyer un **médecin généraliste au domicile** (**5.7%** des cas en 2015) (SOS, médecin de garde, ou éventuellement le médecin traitant), ou d'adresser le patient auprès d'une des **maisons médicales de garde** (MMG, dans **7 %** des cas en 2015).
- D'envoyer une **ambulance privée**, pour transporter le patient vers une structure hospitalière publique ou privée.
- D'envoyer un **Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes** (VSAV) des sapeurs-pompier.
- D'envoyer une équipe médicale de réanimation du **SMUR** (**5.3%** des cas en 2015).

Il y a 4 pôles de SMUR à Lyon, à l'Hôpital Edouard Herriot, au Centre hospitalier Lyon Sud, à l'hôpital de la Croix Rousse et l'Héli SMUR à Bron, qui regroupent l'ensemble des moyens d'interventions terrestres et aériens.

6. La régulation médicale des sujets âgés

La régulation médicale des patients âgés est une régulation souvent **plus compliquée** que pour d'autres patients.

Les difficultés de ce type de régulation résident dans **l'atypie** des signes cliniques de ces patients, l'interrogatoire peut être compliqué par des troubles d'audition, d'élocution et de la mémoire. Le patient n'est pas toujours la personne au bout du téléphone et le motif médical est souvent intriqué avec des **problématiques sociales**.

Malgré le développement des filières gériatriques, les régulateurs du SAMU-Centre 15 se retrouvent souvent isolés, sans autre choix que l'envoi aux urgences des patients âgés.

IV. LE PROJET REGESA

Le projet REGESA (Régulation Gériatrique Samu) est né de la collaboration entre un groupe de médecins gériatres, de médecins régulateurs du SAMU, et de médecins de santé publique Lyonnais qui souhaitaient faire évoluer la prise en charge des personnes âgées qui appellent au SAMU centre 15 de Lyon. Selon le protocole du projet, la régulation est peu adaptée aux personnes âgées pour

lesquelles 1) l'appréciation de la situation et de la décision la plus appropriée comporte des éléments spécifiques, 2) la prise en charge pourrait être plus appropriée par la connaissance de l'organisation des filières gériatriques sur le terrain et 3) le passage aux urgences est particulièrement long et 4) peut avoir des conséquences beaucoup plus délétères que chez les patients plus jeunes.

L'objectif principal du projet REGESA était d'estimer l'efficacité d'une intervention composée de la formation des médecins régulateurs libéraux du SAMU-centre 15 et de la mise à leur disposition d'outils spécifiques pour la régulation gériatrique, en cohérence avec les filières gérontologiques, sur la diminution de l'orientation directe des personnes âgées vers les services d'accueil d'urgences.

Les objectifs secondaires étaient :

- 1) d'évaluer **l'efficacité de cette intervention** sur la durée médiane de passage aux urgences, les hospitalisations en urgence dans les 7 jours suivant leur appel au 15, l'utilisation des dispositifs de filières gérontologiques existants par les médecins régulateurs libéraux du SAMU-centre 15,
- 2) de réaliser une **étude de coûts** à 7 jours suivant l'appel au 15,
- 3) d'évaluer la **faisabilité et l'acceptabilité** de cette intervention.

Le projet était financé par le PREPS (Programme de Recherche sur la Performance des Soins) et a débuté fin 2015.

1. Organisation

L'intervention s'est faite en 2 phases :

- **Une phase « développement de l'intervention »** avec des temps d'observation de la régulation par des gériatres, le développement d'outils d'aide à la régulation par un groupe de travail pluridisciplinaire composé de 4 gériatres et de 4 médecins régulateurs libéraux, le test de ces outils pendant une période de quelques jours puis leur adaptation en fonction des résultats du test.

- **Une phase « formation des médecins »** correspondant à la formation des médecins régulateurs libéraux. Cette intervention comportait une formation interactive faite en collaboration avec la plateforme SAMSEI (Stratégies d'Apprentissage des Métiers de Santé en Environnement Immersif, programme labellisé IDEFI, Université Lyon1) à laquelle participent plusieurs investigateurs de l'étude. Cette formation dynamique s'est faite avec les gériatres, les médecins régulateurs libéraux et les professionnels de l'apprentissage par simulation avec des mises en situation. Au cours de la période de formation, les outils développés ont été progressivement utilisés par les médecins régulateurs libéraux. Les médecins gériatres ont participé à la formation pratique également, ils

étaient présents sur place en régulation pour aider les médecins régulateurs à la prise en main des outils et faciliter les échanges avec la Hotline gériatrique.

2. Les outils d'aide à la régulation

Les médecins ont travaillé ensemble pendant plusieurs mois pour développer ces outils d'aide à la régulation.

a. La Fleur d'orientation

Une ***synthèse des éléments cliniques, psychologiques et sociaux*** qui sont indispensables à ***l'évaluation d'un patient âgé*** a été élaborée et mis sous forme de pochette plastifiée sur chaque poste de régulation afin d'avoir un support visuel facilité pour chaque médecin régulateur. Le support comporte aussi un document synthétique des différentes Hotlines Lyonnaises, avec leurs numéros associés.

b. La Hotline gériatrique

L'accès à la Hotline gériatrique pour les médecins régulateurs du centre 15 a été développé au cours du projet REGESA, afin que les médecins régulateurs puissent bénéficier d'un avis spécialisé et éventuellement organiser une hospitalisation directe en service de gériatrie sans passage par les urgences. Le recours à la Hotline peut être utile dans les situations ne relevant pas de l'urgence telles que :

- Patient présentant un problème médico-psycho-social nécessitant une hospitalisation qui peut être différée (24heures à 1 semaine)
- Patient ne nécessitant pas d'hospitalisation mais ayant intérêt à entrer dans une filière gériatrique (exemple : chutes à répétition/relevage simple)
- Patient nécessitant une évaluation gériatrique en consultation à domicile (avec demande du médecin traitant)

c. L'accès à EASILY

Le dossier commun des Hospices Civils de Lyon, via le logiciel EASILY, regroupe les informations et courriers des patients étant passés par les Hospices au moins une fois. L'accès à ce dossier par les médecins régulateurs leur permet de voir les antécédents de la personne qu'ils ont au téléphone et de rendre plus fiable et plus facile d'accès l'information recherchée.

METHODE

I. Une étude qualitative

La méthode de recherche qualitative, utilisée initialement surtout en sciences sociales et en anthropologie, l'est de plus en plus dans la recherche en médecine générale. (50) Elle est appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Elle permet **d'appréhender les ressentis ou expériences et contribue à une meilleure compréhension du sujet**. Il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les méthodes qualitative et quantitative, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance.

La méthode qualitative semblait la plus appropriée pour cette étude car nous nous intéressions aux ressentis propres des médecins régulateurs. Cela apportait un **aspect complémentaire à l'étude quantitative en cours dans le cadre du projet REGESA**.

II. Le recueil de données

Le recueil des données en recherche qualitative se fait le plus souvent par enregistrement d'entretiens.

Il existe trois grands types d'entretiens. L'entretien de groupe ou « focus group », l'entretien individuel : libre et semi-directif.

L'entretien de groupe n'apparaissait pas adapté à notre étude car l'exploration du ressenti des médecins nécessitait qu'ils puissent s'exprimer librement, sans crainte d'être jugé sur leurs propos. Par ailleurs étant donné l'emploi du temps chargé des médecins il paraissait compliqué de les réunir même en partie dans un même lieu au même moment, encore moins dans la totalité puisque la régulation de la permanence de soins de jour ne s'arrête qu'entre minuit et 8h.

C'est pourquoi nous avons privilégié **l'entretien individuel**. L'entretien individuel permet d'exprimer tous types de ressentis si tant est que l'enquêteur ne soit pas identifié à un juge.

Le caractère **semi-directif** semblait le plus pertinent pour explorer notre sujet. En effet le canevas d'entretien semi dirigé n'est pas un questionnaire, il s'agit d'une liste de thèmes, que le chercheur aborde dans un ordre ou un autre, selon le déroulement de l'entretien, sous forme de questions ouvertes, éventuellement adaptées aux réponses précédentes. Le **fil conducteur de l'entretien est donc tracé, mais les réponses de l'interrogé restent libres**.

Le mémoire de recherche du stage chez le praticien a permis à l'enquêteur d'avoir une première approche du sujet. La construction du canevas d'entretien repose sur les éléments recueillis lors de ce mémoire associés à une recherche bibliographique.

III. Les participants

1. Critères d'inclusion

Cette étude est réalisée auprès de l'effectif de **médecins généralistes régulateurs du centre de réception et de régulation des appels du centre 15 de Lyon (69)**. La population de l'étude a été naturellement délimitée par les critères d'inclusion du projet REGESA. Le projet propose 3 nouveaux outils d'aide à la régulation aux médecins régulateurs libéraux (ce qui exclut le médecin urgentiste AMU) et la Hotline, l'un des 3 outils proposés, est disponible du lundi au vendredi de 8h30 à 18h, elle n'est de ce fait utilisée que par les médecins régulateurs qui sont **présents du lundi au vendredi de 8h à minuit et le samedi matin de 8h à midi**. Ce groupe de médecins comprend 16 membres au centre 15 de Lyon.

2. La taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas calculée avant le début de l'étude contrairement à l'étude quantitative. Le but est d'atteindre la saturation des données. C'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportent aucune nouvelle donnée, mais uniquement une redondance de réponses déjà retrouvées dans les précédents entretiens.

3. Le recrutement

La population totale de l'étude était certes limitée et regroupée au même endroit mais il a néanmoins fallu obtenir **l'acceptation de chaque médecin pour effectuer les entretiens** concernant leur ressenti sur le projet, ce qui n'a pas été aisé dès le départ. Pour ce faire nous avons dans un premier temps **participé aux différentes réunions** du projet REGESA, afin de bien comprendre les tenants et enjeux du projet, comme s'organisaient la mise en place des outils, et nous avons pu percevoir les premières réactions lors des réunions de groupe avec les médecins régulateurs (les réunions d'information et de formation aux outils). Cette première phase a permis un **premier contact avec les différents acteurs du projet et aussi avec certains médecins régulateurs**. Elle a également permis de déceler certaines difficultés au niveau des échanges interdisciplinaires ce qui a nourri certains thèmes de notre canevas d'entretien par la suite. Dans un second temps nous avons **assisté, après accord du chef de service du SAMU de Lyon, à certaines périodes de régulation** avec les médecins gériatres qui étaient sur place pour former les médecins régulateurs en pratique aux nouveaux outils. Cette phase a permis de mieux comprendre l'organisation au sein du Samu, et

d'observer les régulateurs travailler et de cerner certaines difficultés avec l'utilisation des outils. Pour obtenir des entretiens nous avons en premier lieu envoyé **un mail** à tous les régulateurs avec plusieurs relances, ce qui n'a pas été concluant car nous n'avons eu aucune réponse. Il a alors paru nécessaire de faire des **permanences au Samu avec chaque médecin régulateur pour dans un premier temps approfondir notre observation de leur quotidien au travail et de leurs difficultés et dans un second temps obtenir ces entretiens individuels**. Nous avons ainsi pu obtenir **13 entretiens**.

4. Le canevas

L'entretien semi-dirigé vise une **expression libre** de l'enquêté, pour découvrir toutes les thématiques à aborder, même celles que l'enquêteur n'a pas anticipé. L'enquêteur doit poser des **questions courtes et ouvertes** et prendre le temps d'écouter la réponse sans couper l'enquêté dans sa réponse. Les questions ouvertes appellent des réponses qui ne peuvent pas être oui ou non, elles commencent par Pourquoi, comment. Les réponses peuvent être reformulées pour s'assurer de la compréhension. Il était important de leur expliquer que ce n'était pas un problème s'ils ne savaient pas répondre et que ça n'engageait en rien leurs compétences.

L'élaboration du canevas d'entretien s'est faite initialement à partir des données d'observation lors des différentes réunions d'information et de formation et lors des plages de régulation avec mise en pratique des outils puis utilisation courante. Les données de la littérature sur le sujet ont permis d'enrichir les thèmes et sous thèmes. Le canevas a été remanié plusieurs fois au cours de l'étude, en fonction des entretiens précédents, du médecin interrogé et de l'aisance de l'enquêteur. Le respect des recommandations de E. Pasquier sur les entretiens semi-dirigés pour la recherche en médecine générale a été recherchée (51).

Le **canevas a été revu et corrigé** par les docteurs Adélaïde VINCENT et Frédéric ZORZI co-directeurs de thèse. Il a également fait objet d'une **triangulation** des chercheurs avec d'autres internes et enseignants, dans le cadre d'un programme d'apprentissage à la recherche qualitative organisé par le Collège Universitaire de Médecine Générale.

Le canevas comprenait une **courte présentation** de l'enquêteur et le rappel de l'objectif de l'étude. Celle-ci permettait de remercier l'enquêté pour son temps et sa disponibilité, d'obtenir son accord pour l'enregistrement audio de la conversation ainsi que pour rappeler le caractère totalement confidentiel et anonyme de l'entretien. Ensuite nous avons travaillé sur une **question dite « brise glace »**, qui permettait d'entrer dans l'entretien de manière plus naturelle, avec une question sur leur parcours, sur ce qui les avait amené à faire de la régulation.

Il était construit autour de **quatre thématiques** : leur ressenti initial par rapport au projet, leur opinion sur la formation et l'information reçue sur le projet, leurs difficultés au quotidien dans leur pratique et enfin leur ressenti par rapport aux outils proposés et les modifications sur leur pratique quotidienne.

Il y avait enfin un **temps de parole libre** où l'enquêté pouvait aborder un autre thème ou rajouter quelque chose sur ce qui avait été dit s'il le souhaitait.

5. Recueil d'informations

a. Déroulement des entretiens

Ils se sont déroulés du 14/02/17 au 29/06/17.

Les lieux de l'entretien étaient définis selon les disponibilités et possibilités des médecins enquêtés. Les 3 premiers entretiens qui ont été effectués dans le cadre du développement du canevas ont eu lieu au centre CRRA, dont 2 pendant les périodes de régulation alors que les médecins étaient à leur poste. Ce point a été modifié pour les entretiens suivants car il apparaissait que les médecins ne pouvaient pas s'exprimer librement, que l'anonymisation des données n'était pas assurée et par ailleurs ils n'avaient pas le temps de s'épancher, ni de développer leurs idées comme ils le souhaitaient et comme il était utile pour obtenir des résultats satisfaisants.

Les entretiens suivants se sont donc effectués soit ***au domicile du médecin, soit au cabinet, soit dans une salle de repos au CRRA, en dehors de leurs plages de régulation.*** La place de l'enquêteur était essentiellement de relancer le discours de l'enquêté, en reformulant une idée exprimée, ou en relevant un point précis abordé par le participant, tout en restant dans l'écoute, et non dans le débat.

b. Consentement écrit

Au début de l'entretien, le médecin ***signait un consentement écrit*** afin de pouvoir utiliser les données de l'entretien dans l'étude.

c. Enregistrement

Les entretiens individuels ont été enregistrés sous forme audio à l'aide d'un ***dictaphone***.

d. Retranscription

La retranscription a été faite manuellement par l'interrogateur sous format Word, après réécoute des entretiens enregistrés.

e. Analyse des données

Après la retranscription vient l'étape du codage, le but est de tirer les notions clés évoquées lors des entretiens. Les différentes notions, qu'elles soient ou non partagées par plusieurs enquêtés sont classées en fonction du thème général qu'elles abordent.

Dans notre étude, le codage a d'abord été classiquement **inductif**. La démarche inductive part d'observations et mène à une hypothèse ou un modèle scientifique. Il s'agit donc d'une généralisation de ce qui a été observé sur quelques cas particuliers.

Dans un second temps nous avons évoqué l'hypothèse que des mécanismes de défense au sens psychanalytique, pouvaient se détacher de certains entretiens. Nous avons donc utilisé une **démarche déductive** dans ce cadre. La démarche déductive part de l'hypothèse pour l'appliquer à un cas d'observations. Le chercheur pose a priori l'hypothèse d'une relation entre différentes variables, et l'applique ensuite à l'étude d'un certain nombre d'observations.

f. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée par internet à partir des **bases de données** suivantes : PubMed, Google Scholar, EM Premium, SUDOC, CAIRN, Base de Données de Santé Publique (BDSP). Le site du CiSMeF a été utilisé afin de traduire les mots clés de recherche en langage MeSH. Les abonnements à la littérature Française et internationale de l'Université Claude Bernard Lyon 1 ont permis de se procurer les articles trouvés à partir du portail étudiant.

La recherche bibliographique a comporté **plusieurs axes** : la régulation, et plus spécifiquement la régulation gériatrique, les différentes filières gérontologiques, ainsi que les différentes échelles et grilles d'évaluation de la personne âgée, l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité ainsi que le travail d'équipe, le système de soins français, son organisation et son évolution, ainsi que sur la méthodologie de la recherche qualitative.

Les **mots-clés utilisés** ont été :

- en anglais : elderly (MESH), emergency (MESH), defence mechanisms (MESH), collaboration (MESH), quality of care (MESH), Medical Staff hospital/psychology (MESH), Stress, Psychological/Etiology (MESH)
- en français : Service d'Aide Médicale d'Urgence - Personnes âgées - Régulation médicale – Interdisciplinarité – Travail collectif – Collaboration - Interprofessionnalité – Acceptabilité – Souffrance au travail – Mécanisme de défense - Système de santé – âge supérieur à 75 ans –

évaluation – outil – Responsabilité – spécialiste – généraliste interface – pratiques professionnelles – démarche qualité

Un approfondissement de la recherche bibliographique a été effectué lors d'un entretien individuel dédié auprès de la documentaliste à la bibliothèque Universitaire Rockefeller de la faculté de médecine Lyon Est.

Des recherches plus vastes, en dehors de la littérature scientifique, ont été faites notamment sur internet via le navigateur de recherche Google®. Des ouvrages littéraires ont également été empruntés à la bibliothèque de l'Université Claude Bernard Lyon-1.

Enfin, le logiciel Zotero® a été utilisé afin de présenter les références bibliographiques sous la norme de Vancouver.

PRINCIPAUX RESULTATS

I. Recueil des données

1. Caractéristiques des entretiens

Il a été réalisé **13 entretiens** ce qui a été correct pour obtenir une relative saturation des données. Sur l'ensemble, 4 entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin généraliste, 2 au domicile, 5 dans la salle de repos du CRRRA, 2 à leurs postes de travail. Ces deux derniers ont été effectués dans le cadre du projet de mémoire, le lieu n'était pas adapté, cela a de ce fait été corrigé pour tous les entretiens qui ont suivi. Les entretiens ont duré de **10 min45 à 35min33**. Le tutoiement était le plus souvent utilisé, possiblement parce que cette étude s'effectue dans un milieu hospitalier et qu'en règle générale le tutoiement y est plus employé qu'en libéral.

2. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a mené initialement à un **tableau de codage** assez important. Il a été décidé, pour apporter plus de clarté, de lisibilité aux résultats, de **sélectionner les plus importants pour notre question de recherche**. L'ensemble du tableau de codage se situe en annexe (Annexe III). La fin des entretiens a été décidée quand les derniers entretiens analysés ont donné peu de nouvelles idées. Une **relecture** de l'ensemble des données a été réalisée par les directeurs de cette thèse.

II. Principaux résultats

L'analyse des différents entretiens a permis de dégager 4 grands axes de réponse à la problématique de cette étude.

1. La régulation gériatrique : un oxymore ?

a. Une temporalité différente

Ce qui ressort en premier lieu des entretiens effectués est la différence de temporalité entre le travail d'un médecin gériatre et d'un médecin régulateur. Pour répondre aux exigences de son métier et « bien faire son travail », le premier a besoin de temps à l'opposé du second qui est tenu d'être le plus rapide possible.

MRO6 : on ne peut pas faire en 6 minutes une évaluation gériatrique, c'est généralement 2 jours d'hospitalisation...

b. Inadéquation d'objectifs

Par ailleurs les médecins rapportent des objectifs différents : les médecins régulateurs doivent en premier lieu prendre une décision, au contraire des gériatres qui cherchent à poser un diagnostic.

MR04 : en fait la régulation c'est exactement le contraire de ce qu'on fait habituellement en médecine (...) C'est ça la régulation, c'est apporter la meilleure réponse possible, pas de diagnostic on évalue la gravité et on essaie de savoir ce qui va être le mieux pour cet état de gravité (...) Si tu sais ce que tu veux envoyer t'as terminé ta régulation. Et tout le temps que tu vas passer après c'est du temps de perdu, parce que c'est une décision que tu dois prendre, ce n'est pas un diagnostic, c'est une décision.

c. Inadéquation de réponse

Enfin les médecins interviewés rapportent une inadéquation entre la demande du régulateur et la réponse du gériatre de la Hotline.

MR02 : Ils répondent, mais ils ne nous donnent pas satisfaction.

Principalement là encore à cause d'une temporalité différente, avec une proposition de prise en charge différée, et ce alors même que les appelants sont souvent en attente d'une réponse rapide voir immédiate

MR02 : Quand l'aidant est complètement épuisé, c'est le jour même qu'on aura une solution à l'aidant ?

2. Ressentis

a. Un accueil positif et professionnel.

Le ressenti des régulateurs par rapport au projet est dans l'ensemble positif. Dans l'idée ils sont unanimes sur le fait que c'est un projet utile, avec un objectif louable. Les régulateurs sont d'accord sur le principe, ils se sentent concernés par ce problème.

- Adhésion de principe

MR01 : Le principe est bien, après il faut voir comment ça s'applique dans la pratique.

- Enthousiasme et professionnalisme

Dans l'ensemble les régulateurs sont enthousiastes à l'idée du projet.

MR02 : C'est un beau projet

Cet enthousiasme peut traduire une personnalité plutôt positive.

*MR06 : Parce que **j'aime ça**, parce que **j'aime bien** travailler en équipe, parce que **j'adore ça**. (...) moi **je suis passionné** par ça.*

Mais aussi un professionnalisme, avec un souci de bien faire.

*MR09 : ben je trouve ça très positif parce que ça fait partie d'une **démarche qualité***

- Satisfaction à l'usage

Les régulateurs rapportent de la satisfaction à l'utilisation de ces outils

*MR05 : **Le dernier c'était super** par exemple. Y'avait rien à dire, ça a été exactement comme j'avais imaginé qu'il fallait faire, une personne motivée qui a appelé directement le service où elle était hospitalisée récemment, « tiens y'a mme machin tu pourrais pas la revoir ? Demain midi ? Oui ok demain midi. Attendez, on gèrera l'ambulance pas de souci ». Voilà tout a été ficelé, nickel et ça a évité un passage aux urgences et **probablement que ça a été une meilleure prise en charge**. (...) Mais on est là pour les gens pour faire le mieux pour eux, **et là on a réussi et c'était génial**.*

Avec un retour d'informations qui est intéressant et valorisant

*MR06 : et deux heures après on me passe un coup de téléphone, et **on me dit « voilà pour ta patiente j'ai fait ça j'ai prévu ça »**, j'ai trouvé ça extraordinaire, c'était mais extraordinaire ! C'était le retour d'informations.*

Qui s'inscrit dans une démarche qualité, qui permet un enrichissement personnel et une formation continue.

*MR09 : qu'on est associé au courrier de sortie, on l'a parfois, ça c'est pareil ça dépend des Hotlines, et **ça c'est positif parce que ça permet de savoir si le travail qu'on a fait a été utile et si ça a été fait comme il fallait ou si y'a des choses qui ont pas été faites correctement et ça permet de s'améliorer**.*

Enfin, ils rapportent un réel bénéfice de ces outils, une plus value pour leur travail au quotidien

*MR07 : Ha ben oui c'est net, **quand t'arrives sur le truc t'as tout, les antécédents, les traitements, t'apprends des trucs** « ha mais vous avez été hospitalisé il y a une semaine » « ha oui ».*

b. Scepticisme

- Appréhensions

Initialement, les médecins régulateurs ont aussi manifesté de l'appréhension face au projet et à sa mise en œuvre.

- Surcharge de travail

*MR08 : Je me suis dit que ça ferait une **charge de travail en plus***

- Répression

*MR03 : je pensais que c'était juste un **outil répressif***

- Chronophage

*MR07 : parce que ça allait **prendre du temps***

- Dérives

*MR01 : j'ai peur, connaissant certains médecins, qu'ils disent à leur patient, dès qu'il y a un problème, « oh ben vous appelez le samu, **ils vous hospitaliseront en gériatrie directement** »*

- Insatisfaction à l'usage
- Chronophage

Le problème principal rapporté par les médecins régulateurs est l'aspect chronophage.

*MR06 : Tu as vu le dossier qui nous a pris du temps, **on est passé de 5 à 15 appels en attente***

- Défaut d'ergonomie

Par ailleurs, ils évoquent des difficultés dans la prise en main de l'outil informatique EASILY, et des défauts dans l'ergonomie de l'outil avec une identification itérative, des étapes de connexions trop longues.

*MR01 : Même le temps de rentrer dans EASILY ça nous prend 5 minutes (...) il faut le nom de la personne, après il y a plein d'homonymes, il faut rentrer 5000 fois son code, en même temps y a la personne âgée qui nous parle au téléphone, **enfin c'est pas le plus simple***

- Inadéquation avec la pratique

Et concernant la fleur d'orientation, les médecins régulateurs la jugent peu adaptée à leur pratique quotidienne.

*MR03 : moi quand je vois ce qu'on appelle des organigrammes, je commence par les oublier. Pour moi les organigrammes c'est quelque chose qui excite celui qui les conçoit et **qui ralentit ceux qui s'en***

servent. (...) Ton organigramme c'est une conception générale, on ne peut pas le suivre, c'est pas mal, c'est un thème de réflexion pour y penser mais tu peux pas l'utiliser en pratique, c'est une idée de conception générale, alors après on peut s'instruire mais on peut pas le suivre.

- Opacités de l'organisation

Enfin, concernant la Hotline, les modalités organisationnelles ne sont pas claires pour les médecins régulateurs, notamment sur la responsabilité de chacun.

*MR03 : moi je n'étais pas sûr qu'il le prenait en charge complètement, que l'enregistrement prouvait qu'il **avait investi la responsabilité de s'en occuper**. (...) Si je suis maitre de la régul, je ne peux pas lui abandonner la régul, comment je fais ?*

- Répartition des tâches

Ainsi que sur la répartition des tâches.

*MR11 : D'accord ok mais comment on fait, **qui gère l'ambulance** ?*

- Attente téléphonique prolongée pour l'appelant

Les médecins évoquent ensuite le problème de rupture de contact téléphonique lors de l'appel à la Hotline ou de la consultation du dossier EASILY, c'est-à-dire que le régulateur laisse la personne seule au bout du fil pour prendre quelques minutes avant de prendre la décision, or c'est problématique pour le patient qui attend.

*MR06 : Tu te rends compte t'as un patient qui t'appelle pour quelque chose, **le patient il est stressé**, ou la famille est stressée, tu vas dire « attendez » et tu vas prendre 3 ou 4 minutes, **il va raccrocher ou il va t'exploser après**.*

- Responsabilité

Les régulateurs évoquent la responsabilité qui est en jeu à faire attendre trop longtemps les patients.

*MR04 : y'a peut-être aussi, et ça arrive souvent, un appel qui a été **mal orienté**, c'est-à-dire quelque chose qui relève de l'aide médicale d'urgence et qui se retrouve en permanence des soins, enfin... en médecine générale. Donc ceux-là il faut les rattraper... plus on passe du temps sur un appel, plus on risque de perdre du temps sur un appel qui aurait besoin d'être basculé de l'autre côté.*

- Risque médico-légal

Enfin ils abordent le sujet du risque médico-légal à l'accès au dossier médical des HCL.

*MR06 : quelque part même du point de vue médico légal, on peut se poser la question, **si un jour une famille nous attaquerait parce que « oui vous n'avez pas lu tout le dossier », ben nan j'ai pas le temps ! (...)** le dossier Easily il est trop long.*

c. Mécanismes de défense

Ce nouveau projet avec tout ce qu'il implique peut être, pour certains médecins, un pourvoyeur supplémentaire de stress au quotidien. Pour y faire face, des mécanismes de défense sont mis en jeu, on en dégage certains des différents entretiens.

- Introspection

Les médecins se remettent en question, remettent en question leur travail, leur façon de travailler.

*MR06 : Alors là c'est **peut-être un défaut de notre part** mais on a nos méthodes de travail*

*MR08 : **par facilité je reste sur mon schéma général, mon ancien schéma, ce qui est dommage. (...)** moi je suis **peut-être un peu en auto suffisance.** (...) Je pense que j'ai pas du tout noter dans la formation, donc j'ai toujours peur d'oublier une étape dans le processus de validation, dans les contacts.*

Ce qui conduit parfois à une dévalorisation, une culpabilité.

*MR08 : le fait de pas m'en servir alors que je pourrais, une forme de culpabilisation (...) **Ben c'est un poil culpabilisant, ce n'est pas voulu dans l'étude mais c'est moi,** mais peut-être que cette étude mènera au fait que ce soit un peu systématique*

- Répression

Les médecins essaient de se concentrer sur leur objectif et répriment certains accès d'énervement.

*MR06 : Bon alors **après je ne te cache pas que l'autre jour la secrétaire elle m'a franchement énervée***

*I : Ben **ça ne s'est pas vu** en tous cas !*

*MR06 : **J'ai failli lui dire « vous n'avez pas le temps, vous n'avez pas le temps et ben tant pis je passe à SOS médecin »** parce que quand j'ai vu 15 appels en attente*

- Projection

Certains expliquent que les contraintes extérieures sont trop lourdes à gérer, de ce fait il ressort parfois dans le discours des interviewés de la résignation voir un certain fatalisme.

MR01 : « bon ben ok, allez, aux urgences » (...) **et puis de toute façon les hôpitaux étaient pleins. (...)**
Bah après ça ne change rien à moi dans ma pratique de régulateur. Le problème c'est que, actuellement tu n'as pas le temps, c'est pas possible...

- Humour

Les médecins utilisent parfois la dérision pour évoquer le problème.

MR05 : Et on en fait 2-3 par jour, sur tout Rhône Alpes, **donc ils ne vont pas être gêné toutes les 5 minutes hin si on fait ça.**

- Rationalisation

Dans certains entretiens, la vision des choses rapportée peut parfois être schématique ou simplifiée.

MR03 : Qu'ils les gardent à l'hosto ? au lieu de les renvoyer quand ils tiennent pas debout, qui nécessitent plus quelque chose de médical mais une prise en charge sociale, **et comme le social n'est pas pris en charge.**

- Agressivité passive

On peut aussi noter parfois une certaine irritabilité ou contrariété des interviewés, dans ce contexte de situations stressantes.

MR05 : évidemment si y'a pas de retour y'a pas de retour on va pas forcer hein c'est compliqué (...)
Moi je respecte les gériatres évidemment mais il faut qu'ils nous respectent aussi, c'est-à-dire que j'appelle à 13h28, on me répond et entre guillemets avec plaisir

3. Interdisciplinarité

Ce projet est porté par plusieurs disciplines médicales, plusieurs personnes qui se rejoignent par leur objectif commun : améliorer la prise en charge des patients. Dans ce cadre elles doivent apprendre à travailler ensemble, à se coordonner et à s'entendre.

a. Des points communs

- Un passage par les urgences mal vécu par les soignants, des deux côtés

MR02 : c'est **difficile de l'envoyer aux urgences, le faire attendre 8h sur un brancard**

- Un enthousiasme partagé

MR07 : Parce que j'ai déjà vu plein d'entrain de bonne volonté, ceux qui organisaient ça, les gériatres.

- Une volonté commune d'améliorer les choses

MR11 : groupe de travail pour éviter que les personnes âgées passent des heures aux urgences, et ça ce n'est pas normal

b. Les difficultés interdisciplinaires

Les médecins régulateurs parlent des difficultés à travailler ensemble, avec d'autres confrères, dans ce cadre avec les médecins gériatres.

i. La communication

La difficulté principale se situe au niveau de la communication entre les différents soignants.

- Aspect organisationnel

Les médecins rapportent des difficultés au niveau de l'organisation de la communication au sein des Hotlines gériatriques

MR05 : Moi j'ai même eu l'impression au début, qu'on avait lancé le projet avant que les autres le sachent, « ha bon ? » genre « ha bon la régul nous appelle ? »

- Aspect communication humaine

Par ailleurs ils rapportent des difficultés dans l'échange avec certains interlocuteurs de la Hotline.

MR07 : d'autant plus que parfois on est bien reçu et d'autres fois non quoi. (...)

ii. La forme

Certains médecins régulateurs rapportaient que le projet était à l'initiative des médecins gériatres et qu'ils avaient été intégrés à l'équipe secondairement, ce qui n'était pas toujours bien perçu.

MR07 : Pourquoi c'est eux qui s'en occupent et pas nous ? Mais attendez faut nous intégrer dans le groupe c'est quand même nous les premiers intéressés. Donc après on nous a intégré...

iii. Méconnaissance du travail de l'autre

- Activités concomitantes

Le gériatre cumule dans sa journée plusieurs activités, la Hotline gériatrique, le travail dans son service, notamment la prise en charge des patients hospitalisés, l'activité enseignante et

pédagogique, les contraintes administratives, or cette activité-là n'est pas toujours visible pour les médecins régulateurs et généralistes qui contactent la Hotline.

MR05 : Et on en fait 2-3 par jour, sur tout Rhône Alpes, donc **ils ne vont pas être gênés toutes les 5 minutes hein si on fait ça.**

- Contraintes liées au service

Le gériatre a un certain nombre de lits, de moyens, un certain nombre de demandes d'hospitalisations, ajouté à cela des contraintes de rendement financier, il doit faire la meilleure prise en charge tout en prenant en compte le contexte socio-économique actuel et les contraintes de l'activité hospitalière et de son service.

*MR03 : **Qu'ils les gardent à l'hosto ? Au lieu de les renvoyer quand ils tiennent pas debout, quand ils ne nécessitent plus quelque chose de médical mais une prise en charge sociale, et comme le social n'est pas pris en charge.***

Le régulateur a un temps imparti pour réguler un patient, un certain nombre de moyens, associés à la particularité des différentes situations qu'il rencontre, des contraintes qui rendent parfois l'utilisation des outils impossible car inadaptés à la pratique quotidienne en régulation.

*MR04 : Ce qui est intéressant, parce que **dans la pratique** quand elle était venue un peu pratiquer avec nous, c'est que **quand on lui basculait l'appel pour qu'elle s'en occupe un peu et ben ça lui prenait un temps fou !***

- Charge de travail importante

Le temps est un facteur qui manque à l'hôpital, aussi bien en gériatrie qu'en régulation, la charge de travail est importante dans les deux cas, comprendre cela et se mettre à la place de l'autre pour répartir les tâches au mieux est essentiel au bon déroulement de la collaboration.

*MR05 : **En gériatrie on a le temps** de faire le tri, parce que bon les patients arrivent, tu fais ton tour, tu l'examines, tu regardes son dossier...*

*MR05 : **Comme nous on est au téléphone et on est en train...** (d'effectuer plusieurs tâches) Il faudrait pouvoir passer rapidement à REGESA, **sans avoir à tout re dire, sans avoir à re perdre du temps.***

c. Les enjeux de l'interdisciplinarité

- Réussir à travailler ensemble

Les régulateurs rapportent constater beaucoup de motivation dans ce projet, de la part des médecins associés au projet.

*MR01 : Après **tous les gériatres que j'ai appelés ils ont joué le jeu, ils ont tout de suite répondu « ok je vais voir », donc à chaque fois vraiment ça s'est très bien passé***

- Au bénéfice du patient

*MR05 : Le dernier c'était super par exemple. Y'avait rien à dire, ça a été exactement comme j'avais imaginé qu'il fallait faire, une personne motivée qui a appelé directement le service où elle était hospitalisée récemment, « tiens y'a mme machin tu pourrais pas la revoir ? Demain midi ? Oui ok demain midi. Attendez, on gèrera l'ambulance pas de souci ». **Voilà tout a été ficelé, nickel et ça a évité un passage aux urgences et probablement que ça a été une meilleure prise en charge.***

- Avec une satisfaction mutuelle

Les médecins rapportent enfin de la satisfaction à travailler et pouvoir échanger avec leurs confrères.

*MR08 : **Je n'ai pas vu ça comme une formation mais comme un échange confraternel, sur un cas, encore plus intéressant.** (...) j'ai eu le gériatre, on a discuté, j'ai eu d'autres informations, ça m'a ouvert un peu l'esprit sur le patient et ma décision a peut-être été plus adaptée*

4. Professionnalisme

a. Bonne volonté

Les régulateurs s'organisent pour essayer de se former, d'utiliser les outils malgré les contraintes de leur travail au quotidien. La persévérance et l'entraide confraternelle sont deux aspects qui se dégagent des différentes interviews.

*MR07 : Après **on s'est dit on va être deux on va essayer de le faire.***

*MR06 : Moi je suis à fond pour le projet REGESA donc **c'est pas parce qu'on a perdu beaucoup de temps l'autre jour que ça va me démotiver***

b. Propositions d'évolution des outils

Les remarques donnent une idée des attentes des régulateurs

- Comparaison avec d'autres outils

Ils comparent le projet avec d'autres systèmes qui existent déjà pour trouver des solutions d'amélioration.

*MR05 : comme on fait avec **le centre anti poison***

MR11 : *Moi ce que je trouverais génial, c'est qu'il y ait **comme pour Courlygones**, on a quelqu'un comme ça qui peut un peu attendre, pouvoir dire « bon je vous passe l'infirmière gériatre qui va voir avec vous » comme on a pour la pédiatrie, pour nos conseils*

- Un gériatre régulateur.

Les médecins proposent de mettre en place un régulateur gériatrique, dédié uniquement à cette tâche.

MR04 : *il faudrait trouver **une personne, un intermédiaire, une interface** sur qui on pourrait justement basculer ces appels-là.*

- Travailler la communication

Faciliter la communication entre les services de régulation et de gériatrie

MR06 : *il me semble indispensable qu'il y ait un moyen informatique qui soit donné à **REGESA pour être en communication avec nos fiches que l'on veut lui transmettre***

Mettre l'accent sur le retour d'informations auprès des régulateurs (courriers, rappels...)

MR09 : *et ça c'est pas mal, ça fait partie **des retours** qu'on n'a pas en régulation et qui serait intéressant.*

- Une Hotline plus flexible

Ils évoquent l'utilité d'horaires élargis pour la Hotline.

MR09 : *y'a pas de hotlines le soir. Je dis ça parce que c'est dommage parce que y'a des choses qui se passent la nuit, **la nuit y'a des angoisses qui sont majorées, y'a des appels de 4 ou 5 heures du matin qui nécessitent pas forcément un passage aux urgences mais pour lesquels on est démuni** parce qu'il n'y a aucune possibilité de relais*

- Des outils informatiques simplifiés

Ils souhaitent la simplification des outils informatiques et évoquent la possibilité qu'il y ait une fiche récapitulative des antécédents du patient plutôt qu'un dossier entier comme c'est le cas actuellement via l'outil EASILY.

MR06 : *pour ce patient avec son nom son numéro de téléphone la possibilité soit nous soit REGESA soit d'autres intervenants qui **mettent l'accent sur des trucs qui sont hyper importants** pas seulement pour les sujets âgés, je pense à une drépanocytose pour un enfant, ça change complètement la conduite à tenir ! **Ce post-it s'ouvre en même temps que ta fiche actuelle***

MR09 : Quand c'est à Lyon, ou Villefranche, Tarare c'est simple mais quand c'est à la campagne, toutes les villes ne sont pas associées à la Hotline dont elles dépendent et du coup il faut aller chercher quelle hotline solliciter, donc ça c'est quelque chose qui manque.

- Renforcement motivationnel

Un complément de formation, associé à des résultats concrets et des objectifs à atteindre permettraient selon les régulateurs de renforcer la motivation et l'utilisation des outils.

*MR08 : A mon sens, il faudrait **renforcer encore de façon régulière, revenir, refaire, revoir, relancer** l'idée qu'on peut faire la prise en charge, comment le faire, remettre l'information, il faut vraiment que ce soit dans la tête, que c'est facile à faire*

*MR11 : On n'a pas de retour, ce serait bien qu'on ait un retour, **qu'on nous dise : « bon ben grâce au 15 cet hiver on en a pris 15, 20 ».***

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

1. Points forts de l'étude

Un sujet original

La principale force de l'étude est son originalité, ce sujet n'ayant jamais été exploré ou très peu sous cet angle.

Cette étude apporte un regard nouveau sur la régulation gériatrique et sur la collaboration interdisciplinaire, sujet de santé publique important actuellement, au cœur de l'optimisation des dépenses de santé. La littérature spécifique sur la régulation des personnes très âgées est actuellement assez pauvre, quant à la coopération dans le travail collectif et dans l'interdisciplinarité elle fait l'objet d'une littérature scientifique abondante mais très peu dans le contexte médical et d'un point de vue qualitatif. Une étude de la façon dont le médecin vit cette coopération en situation de travail, en valorisant son propre point de vue et l'explicitation de son vécu subjectif, constitue un regard original et complémentaire aux travaux plus courants. Le choix de la méthode qualitative permet dans ce cadre d'obtenir des résultats originaux et d'ouvrir vers de nouvelles perspectives d'étude.

La triangulation des données

Fort de la collaboration avec les deux directeurs de thèse, Dr VINCENT A., médecin gériatre, et Dr ZORZI F., médecin généraliste, ancien urgentiste et régulateur, une *triangulation des analyses* a pu être faite, c'est-à-dire une analyse des verbatims par différents chercheurs, avec des points de vue différents mais nécessaires afin d'obtenir une analyse la plus objective et juste possible, et de ce fait *une validité interne* plus forte.

2. Points forts de la méthode

La méthode qualitative

Lorsqu'il a été décidé d'approfondir le sujet de la régulation des personnes âgées, abordé par N. JOMARD et A.VINCENT dans leur étude en 2012 (16), il est paru intéressant d'aborder le point de vue des médecins régulateurs et c'est logiquement que nous avons abordé ce sujet du point de vue qualitatif, pour explorer le ressenti des médecins régulateurs sur la régulation des personnes âgées, pour comprendre leur quotidien, leurs difficultés, leur ressenti par rapport à ce projet, et leurs attentes et propositions pour faire évoluer les choses.

Il serait intéressant d'aborder le point de vue des gériatres également, qui répondent à la Hotline, afin de comprendre au mieux les dysfonctionnements dans l'échange interdisciplinaire et pouvoir adapter les choses de manière plus fine.

La technique d'entretien

La contrainte de la durée de l'entretien a nécessité des ajustements dans la prise de rendez-vous, afin de pouvoir prendre le temps d'aborder différents aspects du sujet. Le temps de parole de chaque enquêté est révélateur de leur intérêt porté au sujet et de la liberté d'expression qui a pu s'installer au cours de l'entretien. Au cours de l'étude la technique d'entretien de l'enquêteur a évolué, pour devenir plus fluide et laisser plus de place à l'enquêté afin de développer ses idées.

Le recrutement et la diversité de la population

La population totale du projet était constituée des 16 médecins libéraux du centre 15 de LYON participant à la permanence des soins, c'est-à-dire les médecins ayant bénéficié de la formation et de l'accès aux outils du projet REGESA. Nous avons pu obtenir 13 entretiens, dont 5 femmes et 8 hommes, ce qui a permis d'obtenir une relative bonne validité externe. La validité externe, ou transférabilité renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres situations. Elle fait appel dans une étude qualitative à la diversité des sujets, et à la notion de saturation des données.

3. Limites de l'étude

Liées au manque d'expérience

La principale faiblesse concerne notre manque d'expérience dans le domaine de la recherche : l'encadrement des entretiens a été non optimal, parfois des concepts intéressants n'ont pas été approfondis de façon satisfaisante. Il est possible que, malgré les efforts faits pour poser les questions de la façon la plus neutre possible, les réponses aient été influencées. Il en est de même pour le codage et l'analyse qui sont soumis à une certaine interprétation qui peuvent être orientés par nos convictions personnelles pouvant alors tendre vers nos propres conclusions et masquer les autres.

Liées à la profession de l'enquêteur

Une autre limite de cette étude est le fait que les médecins interrogés savaient que l'enquêteur était médecin, par ailleurs il est apparu que certains régulateurs assimilaient l'enquêteur à un médecin gériatre. Ils ont pu éprouver un sentiment de jugement, et, consciemment ou inconsciemment, adapter leurs propos. Il a paru important de limiter au maximum ce biais en rappelant aux médecins

en début d'entretien qu'il ne s'agissait en aucun cas d'un examen, et en s'efforçant de les mettre à l'aise.

Liées aux conditions de l'entretien

Malgré une recherche de neutralité dans le lieu de l'entretien et d'une relative disponibilité de l'enquêté, certains entretiens ont eu lieu sur le site du Centre de réception et de régulation des appels du centre 15. Le lieu n'est pas neutre, et il pouvait y avoir du passage de membres de l'équipe, ce qui ne permet pas une anonymisation des données. Par ailleurs les médecins n'avaient pas forcément beaucoup de temps, ils étaient parfois attendus à leur poste peu de temps après l'entretien ce qui limite le débit de l'entretien.

Il aurait par ailleurs été intéressant de renvoyer les entretiens aux différents médecins régulateurs pour avoir un deuxième regard rétroactif sur ce qu'ils ont rapporté, cela aurait pu peut-être affiner les résultats et augmenter *la validité interne* de l'étude.

Liée à la déclaration au comité d'éthique

Il n'y a pas eu de déclaration effectuée auprès de la CNIL ni d'avis d'un comité d'éthique pour la réalisation de l'étude car elle concernait des médecins et non des patients.

II. Discussion des résultats

1. La régulation gériatrique : un oxymore ?

Contrainte de temps liée à la régulation

Les médecins doivent prendre la décision la plus adaptée en un temps minimal. Cette contrainte de temps était l'un des éléments importants rapportés par les médecins interviewés.

La mission principale des SAMU/Centre 15 est d'apporter une **réponse adaptée** aux besoins de soins réels des patients, dans les **meilleurs délais**. (52) L'acte de régulation médicale aboutit à la prescription du **juste soin** représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte. (53)

Le contexte social est préoccupant car le **nombre d'appels augmente** de 10 % chaque année, avec parallèlement une **diminution de médecins** sur le terrain (54). Le nombre d'appels au 15 a explosé ces dernières années, les dernières statistiques sur la fin d'année 2016 retrouvent un pic d'activité à **18 ou 19 appels par heure et par régulateur** de PDS sur le CRRRA de Lyon avec un minimum entre 8 et 10 patients par heure. Dans le référentiel SAMU centre 15 de 2015 (44), il est recommandé que le

nombre moyen de dossiers de régulation médicale (DRM) soit en moyenne de six par heure (ce qui ne laisse que 10 minutes pour traiter intégralement la régulation médicale d'un patient), **sans excéder un maximum ponctuel de 10 par heure**. Or les chiffres ci-dessus montrent que dans certaines heures, le temps de régulation est quasiment divisé par 2 du fait du nombre d'appels trop important. Par ailleurs on constate que les heures dites « creuses » sont en fait des heures d'activité maximale. (55)

Contraintes liées à la spécificité de la personne âgée

Il existe certains cas plus complexes en régulation, cela peut être lié à la situation mais aussi au type de patient, par exemple pour une femme enceinte, un enfant, ou une personne âgée.

En effet, la particularité d'un appel d'une personne âgée réside dans **l'évaluation d'un patient spécifique** (polypathologie, évolution d'une maladie chronique, degré de dépendance) et de son environnement. (11) Le médecin régulateur doit d'abord **éliminer les signes de gravité**, il doit ensuite, selon l'article de PENVERNE et Al présenté au congrès SFMU de 2011, (56) rechercher une **modification récente de l'état antérieur**, préciser le **niveau d'autonomie et l'environnement de vie** du patient.

Les personnes âgées présentent des **particularités sémiologiques**. Les signes généraux (apathie, asthénie, essoufflement...) sont fréquents et banalisés pouvant constituer « l'image de la personne âgée ». La confusion, la chute sont parfois la traduction d'un état infectieux, d'une déshydratation, de complications iatrogènes.(56) Les douleurs thoraciques sont moins fréquentes dans les syndrômes coronaires aigus (57) (58). La défense et la contracture semblent moins fréquentes dans les urgences chirurgicales. La fièvre est moins fréquente (20 à 30 % des infections bien documentées du patient âgé) (59).

Enfin l'interrogatoire médical téléphonique est parfois compliqué par les difficultés d'audition et d'élocution. Et l'isolement, fréquent limite l'obtention d'informations précises sur les situations ayant conduit au recours au Samu Centre 15. L'analyse téléphonique d'un appel de personne âgée ou de son entourage doit ainsi tenir compte de l'intérêt d'une hospitalisation en prenant en compte le projet de vie du patient en concertation avec la famille. (56)

Ces atypies dans la présentation clinique participent à la **difficulté de la régulation** et cela incite à une **démarche clinique rigoureuse et prudente**. (56)

Contrainte de temps liée à la spécificité de la personne âgée

Du fait de l'ensemble des spécificités de cette patientèle citées plus haut, la prise en charge des personnes âgées est souvent plus chronophage que celle des personnes jeunes.

L'article sur la prise en charge de la personne de plus de 75 ans aux urgences, issu de la conférence de consensus de la SFMU (2003), souligne que **le médecin régulateur doit prendre le temps** d'interroger plus en détail son interlocuteur qu'il ne le ferait pour tout autre patient. Sa réflexion s'appuie sur un recueil d'information qui influence considérablement la prise de décision. L'interrogatoire du patient et/ou de son entourage familial, l'usage de questions pertinentes et compréhensibles par son interlocuteur, l'accès au médecin traitant et aux collaborateurs du réseau de soins sont autant d'éléments déterminants. (60)

Ces appels mettent souvent le régulateur en difficulté. Difficultés qu'il doit gérer le plus rapidement possible, car cette régulation médicale est malgré tout bien **limitée dans le temps**.

Avec une demande forte et qui tend à s'amplifier

Entre 2015 et 2050, **la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler**, passant de 12% à 22%. (61) L'OMS met en lumière dans son rapport de 2006 une **pénurie mondiale de près de 3,4 millions de médecins**, de sages-femmes, d'infirmières et de personnels d'appui. (62)

Dans l'étude de 2013 de N. JOMARD et A. VINCENT (10) sur la trajectoire des patients de plus de 75 ans effectuée au centre 15 de Lyon, les appels des sujets âgés concernaient 17,1% des appels téléphoniques reçus au centre 15 cette année-là. Pourtant, selon l'INSEE (1), les personnes de 75 ans et plus représentaient 8 % de la population totale du Rhône en janvier 2013. Cette différence illustre la surconsommation de soins d'urgence des personnes âgées. De plus, du fait de la **démographie et de l'allongement de l'espérance de vie, le recours des personnes âgées au SAMU-Centre 15 tend à s'amplifier**.

L'ensemble des contraintes habituelles liées au travail de régulateur associées aux contraintes spécifique de la personne âgée, et aux contraintes socio-économiques du contexte actuel font poser sérieusement la question de la faisabilité d'une régulation gériatrique de qualité, avec les moyens actuels.

2. Ressentis

a. Accueil, acceptabilité et acceptation du projet

L'accueil de ces nouveaux outils, et plus encore de ce projet a été **variable** selon les médecins, certains étaient enthousiastes à l'évocation de l'idée même, et sont restés enthousiastes lors des mises en pratiques, malgré des difficultés, d'autres étaient au contraire très négatifs initialement, et ne voulaient pas essayer, soit parce qu'ils pensaient que ça leur était inutile, soit parce que c'était inadapté à leur pratique, d'autres encore étaient plutôt enthousiastes à l'idée de ce projet, mais l'utilisation des outils ne les a pas confortés dans leur idée du fait d'un manque de praticité, de facilité.

Dans le *Travail humain*, l'étude de BOBILIER CHAUMON et DUBOIS (63), on part de la constatation que l'introduction d'une nouvelle technologie dans les organisations constitue souvent un processus de changement et d'innovation qui peut conduire à la reconfiguration de l'organisation du travail, des compétences, des rôles. Ils tentent de comprendre les **déterminants** qui font qu'une **nouvelle technologie est acceptée ou détournée, voire rejetée par les salariés**.(63) (...) Ils distinguent les processus d'acceptabilité et d'acceptation. Une première approche s'intéresse aux représentations des personnes face à une technologie future ou possible (*processus d'acceptabilité*) et une seconde approche se focalise plus sur le vécu des personnes lors et suite à l'introduction des technologies (*processus d'acceptation de la technologie*). (63)

De nombreux chercheurs se sont intéressés à ces concepts afin de trouver des déterminants fiables, mais aucun consensus n'a été trouvé jusqu'à présent.

i. L'acceptabilité

Dans la suite des travaux de ROGERS (64), TORNATZKY et KLEIN (65), un courant intègre les cognitions sociales dans l'acceptabilité des technologies. *L'innovation technologique doit dans ce cadre : (i) constituer un « plus » par rapport aux façons de faire traditionnelles (avantages relatifs) ; (ii) faire preuve de compatibilité par rapport aux valeurs existantes, expériences passées et besoins potentiels des utilisateurs ; (iii) être simple d'utilisation et facile à expérimenter (accès rapide pour en évaluer l'efficacité) ; et enfin (iv) permettre l'observabilité des résultats (visibilité rapide d'avantages positifs)*. (63)

Dans notre étude sur le projet REGESA, on note certains des freins énoncés à l'acceptabilité des nouveaux outils. Par exemple MR01 rapporte ne pas trouver un **« plus »** dans l'utilisation de la fleur d'orientation, quant à MR10, il rapporte ne pas ressentir **l'utilité des nouveaux outils**. MR06 exprime pour sa part **ses craintes** par rapport au fait de shunter le médecin traitant en appelant lui-même la Hotline gériatrique. Plusieurs médecins rapportent des **difficultés à utiliser les outils**, du fait d'un manque de simplicité et de facilité à y accéder, notamment à EASILY. Enfin MR 11 note un **manque de visibilité rapide de l'impact de l'utilisation des outils**, notamment sur le nombre de personne

âgée qui a pu éviter les urgences grâce au travail des régulateurs et à leurs efforts pour utiliser les outils.

Le modèle énoncé ci-dessus est complété par les théories de l'action raisonnée. (63) (66) *Ces modèles cherchent à prédire l'acceptabilité à partir d'une analyse de l'intention qui se fonde sur trois variables : (i) l'attitude, comme un **ensemble de croyances, qui conduit l'utilisateur à évaluer favorablement ou non** les conséquences de l'adoption des technologies, pondérée par l'importance que l'individu y accorde ; (ii) **l'influence sociale** qui est une norme subjective (perception des attentes d'autrui ; notamment **l'opinion des personnes proches ou des groupes de référence**) ; et (iii) le propre **degré de motivation de la personne** à se conformer ou pas à ces attentes. (63)*

Dans le projet REGESA les médecins régulateurs communiquent entre eux, il existe probablement une **influence des opinions des uns et des autres** car c'est un groupe où les membres échangent, se donnent leur avis, et parfois se jugent mutuellement. Par exemple la première réunion d'information qui avait pour objectif de former les régulateurs aux outils, on a pu constater des réactions négatives à l'encontre du projet, et cela possiblement **potentialisé par l'effet de groupe**. Les avis et remarques que l'on donne lorsqu'on appartient à un groupe peuvent aussi être influencés par ce que les autres vont en penser.

ii. L'acceptation

Là encore il n'existe pas de modèle consensuel mais certains facteurs décrit par BOBILIER CHAUMON et DUBOIS dans leur étude sont susceptibles de favoriser ou d'entraver l'acceptation des technologies, et l'on retrouve nombreux de ces déterminants dans notre étude.

- *Les charges cognitive et affective (63)*

L'acceptation des technologies dépend du coût cognitif que représente l'utilisation d'une technologie. (63) *La charge cognitive a 3 origines (67) (63) : la **densification de l'activité** déclenchée par l'accumulation et la diversité de tâches et sollicitations ; une intensification de l'activité lorsque le nouveau dispositif réclame des **compétences nouvelles** ou différentes de celles déployées jusqu'alors ; et une **sollicitation insuffisante des compétences des salariés**. Par ailleurs, l'acceptation relève de la **satisfaction que l'individu tire de sa relation au dispositif** et dépend du confort ou de l'inconfort que procure cette interaction (=charge affective) (63).*

Dans l'étude REGESA, l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, mais cela peut être au dépend des médecins régulateurs. En effet, les outils apportés par le projet peuvent

majorer les contraintes de travail des médecins régulateurs du fait d'une **densification de l'activité**, par exemple lorsqu'un médecin doit répondre à 10 appels pendant que le second régulateur se charge d'une personne à réguler via la Hotline, car cet unique appel est chronophage. Par ailleurs les médecins doivent solliciter des **compétences nouvelles dans l'interdisciplinarité** par exemple s'accorder avec un médecin gériatre sur une prise en charge. Enfin les compétences du médecin régulateur dans l'évaluation d'une personne âgée sont possiblement remises en cause par ces nouveaux outils, avec **une sollicitation moindre de leurs compétences dans la discipline gériatrique**, puisqu'il y a une certaine délégation des choses, par exemple dans le cadre de la Hotline.

- Dimensions inter et méta individuelles (63)

*L'acceptation dépend aussi de la manière dont **les relations interpersonnelles au travail peuvent être affectées par les nouvelles technologies** ; et notamment la façon dont les collectifs et les réseaux de travail peuvent être reconfigurés.*

Dans le projet REGESA, l'intégration de ces nouveaux outils impliquent la coordination avec des médecins qui ne font pas partie de l'équipe du SAMU, ils doivent communiquer et s'accorder avec des personnes qu'ils connaissent a priori peu et cela implique une **nouvelle configuration de travail** et des **relations interpersonnelles différentes**.

*La dimension méta individuelle renvoie par ailleurs à la manière dont les organisations, via certaines technologies, cherchent à **modifier le système de contrôle et d'autonomie des salariés et à la façon dont ces derniers réagissent**.*

Dans notre étude certains médecins régulateurs évoquent la possibilité d'être jugés sur l'utilisation ou non des différents outils apportés par le projet REGESA. En effet, les appels au centre 15 sont enregistrés pour permettre notamment un rétro contrôle dans une démarche qualitative. Ce facteur supplémentaire de surveillance est peut être mal perçu par les médecins régulateurs.

- Dimension trans et impersonnelle (63)

*Deux processus sont potentiellement à l'origine d'un effritement de la reconnaissance identitaire (= comment l'individu se reconnaît dans son travail) : **la perte de sens au travail associée à l'impossibilité d'exercer son « art » ou son activité et la déqualification professionnelle**.*(63)

Là encore l'utilisation des nouveaux outils peut donner le sentiment aux médecins d'une certaine dévalorisation de leurs compétences, ce qui peut limiter leur acceptation.

*L'acceptation repose enfin sur la **confiance** que l'utilisateur accorde au dispositif en situation : **quelle est la qualité, la fiabilité et la pertinence des informations, des connaissances délivrées par le système technologique.** (63)*

Dans notre étude les médecins rapportent un manque de fiabilité des outils, notamment au niveau de la Hotline puisqu'ils appellent un médecin gériatre mais qu'ils ont parfois d'autres intervenants en face. Par ailleurs MR06 exprime une inquiétude concernant EASILY, en ce sens que cet outil pourrait être préjudiciable pour les médecins s'ils prennent une décision sans avoir pu lire tout le dossier.

L'ensemble de ces déterminants est un élément de réponse quant au manque d'acceptation des outils proposés dans le cadre du projet REGESA par les médecins régulateurs.

b. Mécanismes de défense

Ce nouveau projet, dans son ensemble est un élément nouveau dans le quotidien des médecins qui sont amenés à modifier leur pratique et à utiliser les outils proposés. Ce changement peut être perturbant et chaque personne réagit avec ses **ressources personnelles** pour s'adapter à ce changement. On a notamment pu constater des mécanismes de défense au cours des entretiens.

Les mécanismes de défense sont, selon la définition de IONESCU (1997)(68), des processus psychiques inconscients qui visent à **réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers** réels ou imaginaires, en remaniant la réalité interne et/ou externe et dont les manifestations, comportements, idées ou affects peuvent être inconscients ou conscients. Un mécanisme de défense est, selon la définition de GREBOT et PATY (69), rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intra psychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de **maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.**

Nous relevons plusieurs mécanismes de défense dans notre étude, nous avons choisi pour les définir l'approche de Perry à travers son Echelle d'évaluation des mécanismes de défenses (*Defense Mechanisms Rating Scales, DMRS*), qui est actuellement l'instrument le plus utilisé et le plus reconnu dans le domaine de l'étude empirique des mécanismes de défense.(68)

- **L'introspection**, qui se traduit dans les entretiens par une remise en question, avec parfois une dévalorisation ou une culpabilisation à la clé.

Perry définit ce mécanisme comme une interrogation sur ses propres pensées, sentiments, motivations ou comportement.(70)

- **La répression**, en ce sens que les médecins se concentrent sur leur objectif et doivent parfois réprimer certains accès d'énervement.

Elle est définie comme un évitement délibéré et temporaire de penser aux problèmes, souhaits, sentiments ou expériences gênants. Cette mise de côté du problème ne le fait pas oublier pour autant mais permet au sujet de s'engager dans des activités plus importantes.(70)

- **La projection**. Certains médecins expliquent que les contraintes extérieures de la régulation dans le contexte socio-économique actuel sont trop lourdes à gérer, de ce fait il ressort parfois dans le discours des interviewés de la résignation voir un certain fatalisme.

Selon PERRY cela correspond à une attribution à tort à autrui ses propres sentiments, pulsions ou pensées inacceptables. (70)

- **L'humour**. Les médecins utilisent l'humour comme moyen de défense, la dérision pour mettre le problème à distance.

Ce mécanisme de défense consiste à utiliser les aspects amusants ou ironiques du problème pour minimiser les tensions provoquées par ce problème. Comprend souvent une part d'autocritique ou de vérité. (70)

- **La rationalisation**. Dans certains entretiens, dans certains propos rapportés, on peut supposer que la vision des choses est parfois schématique ou simplifiée par rapport à la réalité, à ce qui se passe dans les faits.

Cela renvoie à une dissimulation des motivations réelles de ses propres pensées, actes ou sentiments derrière des explications rassurantes ou complaisantes, mais erronées. (70)

- **L'agressivité passive**, qui se traduit par des éléments verbaux de colère, exprimée de manière différée.

Elle est définie selon Perry par la réaction d'un individu qui exprime indirectement une agressivité envers les autres. Une façade de conciliation masque une résistance cachée aux autres. Il y a décharge de sentiments hostiles ou vindicatifs d'une manière indirecte. La satisfaction des besoins est retardée. (70) (71)

c. Souffrance au travail

L'abord du ressenti des médecins régulateurs face à ce nouveau projet, a permis d'évoquer leur **quotidien au travail**. Ils rapportaient des **difficultés** dans ce cadre, notamment liées à une charge de

travail importante, qui tend à augmenter. Ils doivent répondre rapidement, trouver une réponse adaptée, en prenant en compte les **contraintes** socio-économiques actuelles. Ils ont abordé la notion de **responsabilité**, la responsabilité de prendre la bonne décision, avec peu de temps et peu d'informations fiables, et d'une tendance générale de plus en plus procédurière qui majore le poids de cette responsabilité. Ils ont parlé de la difficulté à envoyer les personnes âgées aux urgences, sachant que ce n'est pas un endroit adapté pour eux et de **l'insatisfaction** qui en découle parfois.

L'étude révèle, à travers l'expression de ces ressentis et des mécanismes de défense évoqués plus haut une certaine **souffrance au travail**.

En psychopathologie du travail, la souffrance désigne, selon la définition de DEJOURS C., (72) le vécu particulier, résultant d'une situation spécifique liée à la **contrainte organisationnelle**. Dans l'étude de SALMAN S., la notion de souffrance au travail est utilisée pour qualifier les **effets subjectivement négatifs du travail** sur les individus. (73) L'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT) l'a définie comme « une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les **contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise**, souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques ; la conviction que le niveau atteint de dégradation **ne peut plus évoluer positivement** marque l'entrée dans la souffrance ». (74)

La souffrance psychologique est devenue un motif fréquent de consultation ces dernières années. En effet, le rapport de 2016 du Ministère du Travail sur les conditions de travail et la santé au travail établit que **la deuxième affection** la plus fréquemment signalée par les médecins du travail dans les maladies à caractère professionnel est la souffrance psychique. (75) La santé mentale des **médecins** fait par ailleurs l'objet d'un nombre croissant de recherches indiquant que, par rapport à la population générale, ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au **stress, d'anxiété et/ou de dépression**. (76) (77)

Dans l'étude de HIRIGOYEN M-F. sur la souffrance au travail et les pathologies émergentes, (78) une grande partie des salariés disent que ce qui est le plus dur pour eux, c'est de ne pas disposer des **moyens** de faire un **travail de qualité**. C'est une notion que l'on retrouvait dans les entretiens des médecins régulateurs. L'enquête PRESST-NEXT sur la santé des soignants européens a par ailleurs montré le lien entre **l'insatisfaction de la qualité des soins, l'insuffisance de qualité du travail d'équipe, l'épuisement professionnel** et **l'intention d'abandonner la profession**. (79) (80)

La prévention des risques psycho sociaux est un enjeu pour les services de santé au travail. Cette prévention passe par une approche individuelle en systématisant les **visites préventives** des soignants et une approche collective avec l'analyse collective de la situation, des mécanismes

organisationnels qui posent problème et la façon de les améliorer. Les moyens humains sont néanmoins souvent insuffisants.(81)

Les contraintes quotidiennes rapportées par les médecins régulateurs étaient préexistantes au projet REGESA, celui-ci a permis néanmoins de les mettre en lumière.

3. Interdisciplinarité

a. L'interdisciplinarité au cœur du projet REGESA

L'interdisciplinarité recouvre une grande diversité de pratiques et n'a pas de définition fixe dans la littérature, mais les auteurs insistent sur les dimensions d'*interaction* et d'*intégration* de différents savoirs disciplinaires qu'elle recouvre. (82) Selon Mitchell (2005), la démarche interdisciplinaire consiste à *regrouper* des chercheurs *travaillant ensemble*, chacun à partir de *leur base disciplinaire* pour résoudre un *problème commun*. (83) L'interdisciplinarité est reconnue comme *nécessaire* pour résoudre les *questions globales et complexes* notamment en santé publique.(84) La problématique de la *prise en charge des personnes âgées* est notamment un *champ pertinent* pour développer cette interdisciplinarité. (85)

L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité sont des facteurs d'amélioration de la *qualité de la prise en charge* des patients (86) mais aussi probablement de la réduction du *coût* de celle-ci, in fine. Le projet REGESA est né de ces constats. La collaboration entre gériatres, médecins régulateurs et médecins de santé publique a permis de développer des outils mais aussi d'enrichir les compétences de chacun, la connaissance des autres disciplines et de créer des liens entre les acteurs de ces disciplines.

b. La régulation et la gériatrie : deux disciplines transversales

Le travail en régulation fait appel à *différents intervenants*, aussi bien des spécialités médicales, chirurgicales, que des paramédicaux et des intervenants extérieurs. Le médecin régulateur a aussi un rôle de *coordination* de ces différents intervenants afin d'obtenir une prise en charge adéquate et adaptée au patient.

Sur le même modèle la gériatrie est une discipline transversale également. Le gériatre évalue le patient dans sa globalité, fait appel à *diverses disciplines* et joue un rôle de *coordinateur* pour obtenir une prise en charge adéquate.

c. Des compétences dans le travail d'équipe

Selon Lichtenberger, (87) « être compétent, c'est finalement trivialement savoir se débrouiller dans des situations critiques, confuses, emmêlées ou imprévues ».

Le projet REGESA a sollicité chez les médecins des compétences dans le travail d'équipe et dans l'interdisciplinarité car l'équipe au sens large du terme regroupait des médecins régulateurs, des médecins gériatres et des médecins de santé publique.

Comme le notent WEILL-FASSINA A. et BENCHEKROUN T. dans leur livre (2000) (88) , tout travail collectif n'implique pas de fait un collectif de travail. Le travail collectif correspond à la manière dont les opérateurs et les opératrices vont plus ou moins coopérer de manière **efficace** et **efficiente** dans une situation de travail. Il est donc défini en **lien avec la tâche** dans laquelle sont engagés les partenaires du travail collectif et renvoie à la **performance** dans l'atteinte des objectifs de cette tâche. Le travail collectif implique des processus de **répartition des tâches** et **d'échanges de savoirs**. POLICARD F. ajoute dans son étude(89) que le travail en équipe implique des actions coordonnées entre ses membres et il ne suffit pas de réunir des personnes expérimentées et compétentes. En somme, **une équipe d'experts n'est pas automatiquement une équipe**.

Comme le soulignent Mouchet et Al dans leur étude sur la collaboration en régulation médicale (2017) (90) la difficulté à former ce collectif de travail est accentuée quand celui-ci est **élargi** avec non seulement des membres de l'équipe du SAMU mais aussi des acteurs extérieurs qui sont associés au système de soins, donc des personnes aux compétences distinctes et représentant des métiers différents et par ailleurs quand ce collectif est **mobile dans sa composition** pour des raisons de couverture 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, comme c'est le cas au Samu.

Dans notre étude, une **bonne entente** était nécessaire pour un travail collaboratif de qualité mais aussi et surtout un **investissement personnel** important. D'abord pour ceux qui ont participé à l'élaboration du projet et aux réunions pendant plusieurs mois pour construire les outils, mais aussi pour ceux qui ont participé aux réunions d'information, de formations, qui avaient lieu le soir après leur travail. Tout au long de ce projet, des compétences telles que la **communication**, la **coordination** et la **compréhension du travail de l'autre** ont été particulièrement sollicitées.

Mucchielli développe le concept de travail d'équipe dans son livre de 1996, selon lui les conditions d'un travail d'équipe efficace sont notamment une **communication interpersonnelle facilitée**, **l'expression possible des tensions** et des désaccords, **l'entraide** en cas de difficulté d'un des membres, (...) **la connaissance des aptitudes, réactions, initiatives de tous par chacun**, **la division du travail** après élaboration en **commun d'objectifs** et **l'acceptation d'un modèle d'organisation** .(89) Caroly et Barcellini (2013) confirme ce modèle et insiste notamment sur la possibilité **d'élaboration par les opérateurs des règles de métier**, la **reconnaissance des compétences** de chacun, la possibilité d'instaurer une **confiance réciproque**. (91) De même, Arnoud et Falzon (2014) (92) mentionnent également, entre autres choses, l'émergence de **références** et d'une culture commune

et **une connaissance du travail de l'autre**. Mais ces deux auteurs (92) précisent aussi les obstacles au bon fonctionnement de l'activité collective conjointe, dont l'appartenance à des métiers différents qui engendrent des activités et pratiques diverses, ainsi que la coopération souvent distribuée dans l'espace et dans le temps.

d. Difficultés et enjeux de l'interdisciplinarité

Comme le souligne FREUD S. dans son œuvre « Malaise dans la civilisation » paru en 1929, « *la vie en commun des hommes ne devient possible que lorsqu'une pluralité parvient à se réunir en un ensemble plus puissant que chaque individu particulier et tient ensemble face à tout individu singulier* ».

On constate dans notre étude des difficultés dans la collaboration entre les différentes disciplines, que l'on peut lier en partie à un défaut de **communication**, une **organisation** peu claire pour les différentes parties avec des ambiguïtés au niveau des **responsabilités** de chacun, mais aussi à des différences de **priorités** et **structurelle** au sein des différents services, notion qui est retrouvée dans la littérature.

L'étude de Coster et Al, (93) note par exemple que les obstacles les plus souvent cités à l'encontre d'un travail interprofessionnel sont les **rôles et responsabilités ambigus** des membres de l'équipe, les conflits de pouvoir entre différents professionnels liés aux différences de culture, de philosophie ou d'exigences de formation. Les **différences de priorités** et d'agenda, ainsi que les **différences structurelles** au sein des organisations médicales ou sociales, peuvent également interférer avec une bonne collaboration interprofessionnelle. (93)

Une étude Suisse datant de 2000 (94) sur la mise en place d'un système d'orientation à l'accueil des urgences associant médecins et infirmières avec un programme de formation conjoint pour les médecins et les infirmières montrait **que dans un premier temps, une forte résistance** s'était manifestée, principalement de la part des médecins. Un participant, ancien médecin urgentiste, s'était par exemple écrié : « Comment une infirmière peut-elle m'enseigner la réanimation cardio-pulmonaire ? ». Les infirmières, quant à elles, craignaient de s'exprimer et de poser des questions en présence des médecins.

On peut extrapoler ce type de réactions aux disciplines médicales entre elles. Dans notre étude par exemple on constatait un certain agacement de la part des médecins régulateurs parce qu'ils considéraient que le projet avait été initié par des médecins gériatres, probablement du fait d'un défaut de communication. Cela montre **une certaine tension lors des échanges inter disciplinaires**.

Une **piste d'amélioration** de ces collaborations proposée dans l'étude d'Arnoud et Falzon (2014) sur la collaboration au SAMU serait l'organisation d'une **pratique réflexive au travail**, sur l'activité conjointe, pour aider à la construction d'un **collectif transverse**. L'objectif serait d'organiser un **débriefing** en associant les **différents métiers**, à propos de moments de régulation vécus ensemble ou au moins en même temps. Cela favoriserait le **partage d'expériences, la mutualisation des savoirs et le développement des compétences**. (90) Cette réflexion, basée sur le modèle des Revues de morbi-mortalité en hospitalier ou des groupes de pairs en libéral aurait pour objectif non pas de désigner un coupable mais bien de **développer des apprentissages** dans la pratique au quotidien. Cette proposition est néanmoins limitée dans le cadre d'une collaboration entre la gériatrie et la régulation du fait d'emplois du temps déjà bien chargés.

MORIN E. notait déjà en 1999 « *De manière générale, que l'on se place dans les sciences sociales, les sciences humaines, la biologie, les sciences de la nature ou les sciences physico-mathématiques, on constate que la machine institutionnelle, elle, reste essentiellement organisée en universités disciplinaires ; il n'existe pas de faculté d'écologie ou du cosmos, et aucune « faculté de l'être humain » : l'homme biologique est étudié en biologie et l'homme psychique en psychologie... (...) Les savoirs spécialisés ne communiquent que très insuffisamment entre eux, chacun restant enfermé dans son propre langage.* » (95)

L'**enjeu** de l'interdisciplinarité, comme le souligne HATANO-CHALVIDAN M. dans son étude de 2016,(96) du point de vue des institutions relève bien d'une injonction à **décloisonner les pratiques spécialisées de recherche**. L'expertise disciplinaire et professionnelle ne suffit plus à l'efficacité de l'action, elle s'accompagne dans un contexte qui tend vers plus de coordination et de collaboration, d'une nécessaire conscience d'appartenir à un collectif de travail. Cela pose ainsi, à nouveau, la question du développement inégalement reconnu **de compétences transversales** visant la réussite d'action collective ou individuelle.

e. Des bonnes relations confraternelles indispensables

La confraternité, en toutes circonstances, avec tous les soignants quels qu'ils soient, est :

- Obligatoire du point de vue de la loi. Selon l'article 56 du code de déontologie de la santé publique, les médecins doivent entretenir entre eux des **rapports de bonne confraternité**. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.
- Nécessaire :
 - **Pour les patients** car elle participe à la qualité des soins et au bon développement de la confiance (97) du patient en son médecin.

- **Pour les médecins** car elle permet de développer un réseau de qualité et des relations apaisées avec les autres soignants, ce qui constitue un facteur protecteur de stress et du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. (98) (99) (100) (101)

Dans la revue de bioéthique de 2016, Pougnet (72) extrapole la vision de Martin Buber concernant les relations entre les hommes à la relation confraternelle. Il semble que si le médecin veut avoir une relation Je-Tu avec son patient, alors il lui faut passer par une relation Je-Tu avec toutes les autres personnes du soin, car la relation Je-Tu est plus une disposition de chacun envers autrui, ce n'est pas qu'un acte accompli envers une seule personne. Ainsi est-il courant de voir des patients être choqués par la manière dont un médecin traite un de ses collaborateurs. Au fond, se disent-ils, si le docteur traite ainsi telle personne, pourquoi me traiterait-il autrement ?

4. Professionnalisme et pistes d'amélioration

On notait au cours de cette étude le professionnalisme des médecins interrogés, avec une envie de bien faire, une remise en question de leur travail au quotidien, une persévérance dans l'utilisation des nouveaux outils, et des propositions nombreuses pour améliorer ceux-ci. Les axes d'amélioration étaient au niveau de la formation, la communication, l'ergonomie des outils, et la mise en place d'un régulateur gériatrique.

a. Des ajustements dans la forme

Cette étude a mis en évidence un accueil mitigé du projet, notamment au début, parce qu'ils avaient le sentiment que des médecins gériatres seuls étaient à l'origine de l'idée de ce projet. Celui-ci a pourtant été développé par une équipe pluridisciplinaire. Un travail sur la communication, sur le dialogue entre médecins, peut-être en faisant appel à une **psychologue, à des spécialistes de la pédagogie et du management** auraient été utiles.

b. La formation et les besoins de formation des professionnels

Un **complément de formation** dans la discipline du confrère était une piste d'amélioration retrouvée dans les entretiens de notre étude. Une formation de ce type pourrait permettre de mieux appréhender **le quotidien du confrère**.

Cette formation peut être utile dans les deux sens :

- Pour pouvoir évaluer les personnes âgées de manière plus appropriée du côté des médecins régulateurs,
- Pour pouvoir réceptionner les appels plus sereinement du point de vue des gériatres. Le gériatre de la Hotline lorsqu'il se trouve confronté à un appelant transféré par les régulateurs

peut rencontrer une situation nouvelle de par la labilité du tableau clinique de ce type de patient dans le temps. Ceci peut générer des angoisses du point de vue des gériatres qui sont peu formés à la régulation et constituer un frein à la collaboration. Par ailleurs cela soulève la question de la responsabilité professionnelle sur le plan juridique.

Dans une enquête de 2006 qui présentait une évaluation d'un réseau de soins palliatifs de prise en charge au domicile on constatait que plus de 80% des soignants étaient en demande d'une formation concernant ce domaine.(102)

c. Le dossier informatique des Hospices civils de Lyon, EASILY

Les médecins régulateurs rapportaient que l'accès aux antécédents et dernières hospitalisations était très **utile** à leur pratique et qu'ils l'utilisaient pour des patients de tous âges. Ils soulignaient néanmoins que la **quantité importante** d'informations contenue dans le dossier médical des patients rendait l'outil peu adapté à la pratique de la régulation de par l'aspect chronophage. Par ailleurs ils notaient un manque de **praticité**, du fait de la nécessité de mettre des codes à plusieurs reprises et de justifier son accès au dossier (dispositif « bris de glace »).

Dans l'article de GIROUD M à propos de l'accès du médecin régulateur au dossier médical commun du patient, il est entendu qu'un accès facilité aux informations de santé du patient, grâce au dossier médical partagé (DMP) contribuera encore à **améliorer l'analyse de la demande de soins et la décision médicale**. Le texte de loi du 30 janvier 2007 (CSS Article L. 161-36-2-2) stipule : « *Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au DMP de celle-ci.* » Le régulateur doit passer un barrage au moment de la recherche informatique, une disposition, **dite du « bris de glace »**, prévue pour toute utilisation exceptionnelle, mais elle s'applique mal à un usage régulier par le médecin régulateur. Le médecin régulateur doit au moment de ce barrage, justifier de sa recherche, et celle-ci est tracée, ceci est **chronophage**, mais **difficilement contournable** malheureusement. (103)

On peut imaginer qu'avec une simplification de l'outil informatique et un entraînement répété à l'usage de celui-ci les contraintes seraient moins importantes.

d. La Hotline gériatrique

L'accès à la Hotline gériatrique était jugé **utile et très intéressant** par les médecins régulateurs, avec une plus-value pour leur pratique quotidienne. Ils rapportaient toutefois que les médecins contactés via la Hotline n'étaient pas toujours au courant qu'ils pouvaient réceptionner des appels venant

directement du centre de régulation. Ils notaient aussi être parfois en ligne directe avec d'autres intervenants que des médecins gériatres, notamment des secrétaires. Ces deux points tendent à **allonger la durée de l'appel**, du fait de la nécessité de répéter les informations et de **se justifier plus longuement**.

L'étude ELUDAT G de 2015 (104) rapporte que les médecins non hospitaliers gagnent à disposer de correspondants hospitaliers participant directement à l'évaluation de la personne âgée. Ils peuvent en cas de nécessité élaborer ensemble leur parcours de soins à l'hôpital et **éviter le service des urgences**. La mise en place d'une permanence téléphonique de jour peut faciliter cet échange. Depuis la création de la Hotline de Lyon EST, le nombre de situations gérées par l'intermédiaire de la ligne d'appel directe n'a cessé d'augmenter **objectivant l'intérêt des médecins de ville pour cette interface téléphonique entre la ville et l'hôpital**.

Une formation complémentaire des médecins régulateurs et une information supplémentaire à toutes les Hotlines gériatriques lyonnaises pourraient aider son utilisation.

Les médecins régulateurs notaient aussi le manque de praticité de l'outil, notamment parce que toutes les localités ne sont pas associées à une Hotline. Dans un cas où cela se passe bien, un patient habitant dans le quartier de Montplaisir sera directement associé au numéro de la Hotline de Lyon Est au niveau de l'outil informatique, ce qui facilite beaucoup la pratique des médecins. Dans le cas où le patient habite Tarare, il n'y a pas de Hotline associée.

e. La fleur d'orientation

Dans le cadre de la professionnalisation et de la protocolisation de la régulation des appels l'utilisation **d'outils d'aide à la régulation (score, algorithme décisionnel...)** a montré une réduction des décisions inappropriées et une **amélioration de l'appréciation** de la gravité des appels (56).

De nombreuses **grilles d'évaluation gériatriques** ont été élaborées pour évaluer la **fragilité** des personnes âgées, à l'intention des **médecins traitants** (échelle GFST), des **professionnels intervenant au domicile** des patients (aides-soignants, infirmiers) (échelle FRAGIRE, SEGA A).(105) Des **scores courts, faciles et efficaces** ont également été validés aux **urgences** pour diagnostiquer la **confusion** (Confusion Assessment Method [CAM]) (106) et le **déclin cognitif** (SixItem Screener [SIS]) (107). L'intérêt de ces scores dans le contexte de l'urgence réside d'abord dans leur effet sensibilisant à la pathologie et sont des **facteurs pronostiques importants**. Par ailleurs le **score ISAR** est un outil validé et efficace pour détecter (s'il est ≤ 2) les **patients à risque de retour aux urgences**, d'hospitalisation, d'institutionnalisation, de décès et de déclin fonctionnel à quatre et six mois. (108)

Tous ces outils sont néanmoins peu adaptés à la pratique de la régulation de par leur aspect **chronophage**.

Au cours du projet REGESA, les différents acteurs ont longuement collaboré en vue de développer un outil simple de type **algorithme** qui permettrait de faciliter la régulation mais **l'éventail de possibilités est majeur** et il s'est avéré compliqué de produire un outil de régulation binaire.

La fleur d'orientation a reçu un accueil mitigé de la part des médecins régulateurs, de par son manque de simplicité et de praticité.

Comme le souligne GARDENT H. dans son étude de 2001, (109) on constate souvent une **résistance** à l'utilisation d'instruments d'évaluation au motif qu'ils sont réducteurs. L'expertise clinique alliée à la conscience professionnelle garantissent probablement une meilleure évaluation d'une situation individuelle compliquée, mais dans notre système actuel, il est nécessaire d'assurer une transmission formalisée de l'information. **Bien construits, les outils de l'évaluation ont un rôle important à jouer comme moyen de communication entre les différents intervenants auprès de la personne âgée.**

f. Un régulateur gériatrique

Les médecins régulateurs souhaitaient la mise en place d'un **agent de régulation dédié aux personnes âgées**. Cet agent, qui pourrait être un infirmier, un médecin formé à la régulation et à la gériatrie, qui connaîtrait les réseaux gérontologiques et les différents acteurs de ces réseaux, et qui serait présent au centre de régulation du centre 15, ce qui permettrait aux médecins régulateurs de communiquer directement avec lui. Il gérerait les appels de personnes de plus de 75 ans, pour qui l'urgence a été écartée préalablement, mais qui nécessitent une évaluation plus approfondie.

g. L'après REGESA

Les médecins régulateurs qui ont participé à l'élaboration du projet et des outils notaient dans les entretiens qu'ils avaient beaucoup **apprécié** toute cette phase de développement et d'échanges, que cela avait été **très intéressant et enrichissant** pour leur pratique. On notait ensuite comme nous l'avons développé plus haut à travers les autres entretiens qu'ils y avaient des **difficultés** dans l'accueil et l'acceptation des nouveaux outils. Dans la littérature, on retrouve ce même constat(77) : la **phase d'élaboration des outils peut être très riche** quand elle réunit différents professionnels (l'équipe soignante d'un service, par exemple) car elle permet des **échanges interprofessionnels** et une **réflexion sur les pratiques**. L'instrument ainsi élaboré constituera un moyen de communication et un lien. Mais la **mise en pratique en routine est fréquemment décevante**, très souvent parce que les données recueillies ne sont pas analysées et même utilisées, ou bien utilisées de façon mécanique hors le champ de compétence des producteurs de ces données.

Un **retour sur l'impact du projet REGESA**, portant principalement sur le nombre de passage aux urgences évités pourrait permettre d'améliorer cette mise en pratique.

Comme le soulignaient les médecins régulateurs, le retour d'informations est particulièrement apprécié, notamment via les courriers de sortie des services de gériatrie, auquel le médecin régulateur est associé. Ce point permettra également de participer à la **pérennisation du projet**.

5. REGESA au cœur des nouvelles politiques de santé publique.

a. Le système de santé : une nouvelle entreprise ?

L'augmentation de la proportion de personnes en perte d'autonomie par rapport à la population totale(110) (111) prend une place croissante dans l'agenda des acteurs politiques. Comme le soulignent BIED M et METZGER JL dans leur étude de 2011 (112), l'effet de l'allongement général de la durée de vie, présenté comme d'origine sociodémographique, est surtout envisagé sous son **angle financier, l'accent étant mis sur la charge collective que représente le financement du souci pour les plus dépendants**. Dans ce cadre, il est constaté un mouvement **d'industrialisation du secteur médico-social**, de manière à standardiser la production de service, à accroître la productivité du travail et à en contrôler l'effectivité.(112)

b. Les protocoles de coopération

L'idée d'une coopération entre professionnels de santé est apparue d'abord à titre expérimental dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. (113) Et c'est la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite **loi HPST**, qui est venue consacrer un **nouveau chapitre du Code de la santé publique à la « coopération entre professionnels de santé »**. (114)

Comme l'explique GINON AS dans son article de 2011 (115), les **protocoles de coopération** ont pour objectif de permettre aux professionnels de santé de **formaliser entre eux** des processus nouveaux d'organisation de leur travail et ainsi leur permettre, selon les termes de l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique,(116) de « **s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient** ». Le protocole de coopération invite ainsi les professionnels de santé à porter une attention particulière à **l'organisation de leurs tâches et de leur travail** en leur permettant, s'ils constatent des besoins de santé ou identifient des problèmes, de **proposer eux-mêmes des solutions** d'organisations concrètes. Il s'agit ici de privilégier, **à l'image du modèle managérial**, l'action, les résultats et les réalités concrètes.(117)

Le protocole de coopération obéit également à un **impératif d'efficience**. Le modèle de protocole prévoit que les professionnels de santé déterminent « **leurs objectifs, le système d'information qu'ils utilisent, les ressources matérielles et techniques nécessaires ainsi que les gains cliniques attendus** ». Ils doivent à cette fin préciser s'il existe une possibilité de mesurer les gains cliniques. Dans l'affirmative, le protocole doit également évaluer l'acceptabilité de l'organisation de soin, l'impact organisationnel et l'impact économique.

Le projet REGESA est au cœur de cette nouvelle politique de santé publique, même si ce n'est pas un protocole de coopération en tant que tel car non financé par l'ARS mais par le ministère de la Santé (PREPS). Il était à l'initiative des *médecins*, avec un double objectif, celui d'améliorer la **qualité des soins**, et de diminuer les **coûts de prise en charge**. Dans ce cadre, les médecins ont **développé cette collaboration**, et travaillé ensemble pour développer les outils. Parallèlement l'objectif était de **déterminer l'efficacité** de ce projet, c'est-à-dire principalement l'efficacité sur la diminution de l'orientation directe des personnes âgées vers les services d'accueil d'urgences. Cela associait **l'évaluation de l'impact** de la mise en place de ce projet, de la **faisabilité et de l'acceptabilité** du projet, mais aussi du **coût** de celui-ci.

Comme le souligne GINON AS (115), à l'heure où le modèle managérial est fortement remis en cause dans les entreprises qui l'ont mis en place dès les années 1980 (118), on peut s'interroger sur la **pertinence de sa diffusion dans une organisation aussi sensible que la santé**.

c. REGESA : Les limites du système de santé

Un **investissement important** de la part des médecins gériatres, régulateurs et de santé publique a été nécessaire pour construire ce projet. Cette collaboration a permis de **créer des liens** entre les services de gériatrie et de régulation. Le professionnalisme, la bonne volonté et la motivation des acteurs aussi bien du service de gériatrie, de santé publique, que de régulation ont permis de développer des outils intéressants, innovants, au service des patients et de développer des bonnes relations interdisciplinaires. Nous avons constaté néanmoins des difficultés tout au long de notre étude, avec des propositions pour y remédier, mais finalement peu de solutions applicables et ce principalement à cause d'un **manque de moyens**. L'interdisciplinarité à moyens constants majore les contraintes de travail des deux côtés, médecins régulateurs comme gériatres. Pour tester les outils dans des conditions acceptables, il est nécessaire d'accéder à des moyens financiers et cela passe par un engagement de la structure hospitalière et de l'Etat. Ces moyens financiers permettraient d'accéder aux moyens matériels et humains nécessaires au bon développement et à la pérennisation du projet REGESA.

i. Des moyens organisationnels et matériels

Une adaptation des outils informatiques pour les rendre plus pratique et facile d'utilisation, notamment au niveau de l'accès à la Hotline et à EASILY.

Un complément de formation des différents acteurs pourrait être utile, comme nous l'avons vu précédemment.

ii. Des moyens humains

La mise en place d'un agent de régulation gériatrique pourrait être une vraie plus-value au quotidien, pour les patients et les médecins associés.

CONCLUSIONS

L'amélioration des conditions de prise en charge des personnes âgées via le centre 15 est un enjeu de taille :

- Pour **les patients âgés** pour qui l'impact négatif d'un passage aux urgences est important
- Pour **les médecins** qui sont acteurs de cette prise en charge, régulateurs comme gériatres pour qui le passage inapproprié d'un patient âgé aux urgences est vécu difficilement.
- Pour la **santé publique** de par le coût de ces prises en charge inadaptées

C'est dans cette **démarche qualité** et d'amélioration des pratiques professionnelles qu'est né le projet REGESA. L'objectif principal de ce projet était d'estimer l'efficacité d'une intervention composée de la formation des médecins régulateurs libéraux du SAMU-centre 15 et de la mise à leur disposition d'outils spécifiques pour la régulation gériatrique, en cohérence avec les filières gérontologiques, sur la diminution de l'orientation directe des personnes âgées vers les services d'accueil d'urgences. Une **collaboration** de plusieurs mois entre médecins gériatres, médecins de santé publique et médecins régulateurs a donné naissance à trois outils d'aide à la régulation des personnes âgées : une *fleur d'orientation*, regroupant les différents éléments psycho sociaux nécessaires à l'évaluation de la personne âgée ; l'accès des médecins régulateurs au *dossier informatique des patients* des Hospices civils de Lyon : EASILY ; et l'accès téléphonique direct des médecins régulateurs à la *Hotline gériatrique* Lyonnaise.

Notre objectif était d'étudier l'**accueil** du projet REGESA du point de vue des médecins régulateur à qui s'adressait ce projet, c'est à dire leurs **ressentis** face à ces nouveaux outils, à cette collaboration, et à la mise en place de ce nouveau projet.

Il ressortait principalement dans notre étude au travers des entretiens des différents médecins régulateurs **l'incompatibilité temporelle** des deux disciplines : gériatrie et régulation. L'évaluation gériatrique nécessite un **temps important** de par les spécificités du patient âgé et les nombreux éléments à recueillir pour aboutir à un diagnostic et à une prise en charge adéquate. A contrario la prise en charge en régulation est bornée par une **contrainte de temps** de par la nécessité d'apporter une réponse rapide à tous les appelants, ceci avec une affluence d'appels très importante qui tend à augmenter. Cette nécessité de rapidité est notamment justifiée par les cas où comme le rapportaient certains régulateurs, le degré d'urgence a préalablement été sous évalué au moment du tri, le risque est dans ce cas une **perte de chance** pour le patient. Le médecin régulateur doit donc aboutir au **juste soin**, c'est-à-dire prendre la décision la plus adaptée à ce moment-là, pour ce patient, avec les

moyens disponibles, en limitant au maximum son temps de régulation, afin d'aboutir à une efficacité optimale.

Malgré cette différence, on note que ces deux disciplines se ressemblent par leur aspect **interdisciplinaire et de coordination**. En effet, le médecin régulateur comme le médecin gériatre, dans sa pratique quotidienne, puise ses ressources notamment dans les autres disciplines pour aboutir à une prise en charge adaptée.

L'interdisciplinarité, c'est à dire le fait de faire travailler ensemble différentes disciplines dans un même but, est à la base du projet REGESA. On note dans notre étude que ce projet a mobilisé des **compétences** chez les médecins régulateurs, telles que la communication, la compréhension du travail de l'autre et la capacité à se mettre à la place de l'autre. Les médecins régulateurs rapportaient avoir beaucoup apprécié cette collaboration, cela a enrichi leur pratique, développé leur réseau, affiné leur prise en charge. Ces changements au niveau organisationnel, structurel, logistique et relationnel ont néanmoins pu être **perturbants** pour les médecins régulateurs, comme on a pu le constater dans notre étude.

L'abord de ce sujet avec les médecins régulateurs a par ailleurs permis d'évoquer avec eux leur quotidien en régulation et d'entrevoir un certain degré de **souffrance au travail**. Ils rapportaient des contraintes dans leur travail qui se majorent du fait de l'augmentation du nombre d'appels mais aussi des prises en charge mal adaptées et de l'insatisfaction qui en découlait parfois. Plusieurs **mécanismes de défense** semblaient apparaître au fil des entretiens peut-être en lien, entre autres, avec ces contraintes de travail importantes. Une **prévention** accrue à ce niveau, via la médecine du travail, pourrait être une piste d'amélioration.

On notait un réel souci de bien faire de la part des médecins régulateurs, sensibles à ce sujet, et enthousiasmés par l'idée du projet. On constatait par ailleurs un vrai **professionnalisme** de leur part, avec une envie d'améliorer les choses et des **propositions** d'évolution nombreuses.

Après plusieurs mois de mise en place des outils, malgré l'implication majeure des médecins ayant monté le projet et de ceux utilisant les outils élaborés, il persiste des **limites** au bon développement de ce projet, qui semblent difficiles à résoudre dans l'état actuel des choses.

L'interdisciplinarité est un réel bénéfice pour la prise en charge des patients et est appréciée par les médecins, acteurs de la collaboration. Mais à moyens constants elle semble aussi **augmenter les contraintes** de travail des médecins, régulateurs comme gériatres, ce qui rend le bon déroulement du projet et surtout sa pérennisation, difficiles.

L'avenir de REGESA passe par des **moyens financiers et humains**, et par un **engagement** de la structure hospitalière et de l'Etat, sans quoi on ne pourra pas **évaluer son l'impact réel**, ni le **pérenniser**.

La principale piste d'amélioration réside dans la mise en place d'un **agent de régulation gériatrique**, qui serait sur place au centre de réception des appels, et qui pourrait prendre en charge les appels des patients âgés pour qui l'urgence a été écartée mais qui nécessitent une évaluation plus approfondie pour améliorer leur orientation.

Un travail au niveau de la **communication** sur le projet auprès des différentes Hotlines gériatriques, du **retour d'informations** auprès des médecins régulateurs et de la **praticité des outils** semble par ailleurs indispensable.

Enfin, il serait intéressant et utile d'explorer le **ressenti des médecins gériatres** qui sont au cœur de ce projet également et en contact direct avec les médecins régulateurs, afin d'affiner au mieux les outils et les échanges entre les disciplines.

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par sexe et groupe d'âges en 2017 | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
2. Projections de population à l'horizon 2060 | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
3. Rapport HHCAM 2010 "vieillesse, longévité et assurance maladie". Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_220410.pdf
4. Netgen. Personnes âgées aux urgences : défis actuels et futurs. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-350/Personnes-agees-aux-urgences-defis-actuels-et-futurs>
5. Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf
6. Baumbusch J, Shaw M. Geriatric emergency nurses : addressing the needs of an aging population. J Emerg Nurs JEN Off Publ Emerg Dep Nurses Assoc. juill 2011;37(4):321-327; quiz 426.
7. Kihlgren AL, Nilsson M, Sørli V. Caring for older patients at an emergency department -- emergency nurses' reasoning. J Clin Nurs. mai 2005;14(5):601-8.
8. livre-blanc-sudf-151015.pdf. Disponible sur: <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
9. Giroud M. Régulation médicale en médecine d'urgence. 18 sept 2014 Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/924299/resultatrecherche/1>
10. Jomard N, Vincent M-A, Schott-Pethelaz A-M, Comte B. Trajectoire et profil gériatrique des patients âgés de 75 ans et plus appelant le SAMU-centre 15: étude rétrospective de 692 appels à la régulation médicale du SAMU 69 et analyse des patients envoyés aux urgences. [S.l.]: s.n.; 2013.
11. Régulation et sujets très âgés - Regulation_et_sujets_tres_ages.pdf. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Regulation_et_sujets_tres_ages.pdf
12. Johanna Higginson. Caractéristiques des appels au SAMU-Centre 15 selon l'âge : une étude rétrospective au Centre de Réception et Régulation des appels de Bordeaux du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01389592>
13. Amandine Benard. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2012. <dumas-00770643>
14. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
15. OMS | Santé mentale et vieillissement [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
16. Jeandel C, Pfitzenmeyer P, Vigouroux P. Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir - Rapports publics - La Documentation française

17. Guiot D. Antecedents of subjective age biases among senior women. *Psychol Mark*. 1 oct 2001;18(10):1049-71.
18. Fortin M, Maltais D, Hudon C, Lapointe L, Ntetu AL. [Access to health care: perceptions of patients with multiple chronic conditions]. *Can Fam Physician Med Fam Can*. nov 2005;51:1502-3.
19. Nourhashémi F, Andrieu S, Sastres N, Ducassé JL, Lauque D, Sinclair AJ, et al. Descriptive analysis of emergency hospital admissions of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. mars 2001;15(1):21-5.
20. Haute Autorité de Santé - Patient âgé polypathologique : une fiche pour guider la prise en charge. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2565827/fr/patient-age-polypathologique-une-fiche-pour-guider-la-prise-en-charge
21. note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
22. Bouchon JP : 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat* 1984 ; 34 : 888-92.
23. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
24. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet Lond Engl*. 2 mars 2013;381(9868):752-62.
25. annexe_methodologique__fragilite__vf.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodologique__fragilite__vf.pdf
26. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313501>
27. Duquesne F. Vulnérabilité de la personne âgée. SFMU 2011. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf
28. Buckinx F, Rolland Y, Reginster J-Y, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique*. 2015;73(1):19.
29. Bérard A. L'évolution de la politique de santé face à l'enjeu du vieillissement de la population. *Vie Soc*. 26 sept 2016;n° 15(3):131-47.
30. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé; Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
31. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>

32. Derame G, Kouri DE, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences. 29 févr 2008 ; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/101840/resultatrecherche/1>
33. Passage inapproprié des personnes âgées aux urgences médicales d'un établissement hospitalier universitaire : une enquête prospective. | Base documentaire | BDSP. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/392055/>
34. Fouquet A, Tregcoat JJ, Sitruk P. Impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. rapport IGAS 2011. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>
35. Plan solidarité grand âge. 2006. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
36. 69 - Etat des lieux PA.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/69%20-%20Etat%20des%20lieux%20PA.pdf>
37. Rapport d'activité de 2016, Equipe mobile de gériatrie intra et extra- hospitalière, hotline de gériatrie.
38. Kim B-A, Castel - Kremer E, Azzaoui - Cuzon S, Ricanet - Delannoy A, Moyenin Y, Comte B. ligne téléphonique médecin de ville - gériatre : proposition d'une charte de fonctionnement.
39. livre-blanc-sudf-151015.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
40. Braun F, Berthier F. Les interconnexions de la régulation médicale. In: Conférence Congrès Urgences [Internet]. 2009 p. 817–29. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_interconnexions_de_la_regulation_medicale.pdf
41. Code de la santé publique - Article L6311-1. Code de la santé publique.
42. TRANSPORTS SANITAIRES - AIDE MEDICALE URGENTE | Legifrance [Internet] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106023&ordre=CROISSANT&nature=&g=ls>
43. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.. 87-1005 déc 16, 1987.
44. sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
45. Giroud M. La régulation médicale en médecine d'urgence. Réanimation. déc 2009;18(8):737-41.
46. regulation_medicale_note_de_cadrage_2011-11-17_10-54-6_932.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/regulation_medicale_note_de_cadrage_2011-11-17_10-54-6_932.pdf
47. MàJ 2011 - regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale_fiche_de_synthese.pdf
48. Dossier complet – Département du Rhône (69) | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-69>

49. Service de samu smur | Hospices Civils de Lyon. Disponible sur: <http://www.chu-lyon.fr/fr/service-de-samu-smur>
50. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
51. Mémoire E PASQUIER. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf
52. BOUGET J et Al. 10ème CONFERENCE DE CONSENSUS PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGE DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES 5 Décembre 2003- STRASBOURG TEXTE LONG
53. *sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf* [Internet]. Disponible sur: http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
54. Duhamel C. Rapport 2007 de la Cour des comptes, urgences et soins palliatifs à la loupe. [Internet]. 18 févr 2008 ; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/85740/resultatrecherche/1>
55. *sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf* [Internet]. Disponible sur: http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
56. Penverne. Régulation médicale des situations à risque. Disponible sur: http://www.amiform.com/web/documentation-regulation-medicale-liberale/089_penverne.pdf
57. Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, Armstrong PW, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 15 mai 2007;115(19):2549-69.
58. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW, Cannon CP, Gibler WB, Rich MW, et al. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*. 15 mai 2007;115(19):2570-89.
59. Gavazzi G, Krause K-H. Ageing and infection. *Lancet Infect Dis*. nov 2002;2(11):659-66.
60. *pa_urgs_long.pdf* [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_long.pdf
61. OMS | Vieillesse et santé [Internet]. WHO. [cité 25 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
62. OMS | Travailler ensemble pour la santé - rapport sur la santé dans le monde 2006 [Internet]. WHO. [cité 25 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2006/fr/>
63. Bobillier-Chaumon M-É, Dubois M. L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation ?, *TECHNOLOGY ACCEPTANCE AND ACCEPTABILITY IN ORGANIZATIONS*. *Trav Hum*. 2009;72(4):355-82.
64. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 4th Edition. Simon and Schuster; 2010. 550 p.

65. Tornatzky_Klein_1982.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www-management.wharton.upenn.edu/klein/documents/Tornatzky_Klein_1982.pdf
66. Théorie de l'action raisonnée — EduTech Wiki [Internet]. Disponible sur: http://edutechwiki.unige.ch/fr/Th%C3%A9orie_de_l%E2%80%99action_raisonn%C3%A9e
67. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 18 déc 2004;33(22):1569-74.
68. Berney S, Roten Y de, Söderström D, Despland J-N. L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique, Summary. *Psychothérapies*. 1 août 2009;29(3):133-44.
69. Grebot E, Paty B. Les dérivés conscients des mécanismes de défense au questionnaire de Bond (DSQ 40) : stabilité ou variabilité entre une situation non anxiogène et une situation anxiogène. 1 mars 2010 ; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/244756/resultatrecherche/1>
70. Di Giuseppe M, Perry JC, Petraglia J, Janzen J, Lingiardi V. Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *J Clin Psychol*. mai 2014;70(5):452-65.
71. Mécanismes de défense : principes et échelles d'évaluation - EM Premium [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/livre/470492/sc0010#sc0010>
72. Dejours C. Note de travail sur la notion de souffrance. *Travailler*. 2016;(35):145-54.
73. Salman S. Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. 21 mars 2008 ; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/127597/resultatrecherche/1>
74. Jaworski F. Souffrance au travail : quelle synergie pour une meilleure efficacité au maintien professionnel ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2016;174(7):592-7.
75. Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail - Synthèse.Stat' - Synthèse.Éval' - Ministère du Travail [Internet]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/synthese-stat-synthese-eval/article/chiffres-cles-sur-les-conditions-de-travail-et-la-sante-au-travail>
76. Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*. 29 mars 2003;326(7391):670-1.
77. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ*. 12 nov 1994;309(6964):1261-3.
78. Hirigoyen M-F. La souffrance au travail et les pathologies émergentes, Suffering at work and emerging pathologies, El sufrimiento en el trabajo y las patologías emergentes. *Inf Psychiatr*. 2008;me 84(9):821-6.
79. Jasseron C, Estryne-Behar M, Nézet OL, Rahhali I. Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle analyse longitudinale des soignants de l'enquête PRESST/NEXT. *Rech Soins Infirm*. 2006;(85):46-64.
80. estrynbehar.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>

81. Estryng-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Inf Psychiatr.* 2011;me 87(2):95-117.
82. Kleinpeter É. Taxinomie critique de l'interdisciplinarité, A critical taxonomy of interdisciplinarity. *Hermès Rev.* 2013;(67):123-9.
83. Mitchell PH. What's In A Name?: Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary. *J Prof Nurs.* 1 nov 2005;21(6):332-4.
84. Ledford H. How to solve the world's biggest problems. *Nature.* 17 sept 2015;525(7569):308-11.
85. Cobbaut J-P, Sion S, Deparis P, Ponchaux D, Prestini M, Pélissier M-F, et al. Une expérience de formation à la prise en charge interdisciplinaire et interprofessionnelle des personnes âgées à l'hôpital. *Gérontologie Société.* 1 déc 2008;n° 118(3):101-15.
86. Zwarenstein M, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative interventions. *J Interprof Care.* mai 2005;19 Suppl 1:148-65.
87. Lichtenberger Y. Compétence, organisation du travail et confrontation sociale. *Form Empl.* 1999;67(1):93-107.
88. Tahar Hakim Benchekroun, Annie Weill-Fassina (Coords.), *Le travail collectif en ergonomie : perspectives actuelles en ergonomie*, Toulouse, Octarès Éditions, (Travail), 2000. *Form Empl.* 2001;73(1):147-147.
89. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, Learning together for working together Interprofessionalism in simulation training for collaborative skills development. *Rech Soins Infirm.* 10 juill 2014;N° 117(2):33-49.
90. Mouchet A, Demeslay J, Bertrand C. Coopérer en régulation médicale au Samu centre 15 : l'expérience subjective des médecins urgentistes, To cooperate in a medical emergency call center (samu): the subjective experience of physicians. *Trav Hum.* 6 juill 2017;80(2):133-60.
91. Barcellini F, Caroly S. Le développement de l'activité collective. In: Pierre (dir.) F, éditeur. *Ergonomie Constructive* [Internet]. Presses universitaires de France; 2013. p. 33-46. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00860638>
92. Arnoud J, Falzon P. Favoriser l'émergence d'un collectif transverse par la co-analyse constructive des pratiques, Supporting the emergence of a transverse team through a collective co-analysis of practices. *Trav Hum.* 11 juill 2014;77(2):127-53.
93. Morin, E., « Affronter l'incertitude », *Sciences humaines. Hors série : la dynamique des savoirs*, n° 24, mars-avr. 1999, p. 66-67.
94. Perron J, Astrid N, Perone N, Kruseman M, Bischoff A. Formation interprofessionnelle: une exigence pour une approche intégrée des soins? *Rev Médicale Suisse.* 2008;4(172):2030-3.
95. Besnier J-M. Seul le désordre est créateur, Creation can only come from disorder. *Hermès Rev.* 6 mars 2014;(67):25-31.

96. Hatano-Chalvidan M. Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? Forum (Genova). 1 déc 2016;(148):8-16.
97. Laurent D. La déontologie médicale en 2015, Medical ethics in 2015. Trib Santé. 23 oct 2015;(48):23-32.
98. Larsson J, Rosenqvist U, Holmström I. Enjoying work or burdened by it? How anaesthetists experience and handle difficulties at work: a qualitative study. Br J Anaesth. oct 2007;99(4):493-9.
99. Pougnet et Al. Positive and negative perceptions at work: Qualitative study with physicians in a teaching hospital. Disponible sur: <http://resolver.ebscohost.com.docelec.univ-lyon1.fr/openurl?genre=article&sid=PubMed&id=pmid%3a27221565&site=ftf-live>
100. Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. [General practitioner burnout: risk factors]. Rev Med Brux. sept 2011;32(4):407-12.
101. Estryne-Behar M, Lassaunière J-M, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. 1 avr 2012;11(2):65-89.
102. Martin J, Bader J-C. Evaluation de 3 ans d'expérimentation d'un réseau de prise en charge de malades en soins palliatifs à domicile, Summary. InfoKara. 1 nov 2006;21(2):47-53.
103. Giroud M. L'accès au dossier médical personnel par le médecin régulateur du Samu. In: 3eme Congres Urgences [Internet]. 2009 p. 807-816. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/L_acces_au_dossier_medical_par_le_medecin_regulateur_du_SAMU.pdf
104. Maréchal F, Kim B-A, Castel-Kremer E, Comte B. Évaluation de la ligne unique et directe d'appel téléphonique en gériatrie (ELUDAT G) : une étude qualitative. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2015;15(90):316-22.
105. Bertillot H, Bloch M-A. Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique, When the "fragility" of the elderly becomes a motive for public policy. Rev Fr Aff Soc. 2016;(4):107-28.
106. Monette J, Galbaud du Fort G, Fung SH, Massoud F, Moride Y, Arsenault L, et al. Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a screening tool for delirium in the emergency room. Gen Hosp Psychiatry. févr 2001;23(1):20-5.
107. Wilber ST, Lofgren SD, Mager TG, Blanda M, Gerson LW. An evaluation of two screening tools for cognitive impairment in older emergency department patients. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. juill 2005;12(7):612-6.
108. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc. oct 1999;47(10):1229-37.
109. Gardent H. Évaluer : avec quoi ?, AN ASSESSMENT TOOL. Gérontologie Société. 2001;24 / n° 99(4):97-109.

110. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
111. Projections 2005-2050 - Insee Première - 1092 [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280844>
112. Bied M, Metzger J-L. Comment les logiques de rationalisation du secteur médico-social peuvent-elles soutenir les pratiques collectives des professionnels ?, Abstract. Manag Avenir. 2011;(47):165-83.
113. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
114. Code de la santé publique - Article L4031-3. Code de la santé publique.
115. Ginon A-S. Les coopérations entre professionnels de santé, The protocols of cooperation between healthcare professionals. J Déconomie Médicale. 2011;me 29(5):196-203.
116. Code de la santé publique - Article L4011-1. Code de la santé publique.
117. Code de la santé publique - Article L4011-2. Code de la santé publique.
118. Le Goff J-P. Les illusions du management. Pour le retour du bon sens [Internet]. Paris: La Découverte; 2003. 168 p. (Poche / Essais). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-illusions-du-management--9782707141903.htm>

ANNEXES

I. Les outils d'aide à la régulation

1. L'accès à la Hotline gériatrique

NUMEROS HOTLINE GERIATRIQUE DU RHONE et PERIPHERIE

FILIERE	N° HOTLINE	HORRAIRES	CS ½ urgence	Admission directe Court séjour
LYON EST HEH	04 72 11 95 00	8h30-18h30	Décroché médical	Cs semi-urgentes Admission différée CSG
RHONE SUD	04 78 86 28 86	9h-18h	Décroché médical	Cs semi urgentes Admission différée CSG / SSR
LYON NORD Croix Rousse Albigny	04 72 07 24 07	8h30-18h30	Décroché médical	Cs semi-urgentes Admission différée CSG HdJ semi urgent
LYON OUEST Fourvière	04 72 57 33 33	9h- 17h	Décroché secrétariat	Cs semi-urgentes CSG (mais plateau technique limité) - HDJ
RHONE Nord Villefranche – Tarare - Trévoux	04 74 09 66 00	8h30-17h00 (garde 17 à 20h)	Décroché médical	Cs semi-urgente Admissions différées CSG
LYON CENTRE EMMA	06 79 80 75 12	9h-17h	Décroché secrétariat	Avis troubles du comportement. Pas d'hospitalisation. VAD différées
ROANNE	04 77 44 30 67	Non	Contact avec médecin de l'unité	Oui après accord médecin
VIENNE	07 86 48 03 72	9-18h		CSG différé
BOURG EN BRESSE	04 74 45 40 36	Non	Décroché secrétariat	Oui après accord du médecin

--	--	--	--	--

Les indispensables de la hotline

NOM, prénom, date de naissance du patient

NOM et commune du médecin traitant

Numéro de l'appelant

ATCD d'hospitalisation récente et lieu

TERRITOIRES DES FILIÈRES GÉRONTOLOGIQUES

- Rhône Nord
- Rhône Sud
- Rhône Centre
- Lyon Nord
- En attente de validation

TERRITOIRES MAIA

- MAIA Villefranche
- MAIA Sud
- MAIA Ouest
- MAIA Est
- Métropole de Lyon



Service Géomatique & données métropolitaines

la métropole
GRAND LYON

2. L'accès au dossier informatique commune des HCL via le logiciel EASILY

easily Accueil Mes Patients Consultation Hospitalisation Bloc Requêtes Perso Paramétrage Aide JOMARD, Nathalie

Nom* dupont Prénom pierre Date de naissance jj/mm/aaaa
 Ipp Tous Sexe Tous

Numéro IPP* Numéro IPP du patient Numéro de venue* Numéro de venue du patient Numéro d'archive* Numéro d'archive

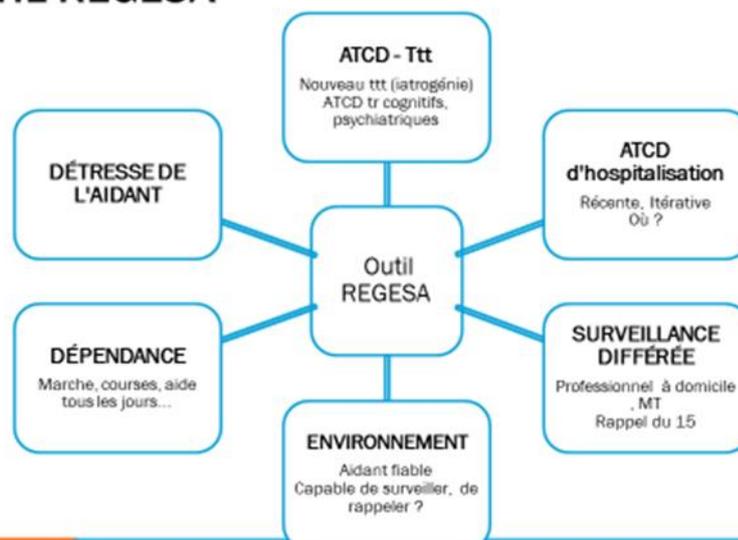
Patient actuel: DUPONT PIERRE 12 juillet 1912
 Accès rapide à
 • Dossier clinique du patient
 • Dossier de soins
 • Agenda

Rechercher Rechercher dans mes Services Effacer Inclure N° d'archives Derniers patients consultés Créer patient Créer venue provisoire

	Nom	Nom de naissance	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	IPP
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	12 juillet 1912		3443723
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	3 octobre 1925		7214261
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	19 août 1930	VELAINES	8126190
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	16 avril 1931		6558229
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	12 mai 1933		4507940
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	13 juin 1933	Code postal inconnu	8883033
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	21 février 1937	CRAON	6373992
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	2 mars 1939	CHARLIEU	7285148
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	9 mars 1945		3262246
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	16 décembre 1946	LAMOTTE BEUVRON	10279718
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	19 janvier 1947		2657844
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	3 novembre 1947	PARIS 14	10369660
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	6 juillet 1951		7159827
♂	DUPONT	DUPONT	PIERRE	21 février 1992	VILLENEUVE D ASCQ	10359168

3. La fleur d'orientation

OUTIL REGESA



II. Canevas d'entretien

Je me re présente, je m'appelle Laura BOURELLY, je réalise une thèse sur l'accueil du projet REGESA de votre point de vue à vous médecins régulateurs. Je vous remercie d'avoir accepté d'être interviewé et pour le temps que vous m'accordez. Avec votre accord, je vais enregistrer notre entretien à l'aide de ce dictaphone pour rester le plus fidèle possible à vos propos. Les données de l'entretien resteront anonymes et confidentielles et seront utilisées uniquement pour la rédaction du mémoire et de la thèse. Ce n'est pas un test, ni un examen, je ne cherche pas à tester vos connaissances sur le projet mais simplement à explorer votre ressenti par rapport à celui-ci.

Qu'est-ce qui vous a amené à faire de la régulation ?

Le projet REGESA c'est quoi pour vous ?

Pour vous qui est à l'origine de ce projet ?

Et vous en pensez quoi ?

Quel a été votre ressenti initial par rapport à ce projet ?

Qu'avez-vous pensé du projet REGESA lorsque vous en avez entendu parler initialement ?

Qu'est-ce que vous avez pensé du fait qu'on vous propose une formation pour mieux réguler les personnes âgées ?

Comment avez-vous perçu les infos concernant REGESA, la formation théorique (la réunion du 3 novembre) et la formation pratique ?

Que pensez-vous de la forme employée pour cette formation ?

Qu'est ce qui se passe quand vous prenez une personne de plus de 75 ans au boût du fil ?

Quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vous régulez des personnes de plus de 75 ans ? En quoi ça vous questionne ?

Qu'est-ce que qui pourrait selon vous faciliter votre pratique quotidienne ?

C'est quoi les outils proposés par le projet REGESA selon vous ?

Que pensez-vous de ces outils ?

Que pensez-vous des items indiqués sur la fleur d'orientation ?

L'utilisation du dossier informatique des HCL EASILY en régulation, qu'en pensez-vous ?

L'accès direct des régulateurs à la Hotline gériatrique en régulation, qu'en pensez-vous ?

Comment leur utilisation modifie-t-elle votre pratique ?

Qu'est ce qui a changé dans votre perception de ces outils depuis que vous les utilisez ?

Comment utilisez-vous ces outils ? Qu'en pensez-vous maintenant ?

Y-a-t-il autre chose que vous voudriez ajouter ?/ Y-a-t-il une question que vous attendiez et que je ne vous ai pas posé? Je vous remercie encore une fois pour votre temps et votre disponibilité. Je vous propose, si vous êtes intéressé, de vous envoyer une copie de l'étude quand elle sera complète.

Fiche descriptive pour chaque entretien

Entretien N° _____

Date de l'entretien :

Sexe : F M

Consentement écrit

Je soussigné(e) _____ autorise BOURELLY Laura à utiliser l'enregistrement de notre entretien effectué le _____ pour son projet de recherche de mémoire et thèse.

Je soussignée BOURELLY Laura, m'engage à anonymiser ces données, à re transcrire strictement ce qui a été dit, et à n'utiliser ces informations que dans le cadre de mon projet de recherche.

Date et signatures :

III. Tableau de codage des entretiens

LA REGULATION GERIATRIQUE : UN OXYMORE ?

INADEQUATION	d'OBJECTIFS		MR04 : en fait la régulation c'est exactement le contraire de ce qu'on fait habituellement en médecine (...) c'est une décision que tu dois prendre, c'est pas un diagnostic, c'est une décision.
			MR11 : Nous on estime l'urgence
	de MOYENS = une temporalité différente		MR06 : on peut pas faire en 6 minutes une évaluation gériatrique, c'est généralement 2 jours d'hospitalisation...
	de REPONSE	Au patient	MR02 : quand l'aidant est complètement épuisé, c'est le jour même qu'on aura une solution à l'aidant ?
Au médecin régulateur		MR02 : Ils répondent, mais ils ne nous donnent pas satisfaction.	

RESSENTIS

SCEPTICISME	Appréhensions	Surcharge de travail	MR08 : Je me suis dit que ça ferait une charge de travail en plus		
		Répression	MR03 : je pensais que c'était juste un outil répressif		
		Chronophage	MR07 : parce que ça allait prendre du temps MR05 : on en revient toujours au problème du temps		
		Dérives		MR01 : j'ai peur, connaissant certains médecins, qu'ils disent à leur patient, dès qu'il y a un problème, « oh ben vous appelez le samu, ils vous hospitaliseront en gériatrie directement » MR06 : Alors après ce que je ne sais pas c'est si du point de vue ordinal on ne court circuite pas le médecin traitant (...) Ben détournement de clientèle, enfin de patientèle	
	Insatisfaction à l'usage	Chronophage		MR06 : Tu as vu le dossier qui nous a pris du temps, on est passé de 5 à 15 appels en attente MR04 : j'ai trouvé que c'était surtout assez chronophage, très chronophage. MR03 : la fois où je l'ai utilisé, moi j'y étais dix minutes en ligne MR11 : L'autre jour je suis tombée sur la secrétaire, j'ai attendu longtemps que ça décroche	
			Défaut d'ergonomie	MR01 : Même le temps de rentrer dans easily ça nous prend 5 minutes (...) il faut le nom de la personne, après il y a plein d'homonymes, il faut rentrer 5000 fois son code, en même temps y a la personne âgée qui nous parle au téléphone, enfin ce n'est pas le plus simple	
				MR09 : Et puis après y'a cette sorte de bris de glace qui rajoute encore une étape supplémentaire de saisie, ça ralentit encore un peu la démarche	
			Inadéquation avec la pratique	MR03 : Ton organigramme c'est une conception générale, on peut pas le suivre, c'est pas mal, c'est un thème de réflexion pour y penser mais tu peux pas l'utiliser en pratique	
		Opacités de l'organisation	MR03 : moi j'étais pas sûr qu'il le prenait en charge complètement, que l'enregistrement prouvait qu'il avait investi la responsabilité de s'en occuper. (...) Si je suis maitre de la régul, je peux pas lui abandonner la régul, comment je fais ? MR11 : D'accord ok mais comment on fait, qui gère l'ambulance ?		
		Attente prolongée pour le patient	MR06 : Tu te rends compte t'as un patient qui t'appelle pour quelque chose, le patient il est stressé, ou la famille est stressée, tu vas dire « attendez » et tu vas prendre 3 ou 4 minutes, il va raccrocher ou il va t'exploser après.		
		Ethique	MR01 : Pourquoi les gens à domicile passeraient en priorité par rapport à ceux qui sont aux urgences. MR04 : c'est aléatoire, ça veut dire que si t'as du temps tu t'en occupes, si t'as pas le temps tu t'en occupes pas, donc ça c'est pas un bon système		
		Risque médico-légal	MR06 : quelque part même du point de vue médico légal, on peut se poser la question, si un jour une famille nous attaquait parce que « oui vous avez pas lu tout le dossier », ben nan j'ai pas le temps ! (...) le dossier Easily il est trop long.		
		MECANISMES DE DEFENSE	Introspection		MR06 : Alors là c'est peut-être un défaut de notre part mais on a nos méthodes de travail MR08 : par facilité je reste sur mon schéma général, mon ancien schéma, ce qui est dommage. (...) moi je suis peut-être un peu en auto suffisance
			Répression		MR06 : J'ai failli lui dire « vous avez pas le temps, vous avez pas le temps et ben tanpis je passe à SOS médecin » parce que quand j'ai vu 15 appels en attente
Rationalisation			MR03 : Qu'ils les gardent à l'hosto ? au lieu de les renvoyer quand ils tiennent pas debout, qui nécessitent plus quelque chose de médical mais une prise en charge sociale, et comme le social n'est pas pris en charge.		
Humour			MR05 : Et on en fait 2-3 par jour, sur tout Rhône Alpes, donc ils vont pas être gêné toutes les 5 minutes hin si on fait ça.		
Agressivité passive			MR05 : Moi je respecte les gériatres évidemment mais il faut qu'ils nous respectent aussi, c'est-à-dire que j'appelle à 13h28, on me répond et entre guillemets avec plaisir		

PRATIQUES PROFESSIONNELLES

CONTRAINTES SPECIFIQUES DE LA REGULATION	Régulation du patient âgé	Rapidité	MR04 : toi en tant que régulateur tu dois décider vite ce que tu dois faire...	
		Indirecte	Troubles de l'élocution	MR07 : c'est toujours un peu galère parce qu'ils s'expriment mal
			Troubles de l'audition, de la compréhension	MR08 : . Soit c'est les enfants qu'on a au bout du fil, ou on a directement la personne qui entend mal, qui comprend pas directement ce qu'on dit... MR09 : c'est souvent plus simple si c'est l'infirmière d'EHPAD, si c'est la famille, par contre si c'est la personne qui répond, c'est plus compliqué, parce que y'a des difficultés d'élocution, d'audition, d'expression qui fait que déjà souvent on a du mal à cerner la demande, le problème
		Complexe	Dépendance	MR03 : le problème c'est pas de corriger son insuffisance cardiaque, mais si vous le mettez dehors dans la neige, qu'il doit faire 500m à pied pour aller chercher à boire, il va tomber... il va avoir un problème.
			Intrication problèmes sociaux	MR09 : Et après tout dépend si elle est en EHPAD, au domicile, si la famille est présente, si la personne âgée est seule, isolée, démente...
		Dernier recours		MR01 : quand ils appellent le SAMU c'est qu'ils ont déjà tout épuisé MR05 : ils sont des fois à bout de souffle et qu'ils appellent le SAMU au dernier moment parce qu'ils arrivent plus à gérer Mamie MR11 : « oui mais faut quand même venir la chercher parce qu'on n'en peut plus »
		Centrée sur la décision		MR04 : c'est apporter la meilleure réponse possible, pas de diagnostic on évalue la gravité et on essaie de savoir ce qui va être le mieux pour cet état de gravité
	Moyens limités		MR04 : t'as des équipes ici. (...) Tu sais que si t'envoies une équipe c'est des gens qui se reposent, qui vont être fatigués pour une éventuelle intervention derrière	
	Charge de travail	Explosion de la demande		MR01 : 15 appels en attente
		Rythme des appels subit		MR06 : tiens l'autre jour tu as bien vu en 1h20 on a fait 17 appels, enfin ça fait moins de 6 minutes
Contraintes économiques		M04 mon travail c'est éviter d'envoyer des ambulances pour un oui ou pour un non (...) on se bat pour éviter d'envoyer des ambulances quand c'est pas nécessaire MR05 : parce que y'a pas assez de place parce que ça coûte de l'argent, tout le problème socio-économique du vieux		
RESPONSABILITE	Risque médico-légal		MR13 : quand j'en fait un et que mon collègue en fait 10, il prend des risques médico légaux, alors que moi nettement moins	
	Appels en attente		MR04 : un appel qui a été mal orienté, c'est-à-dire quelque chose qui relève de l'aide médicale d'urgence et qui se retrouve en permanence des soins, enfin... en médecine générale. Donc ceux-là il faut les rattraper... plus on passe du temps sur un appel, plus on risque de perdre du temps sur un appel qui aurait besoin d'être basculé de l'autre côté. MR06 : Les permanencières elles font un boulot qui est extraordinaire, elles ont une responsabilité colossale, mais dans certains cas, dans des cas difficiles, il arrive qu'elles se trompent. Et si on fait monter le temps d'attente de façon considérable c'est pas bon pour le patient	
	Patients fragiles		MR08 : Sur le plan médical on considère qu'ils sont plus fragiles MR01 : on a beau essayer d'éliminer les signes de gravité, faut qu'ils soient vus par le médecin	
INSATISFACTION	Surcharger les urgences		MR02 : c'est difficile de l'envoyer aux urgences, le faire attendre 8h sur un brancard	
	Adresser une personne fragile aux urgences		MR02 : c'est difficile de l'envoyer aux urgences, le faire attendre 8h sur un brancard MR05 : est ce qu'on fait pas plus de mal que de bien en envoyant la personne aux urgences MR07 : pour qu'elles ne traînent pas dans les service d'urgences, vu le traumatisme que ça représente.	
	Manque de moyens		MR04 : Ouais c'est pas facile (...) Donc voilà mon boulot c'est ça mais ça coûte parce qu'à chaque fois t'es obligé de te battre.	

INTERDISCIPLINARITE

POINTS COMMUNS	Passage aux urgences inapproprié mal vécu		MR02 : c'est difficile de l'envoyer aux urgences, le faire attendre 8h sur un brancard
	Enthousiasme commun		MR07 : Parce que j'ai déjà vu plein d'en train de bonne volonté, ceux qui organisaient ça, les gériatres.
	Une volonté d'améliorer les choses		MR11 : groupe de travail pour éviter que les personnes âgées passent des heures aux urgences, et ça c'est pas normal
DIFFICULTES	Communication	Aspect communication humaine	MR07 : d'autant plus que parfois on est bien reçu et d'autres fois non
		La forme	MR07 : Ils ne connaissaient rien au placement des gens quoi, pourquoi c'est eux qui s'en occupent et pas nous ? Mais attendez faut nous intégrer dans le groupe c'est quand même nous les premiers intéressés. Donc après on nous a intégré...
	Organisation	Mise en place mal préparée	MR05 : Moi j'ai même eu l'impression au début, qu'on avait lancé le projet avant que les autres le sachent, « ha bon ? » genre « ha bon la régul nous appelle ? »
		Contraintes du service des gériatres	MR11 : Souvent 8h30 on nous dit « ben il est pas là, il faut rappeler à 9h ». Et ça on peut pas, et résultat tu raccroches et tu gères autrement.
		Travail supplémentaire	MR13 : Chaque fois que j'ai fini une régulation comme ça, j'en ai fait une pendant que mon collègue en faisait 10
	MECONNAISSANCE du TRAVAIL de l'autre	Régulateur	Contrainte de temps
Charge de travail			MR05 : Comme nous on est au téléphone et on est en train... (...) Il faudrait pouvoir passer rapidement à REGESA, sans avoir à tout re dire, sans avoir à re perdre du temps.
Contraintes économiques			MR04 : quand tu fais de la régulation c'est pas pour envoyer ou dépenser l'argent comme ça sinon ça n'a aucun intérêt
Gérialtre		Contraintes de temps	MR03 : un dernier cas de régulation que j'ai eu, le médecin généraliste il m'a dit « j'ai essayé de les joindre toute la journée et j'ai pas réussi », et moi c'était pareil, et j'avais le même numéro que lui
		Charge de travail	MR05 : . En gériatrie on a le temps de faire le tri, parce que bon les patients arrivent tu fais ton tour, tu l'examines, tu regardes son dossier...
		Fonctionnement	MR05 : Et on en fait 2-3 par jour, sur tout Rhône Alpes, donc ils vont pas être gêné toutes les 5 minutes hin si on fait ça
		Lits d'hospitalisation	MR03 : Qu'ils les gardent à l'hosto ? au lieu de les renvoyer quand ils tiennent pas debout, qui nécessitent plus quelque chose de médical mais une prise en charge sociale, et comme le social n'est pas pris en charge.
Les enjeux de l'interdisciplinarité		Réussir à travailler ensemble	MR01 : Après tous les gériatres que j'ai appelés ils ont joué le jeu, ils ont tout de suite répondu « ok je vais voir », donc à chaque fois vraiment ça s'est très bien passé
		Au bénéfice du patient	MR05 : Le dernier c'était super par exemple. Y'avait rien à dire, ça a été exactement comme j'avais imaginé qu'il fallait faire, une personne motivée qui a appelé directement le service où elle était hospitalisée récemment, « tiens y'a mme machin tu pourrais pas la revoir ? Demain midi ? Oui ok demain midi. Attendez, on gèrera l'ambulance pas de souci ». Voilà tout a été ficelé, nickel et ça a évité un passage aux urgences et probablement que ça a été une meilleure prise en charge.
		Avec une satisfaction mutuelle	MR11 : quand elle me dit « on va la prendre » je suis super contente MR05 : mais on est là pour les gens pour faire le mieux pour eux, et là on a réussi et c'était génial.
		Et un enrichissement personnel	MR08 : Je n'ai pas vu ça comme une formation mais comme un échange confraternel, sur un cas, encore plus intéressant. (...) j'ai eu le gérialtre, on a discuté, j'ai eu d'autres informations, ça m'a ouvert un peu l'esprit sur le patient et ma décision a peut-être été plus adaptée

PROFESSIONNALISME

BONNE VOLONTE	Formation		MR02 : bon on fait un effort en sortant du cabinet pour venir	
	Entraide confraternelle		MR07 : Après on s'est dit on va être deux on va essayer de le faire.	
	Persévérance		MR06 : Moi je suis à fond pour le projet REGESA donc c'est pas parce qu'on a perdu beaucoup de temps l'autre jour que ça va me démotiver	
PROPOSITIONS d'AMELIORATION	Par analogie		MR05 : comme on fait avec le centre anti poison MR11 : Moi ce que je trouverais génial, c'est qu'il y ait comme pour Courlygonnes, on a quelqu'un comme ça qui peut un peu attendre, pouvoir dire « bon je vous passe l'infirmière gériatre qui va voir avec vous » comme on a pour la pédiatrie, pour nos conseils	
	Un régulateur gériatrique		MR04 : il faudrait trouver une personne, un intermédiaire, une interface sur qui on pourrait justement basculer ces appels-là. MR05 : Alors que si on pouvait basculer l'appel plus vite comme on fait avec le centre anti poison, ouais c'est intéressant pour tout le monde parce que ces personnes-là prendront le temps de faire bien les choses MR09 : Et c'est vrai que si on avait quelqu'un sur place, à qui transférer le dossier, ce serait beaucoup plus simple, plus direct MR11 : L'idéal ce serait une infirmière gériatre qui gère ça.	
	Améliorer l'échange d'informations	Moyens informatiques	MR06 : il me semble indispensable qu'il y ait un moyen informatique qui soit donné à REGESA pour être en communication avec nos fiches que l'on veut lui transmettre	
		Retour d'informations	MR09 : ça permet de savoir si le travail qu'on a fait a été utile et si ça a été fait comme il fallait ou si y'a des choses qui ont pas été faites correctement et ça permet de s'améliorer.	
		Flexibilité de la Hotline	MR09 : y'a pas de hotlines le soir. Je dis ça parce que c'est dommage parce que y'a des choses qui se passent la nuit, la nuit y'a des angoisses qui sont majorées, y'a des appels de 4 ou 5 heures du matin qui nécessitent pas forcément un passage aux urgences mais pour lesquels on est démuné parce qu'il n'y a aucune possibilité de relais	
		Perfectionnement de l'outil informatique	MR06 : pour ce patient avec son nom son numéro de téléphone la possibilité soit nous soit REGESA soit d'autres intervenants qui mettent l'accent sur des trucs qui sont hyper importants pas seulement pour les sujets âgés, je pense à une drépanocytose pour un enfant, ça change complètement la conduite à tenir ! Ce post-it s'ouvre en même temps que ta fiche actuelle MR09 : Quand c'est à Lyon, ou Villefranche, Tarare c'est simple mais quand c'est à la campagne, toutes les villes ne sont pas associées à la Hotline dont elles dépendent et du coup il faut aller chercher quelle hotline solliciter, donc ça c'est quelque chose qui manque.	
	RENFORCEMENT MOTIVATIONNEL	Complément de formation		MR08 : A mon sens, il faudrait renforcer encore de façon régulière, revenir, refaire, revoir, relancer l'idée qu'on peut faire la prise en charge, comment le faire, remettre l'information, il faut vraiment que ce soit dans la tête, que c'est facile à faire MR01 : je pense que ce serait peut-être bien qu'elles reviennent une autre fois.
		Retour d'information	Résultats concrets et objectifs à atteindre	MR11 : On n'a pas de retour, ce serait bien qu'on ait un retour, qu'on nous dise : « bon ben grâce au 15 cet hiver on en a pris 15, 20 ».

BOURELLY Laura

ACCUEIL D'UN PROJET D'AMELIORATION DE LA REGULATION DES PATIENTS AGES DE 75 ANS ET PLUS AU SAMU/CENTRE 15 : Etude qualitative auprès de 13 médecins régulateurs du SAMU 69 Th. Méd. Lyon 2018 ; n°54

Introduction : L'amélioration des conditions de prise en charge des personnes âgées via le centre 15 est un enjeu de taille pour les patients âgés pour qui l'impact négatif d'un passage aux urgences est important, pour les médecins qui sont acteurs de cette prise en charge, et pour la santé publique de par le coût de ces prises en charge inadaptées. Le projet REGESA est né de la collaboration des médecins gériatres, régulateurs et de santé publique afin d'améliorer la régulation des personnes âgées au centre 15 de Lyon. Trois outils ont été développés et mis à la disposition des médecins régulateurs afin d'affiner l'orientation des patients âgés et ainsi limiter les passages inappropriés des patients âgés aux urgences.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti des médecins régulateurs par rapport à ce nouveau projet et à ces nouveaux outils.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels de manière semi-dirigée. Les données ont été triangulées.

Résultats et Discussion : 13 médecins régulateurs libéraux du SAMU centre 15 de Lyon ont été interviewés, de février à juin 2016. La régulation médicale et la gériatrie sont des disciplines aux temporalités différentes : l'évaluation gériatrique est chronophage et la prise de décision en régulation est limitée dans le temps. Ce nouveau projet a sollicité des compétences dans le travail d'équipe chez les médecins régulateurs, qui ont montré un enthousiasme dans cette interdisciplinarité, malgré des difficultés notamment liées à des défauts de communication et d'organisation. Cette étude a mis en évidence une certaine souffrance au travail chez les médecins interviewés avec mécanismes de défense lors de nouvelles propositions. L'étude souligne aussi une volonté de bien faire et le professionnalisme des médecins régulateurs. Dans ce cadre, l'amélioration des pratiques professionnelles à moyens constants semble majorer les contraintes aussi bien du côté des médecins régulateurs que gériatres.

Conclusions : L'avenir de REGESA passe par des moyens financiers et humains pour permettre le développement et la pérennisation du projet. Une piste d'amélioration réside dans la mise en place d'un agent de régulation gériatrique.

Un travail au niveau de la communication sur le projet, du retour d'informations auprès des médecins régulateurs et de la praticité des outils semble par ailleurs indispensable.

MOTS CLES :

Service d'Accueil Médical d'Urgences – Régulation médicale – Personne âgée – Communication entre disciplines - Collaboration – Equipe interdisciplinaire

JURY Président : Pr Anne-Marie SCHOTT-PETHELAZ,
 Membres du Jury : Pr Pierre-Yves GUEUGNIAUD,
 Pr Alain MOREAU,
 Dr Frédéric ZORZI,
 Dr Marie-Adélaïde VINCENT

DATE DE SOUTENANCE 1er mars 2018

ADRESSE DE L'AUTEUR Laura.bourelly@gmail.com