

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Mme LAGMIRY épouse GERALDO Gihade
Née le 10 Octobre 1986 à Châteaudun (28)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2013

**QUELLE EST LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES DE L'INDRE
CONCERNANT LEUR PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS VICTIMES
D'ARRET CARDIAQUE ?**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN
Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Madame le Docteur Isabelle MEGY MICHOUX
Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT
Monsieur le Docteur Louis SOULAT

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS – J.BARSOTTI - A.
BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI - J.P.
FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC - J.
LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN - J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL -
Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE -
M.J. THARANNE - J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie

LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
LEBRANCHU Yvon	Immunologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	O.R.L.
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick	Génétique
MM. VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ;
addictologie
BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de
Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Héléne Biochimie et biologie moléculaire

MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mmes	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de
	Communication	
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
4		
	HOARAU Cyrille	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

Remerciements

A Monsieur le Professeur Dequin

Pour me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury.

A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz et Monsieur le Professeur Angoulvant

Pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Megy Michoux et Monsieur le Docteur Soulat

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Un grand merci pour votre disponibilité, votre aide, vos remarques judicieuses et votre soutien.

A Monsieur le Docteur Cadwallader

Pour avoir suivi ce projet de thèse depuis ses débuts. Merci d'avoir accepté de lire ce travail à ses différentes étapes et de m'avoir éclairée sur la méthodologie qualitative. Votre aide m'a été précieuse. Encore un grand merci.

Aux médecins généralistes de l'Indre

Pour avoir accepté de participer aux entretiens. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans vous.

Au département de médecine générale pour la qualité de la formation apportée.

A l'ensemble des Professeurs, Docteurs et Maîtres de stage pour votre enseignement au cours de ces trois années.

Au Dr Hilal, avec qui j'ai fait mes premiers pas aux urgences en tant qu'interne. Merci de votre soutien.

Au Dr Payan, avec qui j'ai découvert la médecine générale.

A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service des urgences de Châteauroux, un stage très formateur et de bons moments partagés. C'est avec regret que je ne poursuis pas ma formation auprès de vous.

A l'équipe du service des urgences et du SAMU de Tours, qui m'accueille les bras ouverts! Une belle aventure commence...

A tous mes co-internes et tout particulièrement à ceux du dernier semestre : Bertrand, Antoine, Lucie, Alexandre, Mélanie, Elodie, Benjamin et Rarhana.

Remerciements

A ma mère, Mina, et mon père, Aziz, pour votre présence et votre soutien tout au long de ces années, pour avoir toujours cru en moi dans les moments difficiles. Sans vous rien n'aurait été possible. Soyez sûrs de tout mon amour.

A ma soeur, Btissame, et mon frère, Ayoub (mes amours !), pour votre aide, vos encouragements et votre présence indispensable tout au long de ma vie. Je vous aime.

A ma petite Mina, Dominique, Kamel et Noémie que j'aime aussi profondément.

A toute ma famille et belle-famille.

En particulier, à ma grand-mère, Chama et mon oncle, Said, que j'admire.

Une pensée pour mon grand-père, Mohamed, et ma tante, Leila, paix à leurs âmes.

A Serge pour ton écoute, ton soutien pendant toutes ces années.

A Anissa et Maxime, pour votre relecture attentive et la touche anglo-saxonne.

A tous mes amis, je vous remercie pour tous les bons moments passés ensemble et d'avoir accepté que je vous délaisse transitoirement.

A la boxe anglaise en tant que boxeuse et entraîneur. Ma passion !

A Miranda et Dimitry, les petites cailles. Une pensée pour Tony, on ne t'oublie pas.

Et à Tonio, mon mari, mon amour. Pour ton énergie de vie, ton soutien, ta compréhension et pour m'avoir supportée dans les moments difficiles. Pour ta patience et ton amour sans limites, merci ! Je suis très fière de partager ma vie avec toi.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités, mais que je n'oublie pas...

Résumé

CONTEXTE - En France, 30 à 50 000 personnes par an décèdent d'un arrêt cardiaque. Le taux de survie est faible, la cause principale est un retard d'initiation des premiers gestes de réanimation cardio-pulmonaire. Le médecin généraliste peut être le premier témoin d'un arrêt cardiaque.

OBJECTIFS - Objectif principal : analyser la perception des médecins généralistes de l'Indre concernant leur place dans la prise en charge de patients victimes d'arrêt cardiaque.

Objectif secondaire : décrire les besoins et les attentes des médecins généralistes en vue d'une formation aux gestes de réanimation cardio-pulmonaire.

METHODE – Etude qualitative, au moyen de 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes de patients victimes d'arrêt cardiaque dans le département de l'Indre.

RESULTATS – Les médecins généralistes en tant que « médecins de premier recours » se sentent impliqués et responsables dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Ils expriment des sentiments d'angoisse, de solitude et se sentent démunis. Leurs connaissances sont perçues comme approximatives et ils expriment un besoin de formation pratique. Mais cette motivation se heurte à de nombreux freins ressentis, notamment le manque d'information, de formation adaptée et de communication avec les urgentistes, entraînant craintes et confusions.

CONCLUSION – Il existe des difficultés exprimées par les médecins généralistes concernant la formation et la gestion d'un arrêt cardiaque. Améliorer la communication entre les médecins généralistes et urgentistes et proposer des formations pratiques, courtes et au plus proche de la réalité semblent être des pistes à envisager.

MOTS-CLES : arrêt cardiaque, médecin généraliste, réanimation cardio-pulmonaire, formation.

Summary

How general practitioners in the Indre region assess their role in dealing with cardiac arrest patients ?

CONTEXT - Each year, 30.000 to 50.000 people in France die by cardiac arrest. The chances of survival are relatively low. This is mainly due to a delay in initiating cardiopulmonary emergency resuscitation. General practitioners can often be faced with having to cope with cardiac arrest cases.

OBJECTIVES - The first aim: to analyze how general practitioners actually assess their role in dealing with cardiac arrest patients.

The second aim: to give a detailed description of general practitioners' needs and expectations with regard to specialized training in cardiopulmonary resuscitation.

METHODS - A qualitative study using a series of 12 semi-supervised interviews, made with general practitioners who have had to deal with cardiac arrest cases in the Indre region.

RESULTS - General practitioners as 'first aid doctors' feel both involved and responsible when dealing with cardiac arrest in patients. They express feelings of anxiety, solitude and inadequacy when faced with this kind of situation. They feel unprepared and they express the need to follow specific training programs. But there are many reasons which prevent this from being possible, such as the general lack of information, and suitable training programs available, together with insufficient communication with trained emergency physicians. These combined factors result in feelings of fear, confusion and lack of confidence in GPs when faced with cardiac arrest cases.

CONCLUSION - General practitioners have expressed the difficulties they have experienced when faced with cardiac arrest patients. Ways of improving this situation would involve increasing means of communication between general practitioners and emergency physicians and also providing more possibilities for practical training programs, bringing general practitioners into closer contact with real-life situations.

KEY WORDS : cardiac arrest, general practitioner, cardiopulmonary resuscitation, training programs.

Table des matières

I	INTRODUCTION	12
II	MATERIELS ET METHODES	13
III	RESULTATS	15
III.1	Caractéristiques du corpus	15
III.2	Analyse des discours	16
III.2.1	Ressenti des médecins généralistes	16
III.2.2	Des difficultés exprimées	17
III.2.3	Place du médecin généraliste dans la RCP de base	18
III.2.4	Place du médecin généraliste dans la RCP médicalisée	19
III.2.5	DSA au cabinet ?	20
III.2.6	Relation médecin/patient et éthique	21
III.2.7	Vécu relationnel	23
III.2.8	Formation	24
IV	DISCUSSION	26
V	CONCLUSION	33
VI	BIBLIOGRAPHIE	34
VII	ANNEXE	37
VIII	ABREVIATIONS	38
IX	SERMENT D'HIPPOCRATE	39

I INTRODUCTION

L'arrêt cardiaque (AC) de l'adulte est un problème majeur de santé publique.

En France, 30 à 50 000 personnes par an décèdent d'un arrêt cardiaque, soit un décès par arrêt cardiaque toutes les 13 minutes (1). Le taux de survie en France est faible, de l'ordre de 3 à 5% contre 30% dans certains pays (1-2). L'AC survient sept fois sur dix devant témoins ; or moins de 20% d'entre eux débutent une RCP (2-3). Les chances de survie après un arrêt cardiaque diminuent de 10% par minute écoulée sans initiation de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) (4-5-6).

Ces chiffres montrent l'importance du délai précoce de prise en charge, d'où la mise en place du concept de « chaîne de survie », composée de 4 maillons (décrits ci-dessous), permettant ainsi une prise en charge codifiée de l'arrêt cardiaque (7).



Même si la prévalence est faible en médecine générale (8-9), le médecin généraliste peut être le premier témoin d'un AC et donc initier et participer à cette chaîne de survie.

Il paraît donc intéressant d'analyser ce que pensent les médecins généralistes de l'Indre de leur rôle dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Se sentent-ils concernés ? Ont-ils des attentes en termes de formation et quelles sont-elles ?

L'objectif principal de la thèse est d'analyser la perception des médecins généralistes de l'Indre concernant leur place dans la prise en charge de patients adultes victimes d'AC.

L'objectif secondaire est de décrire les besoins et les attentes des médecins généralistes en vue d'une formation aux gestes de RCP.

II MATRIELS ET METHODES

II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés d'un échantillon de médecins généralistes au sein du département de l'Indre.

II.2 Le département de l'Indre

L'Indre est un département à forte composante rurale, sa population est vieillissante (d'après l'INSEE rapport Omphale, 2005). La densité médicale est faible soit 75,8 médecins pour 100 000 habitants contre 85,4 à l'échelle nationale (chiffre URCAM 2008).

Environ 200 cas d'arrêt cardiaque sont recensés chaque année dans le département de l'Indre.

Le développement d'un réseau d'accès aux soins a donc été nécessaire.

Ce réseau dépend des médecins généralistes à différents niveaux :

- permanence des soins (PDS) aux heures ouvrables
- système de gardes (10 médecins généralistes de garde et un médecin libéral de la PDS présent en salle de régulation jusqu'à minuit, ainsi que le week-end et les jours fériés de 8h à minuit).

Le Service d'Aide Médicale Urgente du département de l'Indre (SAMU 36) se situe au Centre Hospitalier (CH) de Châteauroux. Un médecin régulateur hospitalier est présent en salle de régulation 24 heures sur 24.

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dispose d'au moins quatre équipes d'intervention, deux au CH de Châteauroux, une au CH de Le Blanc et une au CH de La Châtre. Ces équipes peuvent intervenir avec des véhicules médicaux de liaison (VML), des ambulances de réanimation (AR) ou avec l'hélicoptère sanitaire.



Les appels au SAMU 36 sont réceptionnés initialement par des Assistants de Régulation Médicale (ARM), puis transmis pour régulation médicale en fonction du type d'appel au médecin régulateur hospitalier ou au médecin PDS.

Malgré cette organisation, les délais d'intervention du SMUR restent encore longs pour certaines localités (supérieurs à 30 minutes), d'où la mise en place d'un réseau de Médecins Correspondants du SAMU (MCS) pouvant être déclenché simultanément au SMUR pour une médicalisation précoce, selon les directives du Ministère des affaires sociales et de la santé (10).

Ces médecins libéraux volontaires sont au nombre de 24 et formés aux soins d'urgence par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU 36).

Le département de l'Indre est, à ce jour, le seul département de la Région Centre à avoir mis en place un réseau de MCS.

II.3 Population étudiée et échantillonnage

La population étudiée est celle de médecins généralistes de patients victimes d'un arrêt cardiaque pris en charge par le SAMU 36 survenant en dehors de tout établissement de soins publics ou privés. Les médecins généralistes sont recrutés par le biais du logiciel informatique utilisé au SAMU 36 (Centaure 15).

L'échantillon est bâti de manière à rechercher la plus grande diversité possible selon des caractéristiques prédéfinies : âge, sexe, type d'exercice (rural, semi-rural, urbain), nombre de médecins au sein du cabinet (seul ou groupe), formations particulières à l'urgence.

Le recrutement des médecins généralistes est donc établi selon un mode d'échantillonnage raisonné (11).

Les critères d'inclusion sont :

- les médecins généralistes installés dans le département de l'Indre de patients victimes d'un arrêt cardiaque inopiné au cours de l'année 2012 pris en charge par le SAMU 36.

Les critères d'exclusion sont :

- les médecins généralistes de patients victimes d'un arrêt cardiaque survenu dans des contextes particuliers : accident de la voie publique, suicides
- les médecins généralistes de patients victimes d'un arrêt cardiaque dont l'âge était supérieur à 80 ans
- les médecins généralistes de patients victimes d'un arrêt cardiaque survenu dans un établissement de soins public ou privé.

II.4 Recueil, retranscription et méthode d'analyse

Le recueil des données s'est fait sous forme d'entretiens semi-dirigés.

Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone : il leur a été proposé un entretien enregistré, en leur exposant au préalable les principes de confidentialité, de liberté et d'anonymat. Les entretiens se sont déroulés au sein de leur cabinet et ont été effectués entre le mois de Février et Mai 2013.

Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit « mot à mot » sous forme de traitement de texte (appelé verbatim) via le logiciel Word.

L'analyse des discours repose sur l'approche par théorisation ancrée (11).

II.5 Trame d'entretien

Les entretiens se sont déroulés à partir d'une trame, réalisée au préalable, structurant l'activité d'écoute et de relance. (Annexe 1)

III RESULTATS

III.1 Caractéristiques du corpus

III.1.1 Taille du corpus

Douze entretiens de médecins généralistes ont été réalisés entre le mois de Février et Mai 2013 au sein de leur cabinet.

Trois refus ont été enregistrés, deux liés à un manque de disponibilité, et un suite à une crainte liée au secret professionnel.

Les entretiens ont une durée comprise entre quinze minutes et quatre secondes et trente-cinq minutes et huit secondes.

III.1.2 Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de sexe, d'âge, de lieu d'installation et d'activités en relation ou non avec les urgences des médecins généralistes sont présentées ci-dessous :

	Sexe	Age	Lieu	Cabinet	Formations supplémentaires
M1	H	55a	urbain	seul	Faisant fonction d'interne (FFI) SAMU/Urgences initial
M2	F	39a	rural	Maison médicale	Aucune
M3	H	57a	rural	Associé à 2	Ostéopathie
M4	H		urbain	seul	Ancien réanimateur
M5	H	46a	urbain	Associé à 3	Doctorat en biologie humaine, diplôme en informatique, Diplôme universitaire (DU) de gériatrie, FFI SAMU/urgences initial
M6	F	61a	rural	Maison médicale	Médecin pompier
M7	H	63a	rural	seul	Ancien médecin pompier
M8	H	50a	Semi-rural	Associé à 2	Aucune
M9	H	53a	Semi-rural	Associé à 2	MCS
M10	H	46a	urbain	Associé à 2	DU de gynécologie
M11	H	82a	urbain	Associé à 2	Obstétrique
M12	H	59a	Semi-rural	Associé à 2	Aucune

III.2 Analyse des discours

III.2.1 RESENTI DES MEDECINS GENERALISTES

1) *Confrontation réelle et possible*

Tous les médecins généralistes de façon unanime se sentent concernés par l'arrêt cardiaque. La médecine générale est vécue comme une discipline où l' « on s'expose » (M1) ; « ça peut nous arriver » (M2) ; « bah on sait que l'on va y être confronté » (M10).

On ressent une implication plus importante chez les médecins généralistes en milieu rural ou semi-rural : cela « de toute façon fait partie de sa pratique » (M9) ; « bah c'est indispensable, ça fait partie du rôle du médecin » (M7).

L'exposition est qualifiée de « régulière » (M9) (M7) ; « ça m'est arrivé plusieurs fois » (M6) du fait des appels possibles par le « SAMU », « pompiers » voire « c'est la famille même qui vous appelle » (M8).

2) *Caractère imprévisible de l'AC*

L'AC est perçu comme imprévisible.

Dans le temps : « ça peut nous arriver n'importe quand » (M2) ; « les gens débarquent chez vous comme ça » (M9).

Dans l'espace : « on peut être appelé (...) dans la rue, chez le coiffeur » (M2) « en salle d'attente » (M7) « à domicile (...) la personne ne va pas bien et que au cours de la consultation l'arrêt cardiaque se met en place ça c'est des choses qui arrivent (...) » (M9).

Un vécu qualifié de « brutal » « violent » (M10) ; « ça nous tombe sur le nez oui faut bien le gérer! » (M9).

3) *Sentiment de responsabilité*

Tous évoquent un sentiment de responsabilité.

Ils se voient comme un « médecin de premiers recours » (M7) et ressentent une sorte d'obligation vis-à-vis du patient : « c'est quand même la vie des gens qui est en jeu, (...) il faut savoir faire quelques gestes c'est tout » (M9).

Cette responsabilité est jugée plus importante du fait d'être médecin, « tout le monde va compter sur (...) » (M1), comme une sorte de « guide », « le médecin sur place (...) ça apaise l'atmosphère » « ça rassure » (M6).

Ils déclarent « ne pas fuir leur responsabilité » (M6) mais considèrent que leur rôle est minime « on ne fait pas grand-chose » « des tout petits gestes tout simples » (M6) ; « je ne veux pas jouer à Zorro on fait ce que l'on peut » (M11).

4) *Une patientèle « aux pathologies lourdes »*

La plupart des médecins généralistes évoquent le caractère « à risque » de leurs activités (M5) : « de plus en plus on prend en charge des gens qui sont lourds au niveau pathologie hein » (M4).

Ceci est lié à des patients aux multiples « facteurs de risques » et surtout avec des problèmes d'inobservance.

« Euh chaotique du coup du fait de ses abus, j'avais beau essayer de le raisonner, ça lui passait au-dessus de la tête (...) c'est un peu fatigant » (M2) ;

« Moi j'essayais de le convaincre mais c'était un patient qui ne se suivait pas quoi » (M1).

III.2.2 DES DIFFICULTES EXPRIMEES

On retrouve pour la plupart un sentiment d'angoisse illustré par des expressions émises sur un ton de plaisanterie, mais explicitement formulé : « au secours ! » (M1) ; « je me sauverais en courant ! » (M12) ; « Merde c'est à moi que ça arrive » (M9).

1) *Solitude face à « un travail en équipe »*

Tous évoquent leur sentiment de « grande solitude » (M7) face à l'arrêt cardiaque, le terme « seul » apparaît dans tous les entretiens : « on se sent un peu seul (...) » (M5) ; « nous, on est tout seul avec un mec en train de crever (...) » (M7) ; « on arrive on est tout seul(...) » (M12).

En parallèle, on retrouve des discours concernant l'évolution des pratiques avec une médecine générale actuelle plus solidaire « en groupe » (M2) : « on ne travaillait pas du tout comme ça c'était chacun dans son coin (...) Alors que là on partage beaucoup plus et c'est votre génération qui a amené ça hein » (M6).

Certains évoquent la présence des pompiers sur les lieux : « En général quand y'a un arrêt cardiaque on n'est pas tout seul y'a les pompiers qui ont été appelés » (M8) et une certaine sécurité du fait de leur présence : « Mais les pompistes (pompiers) sont très bien formés hein ! » (M6) ; « On les a, donc ils sont là! On en profite quoi ! (rires) » (M8).

Cette représentation « solitaire » (M7) du médecin généraliste face à l'AC est renforcée par la représentation « d'un travail en équipe » (M9) de l'AC : « c'est une équipe » (M4) ; « sinon dès qu'on est plusieurs après bon on a de bonnes chances » (M1)...

D'où « on ne peut pas le gérer tout seul dans un cabinet médical ce n'est pas possible » (M4).

2) *Médecin généraliste « démuni »*

Pour la plupart, Ils ressentent « un sentiment d'impuissance » (M6), se sentent « démunis » (M5, M12), « limité » (M12), « isolé » (M7).

Ils ont le sentiment de n'avoir « ni la compétence, ni le matériel pour répondre à ce genre de choses » (M3) et ont des difficultés pour « répondre aux critères d'urgence alors qu'on n'a pas les moyens » (M5).

On retrouve également des incertitudes sur ce qu'ils peuvent faire réellement « il est très démuni n'est-ce pas ? Vous ne croyez pas ? » (M12) ; toujours avec cette vision de solitude : « Bon est-ce qu'on sait prendre en charge un arrêt cardiaque tout seul ? » (M9).

4) *Influence du lieu d'exercice et du cursus*

Les médecins généralistes installés en milieu urbain considèrent qu'ils ont « la chance d'avoir le 15 qui n'est pas trop loin » (M1).

Le délai entre le lieu d'installation et le SAMU est évoqué par tous les médecins interrogés : « moi, je me sens privilégié parce que je ne suis pas loin de l'hôpital enfin celui qui est en pleine campagne, c'est de lui que je m'inquiète car lui il est vraiment tout seul » (M11).

« On a un SAMU, et un SAMU performant qui est rapide, très rapide, il suffit de les appeler on leur dit on a tel problème et ils sont là dans les 3 minutes ! » (M4).

Le cursus antérieur joue également un rôle sur la maîtrise du médecin généraliste face à l'AC, les médecins généralistes avec une formation plus poussée à l'urgence expriment une certaine aisance : « Non, je n'ai pas d'appréhension » (M1) ; « Ça m'a permis d'avoir, euh, disons de réagir promptement quand on a un gros problème (...) si je me retrouve tout seul (...) avec quelqu'un qui fait un arrêt cardiaque, je sais ce qu'il faut faire ! » (M4).

III.2.3 PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA RCP DE BASE

1) *L'alerte*

Tous les médecins évoquent spontanément l'appel du 15.

« On appelle le SAMU très vite parce qu'on est bien embêté et puis massage hein ! » (M6).

Certains s'interrogent sur l'appel 18 : « j'aurais appelé les pompiers, le 15... peut-être le 15 avant les pompiers » (M2) ; « (...) déjà j'appelle le 15 ! Ça c'est clair. Je ne fais pas le 18, je fais le 15 » (M5).

Ils sollicitent également les proches, la famille au niveau de l'alerte mais la participation au massage n'est pas évoquée pour la plupart : « je lui aurais dit appelez le SAMU... appel SAMU (...) qu'elle fasse le massage, euh...je ne sais pas si ça je lui aurais dit... je suis pas sûr... » (M2).

2) *Massage cardiaque externe et ventilation*

Tous les médecins évoquent également le massage cardiaque externe.

Le caractère « primordial (...) du massage » (M9) est aussi exprimé à travers tous les discours :

« mis à part le massage cardiaque, euh, on peut pas faire grand-chose parce que si vous arrêtez le massage cardiaque pour préparer du matériel euh...donc il ne sera pas massé euh » (M1).

Tous les médecins évoquent la nécessité d'appeler le 15 et de masser, mais la place de la ventilation est variable d'un médecin à l'autre.

Certains pensent qu'il ne faut « que masser » (M1), « (...) que si on masse c'est largement aussi efficace » (M3) ; d'autres réalisent la ventilation au « ballon » (M1, M2, M5).

L'idée de « ne pas s'arrêter de masser pour ventiler » (M1) est exprimée sans certitude, avec une certaine confusion.

« On dit d'abandonner ou d'oublier euh, la ventilation au bouche à bouche au profit du massage euh, je lis ça dans Prescrire les derniers articles que j'ai pu lire sur donc euh ce sujet sont là-dessus mais c'est vrai que je manque de pratique... » (M12).

La plupart expliquent leur prise en charge de l'AC avec un certain doute, une sorte de « bricolage » (M3, M5) ; de « bidouillage » (M5).

Ils expriment un manque de confiance au sujet de leurs connaissances : « J'ai oublié la fréquence je crois que c'est 30 » (M12) ; « j'essaie de faire ce que je peux » (M8) ; « je ne me sens pas forcément toujours très à l'aise » (M6).

Certains se posent la question de la qualité du massage cardiaque : « je pense que (...) si on fait un massage cardiaque externe convenable c'est déjà bien! » (M12) ; d'autres pensent masser convenablement : « Oui on essaie de calquer sur une fréquence je ne sais pas de 60 par minute ça doit être à peu près ça quoi » (M1) et que « n'importe qui peut faire un massage cardiaque » (M11).

3) *DSA en pratique*

La plupart reconnaissent la place du défibrillateur semi-automatique (DSA) au sein de la chaîne de survie : « ça sauve des vies (...) » (M8) ; « le défibrillateur visiblement c'est un progrès » (M3), mais seul le MCS évoque la raison de son utilité dans la prise en charge des AC : « (...) mettez le défibrillateur (...) Si on veut sauver toutes les fibrillations si y en a autant que euh, que ce qui est dit... » (M9).

Pour la plupart des médecins généralistes, qu'il y ait expérience ou non du DSA, l'utilisation de celui-ci « c'est tout simple » (M6) ; « bah vous prenez la machine et puis elle marche toute seule » (M7).

D'autant plus qu' « un défibrillateur semi-automatique justement il est fait (...) pour être utilisé par d'autres personnes qu'un médecin » (M12).

Certains savent où les DSA sont positionnés au sein de la ville, d'autres non, mais ils savent que les pompiers l'apportent : « Souvent (...) ils appellent aussi les pompiers donc euh, (...) ici et puis bah ils font euh, une défibrillation hein (...) » (M6) ou « je l'ai dans 3 minutes (...) l'hôpital c'est très proche » (M4).

4) *L'importance du premier témoin*

Le médecin généraliste se voit comme « un témoin lambda, un tout-venant » (M12) avec « des bases de secourisme » (M9) :

« C'est finalement le témoin qui est le plus important plus que le généraliste » (M11) « pour ça, il n'y a pas besoin d'être médecin » (M12).

Il « essaie de faire les premiers gestes (...) à ce que les professionnels de la question interviennent quoi » (M3)

Ils se questionnent sur ce qu'ils peuvent apporter de plus que la population générale : « si on est appelé, qu'est-ce qu'on peut faire de plus ? » (M11) ; « peut-être le diagnostic à faire de l'arrêt cardiaque » (M12), « poser une voie veineuse ? » (M7).

III.2.4 PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA RCP MEDICALISEE

1) *RCP médicalisée une affaire de spécialistes*

La plupart des médecins généralistes évoquent le caractère « professionnel » (M3) de la RCP médicalisée, « c'est un travail (...) à plein temps » (M3).

Cette partie de la prise en charge est perçue comme une affaire de « spécialistes » (M4) : « Bah oui je n'ai pas un protocole à appliquer je n'ai pas euh, je ne suis pas un médecin du SMUR qui sort sa liste de « to do it » à faire » (M8).

Les médecins généralistes expriment leurs limites : « Bah je fais ce que je sais faire et je ne fais pas ce que je ne sais pas faire ! » (M5) avec la notion qu' « on est (...) plus ou moins spécialiste dans notre domaine » (M4).

2) *La voie veineuse périphérique (VVP) et l'adrénaline*

Tous évoquent la voie veineuse périphérique et l'adrénaline avec des nuances.

Certains, surtout les médecins ruraux ou semi-ruraux, ont déjà posé une VVP dans le cadre d'un AC (M5, M6, M7, M8, M9) ; d'autres le souhaiteraient, mais se heurtent au manque de « pratique » : « le problème (...) pour garder une sorte de niveau mais bon voilà la voie veineuse que j'ai posée brillamment c'était sur un mannequin qui avait été touché 50 fois (...) » (M10).

Et puis la plupart des médecins urbains n'en voient pas l'utilité : « si j'ai un gros problème je vais appeler des gens qui vont venir avec tout le matériel adéquat dans les 3 minutes ! Pourquoi voulez-vous que je pose quelque chose ou... non c'est une perte de temps (...) de chances pour le patient » (M4).

Certains évoquent les soucis liés au matériel : « Mais bon quand vous jetez des ampoules d'adrénaline car elles sont périmées donc après on se dit est-ce que ça vaut le coup que je l'achète ou pas » (M10).

Ils expriment également des craintes « d'un point de vue juridique » (M10) ; le fait d'avoir du matériel est perçu pour certains comme une prise de risque engageant leur responsabilité :

« J'ai (...) deux trois bricoles non mais voilà je ne veux pas le dire parce que après on nous demande de l'utiliser et on n'a pas toujours l'opportunité de l'avoir (...) » (M5)

« (...) après est-ce que je dois me promener avec mon adrénaline, seulement si on ne connaît pas bien le patient, si il y a un problème et qu'il est sous anticoagulant. Ça aussi c'est dur ! » (M11).

La plupart évoquent aussi la médecine générale de « l'époque », « d'auparavant », « d'il y a 30 ans » (M4, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12) :

« Quand je me suis installé (...) j'avais tout ce qu'il fallait j'avais l'Ambu®, j'avais l'adrénaline... j'avais tout. Bon maintenant j'ai l'Ambu® toujours, j'ai plus d'ampoules et je n'ai plus d'injectables » (M10).

Le médecin généraliste a l'impression de n'être « plus sollicité » (M10) du fait de « l'organisation du SAMU » (M6).

L'intérêt du médecin généraliste pour les urgences joue un rôle qui est, pour certains : « après c'est toujours pareil ceux qui aiment bien faire des urgences vont se dire ouais super » (M10), et pour d'autres : « Mais j'ai horreur de l'urgence. C'est pas mon truc » (M7).

III.2.5 DSA AU CABINET ?

1) *Questionnement réel par les médecins généralistes*

A la question concernant le DSA au sein du cabinet, les médecins généralistes, pour la plupart, ont une réponse plutôt positive au premier abord.

Certains l'ont « envisagé » (M1), « se sont posé la question » (M6) ; d'autres pensent que « ce serait bien d'en avoir un par médecin, ce serait pas mal ! » (M7) d'autant plus « en tant que MCS » (M9). Un seul des médecins généralistes s'est procuré un DSA : « (...) face à une réalité (...) c'était raisonnable de l'avoir (...) » (M5).

2) *Complexe en pratique*

La plupart évoquent le problème de « l'investissement (...) financier » (M3) à l'achat et celui de la maintenance du DSA :

« L'investissement est quand même un peu cher. Le fait de tenir ça quand on est un petit peu isolé et qu'on n'a pas de structure administrative derrière (...) Maintenant est-ce que c'est à nous de le financer, ça fait un peu lourd » (M5).

Il est également évoqué le problème lié à la gestion du DSA au sein du cabinet : « Mais bon le problème c'est qu'il faut le mettre dans la voiture etc... faut l'avoir. Puis si vous êtes en visite et qu'on vous dit d'aller à tel endroit et que vous avez laissé le défibrillateur dans le cabinet médical c'est pas... » (M1).

3) *Peut-être pas si utile*

Après réflexion, la plupart n'y voient pas vraiment une grande utilité, vu que « l'accès y est facile » (M6) et que « sur un arrêt cardiaque en général, les pompiers sont arrivés (...) y a toujours un défibrillateur sur place quoi ! Alors effectivement on en aurait un nous en plus ça pourrait peut-être aider sur les fractions de secondes qui euh, mais bon ! » (M9).

Un meilleur maillage des DSA au sein de la commune est également proposé :

« Je ne sais pas combien ça coûte mais enfin ça me paraît je ne vois pas l'utilité qu'il y ait 5 défibrillateurs chez 5 médecins alors que peut-être 2 sur une surface donnée pour une population donnée suffisent » (M12).

III.2.6 RELATION MEDECIN/PATIENT ET ETHIQUE

1) *Une remise en question sur la prévention*

On perçoit une certaine frustration à travers tous les discours, non pas sur l'évènement de l'AC en lui-même, mais sur le rôle de « prévention dans le suivi des cardiaques » (M3) : « Je vais plutôt être sensibilisé à bien prendre en charge mes diabétiques, bien prendre en charge mes asthmatiques en leur permettant d'avoir moins de risque et de moins développer une cardiopathie » (M10).

Ils « se culpabilisent un peu », trouvent ça « désagréable, agaçant » (M12) vis-à-vis du patient qui leur fait « confiance » (M1, M3).

Ils ont l'impression « d'être passé à côté de quelque chose » (M8) ou que « quelque chose qui nous a échappé » (M12).

Certains essaient de se remémorer la dernière consultation : « (...) est-ce que je n'ai pas été attentif à la dernière consultation? Est-ce qu'il m'a dit qu'il avait des douleurs thoraciques ? Qu'il avait fait une syncope? Je ne sais pas... un évènement quelconque auquel j'aurais dû prêter plus attention » (M12).

D'autres évoquent leur sentiment d'échec, de ne pas avoir « été persuasif ou à la hauteur » (M3), sentiment lié à la complexité du relationnel médecin/patient : « (...) est-ce que je ne suis pas assez persuasif ou est-ce que c'était lui qui n'était pas assez obéissant si tant est qu'un patient doit être obéissant d'ailleurs (...) ».

2) *Réflexion sur l'acharnement thérapeutique*

Tous ont eu une réflexion quant à la réalisation et l'indication d'une RCP pour leur patient : « J'aurais essayé euh, parce que là c'est sûr que chez lui ça valait le coup de faire la réanimation » (M2) ; « on se demande est-ce qu'on aurait dû le faire enfin ça pose un problème » (M8).

Certains évoquent même une certaine incompréhension : « ça m'énerve » (M6), vis-à-vis du SAMU qui « s'acharne pendant trois quarts d'heure », alors que « vous savez que ce n'est pas récupérable » (M6) et que l' « on a affaire à des légumes » (M7).

Ils craignent de « perdre le sens des réalités », de faire les choses « sans savoir pourquoi », « on nous demande de faire du euh, de la réanimation jusqu'à ce que le SAMU arrive » (M7), alors qu' « il est mort visiblement » (M7) et qu'il « faut parfois être un peu humain » (M9).

3) *Acceptation de la mort*

Leur rapport à la mort est exprimé de façon sereine.

La mort « c'est la vie » (M4, M6, M9, M11) ; on « l'accepte » ; « la côtoie » ; il faut la « reconnaître quand elle est là » (M7) et « ça fait partie de la médecine » (M3) ; « c'est notre métier » (M4).

« 96 ans mourir d'un seul coup d'un seul sans être grabataire c'est beau (...) parce que c'est lui voler sa mort que d'essayer de récupérer quelqu'un qui a 96 ans qui est tombé tout seul dans la rue d'un seul coup » (M9).

4) *Un affect prononcé*

La plupart des termes utilisés pour qualifier la relation avec leur patient sont empreints de « sympathie » ; le patient est dit « gentil », « sympa », « très vivant », « jovial », voire « c'est comme à la maison » (M2, M5, M6, M8, M12).

Ils disent être conscients et même « embêté hein. J'ai tendance (...) de ne pas être que dans l'empathie. » (M5).

Ceci est justifié par le fait même de la pratique de la médecine générale, « le médecin de famille » (M8), qui pour une « grande partie de nos patients (...) connaît leur vie (...) leur affect » (M8) ; qui « voit les gens avant et (...) les familles après donc ce n'est pas forcément comme un urgentiste qui va intervenir ponctuellement (...) après effectivement il faut gérer la famille et on voit que les souvenirs restent » (M10).

Et certains revendiquent ce relationnel comme « un avantage », « un privilège » (M8, M11), qui aide aussi à la décision de poursuivre une RCP ou non : « (...) on arrête ou on n'arrête pas je leur dis « rah putain quand même, il est jeune, il aime son chien », hein, il était autonome Oui bah (...) on nous demande souvent ».

Ils se soucient de l'aspect « traumatisant » de la RCP pour les familles « : Ce n'est pas toujours facile hein parce que des fois on arrive à isoler la famille dans une pièce à côté... pas toujours hein ! Pas toujours ! » (M6).

III.2.7 VECU RELATIONNEL

1) *Relation avec les urgentistes*

Les médecins généralistes expriment un sentiment de dépréciation et certains utilisent des termes assez violents.

Certains se qualifient de « pauvre médecin généraliste de base » (M5) ou de « nul » (M6).

Ils pensent être perçus comme « la cinquième roue du carrosse » (M10), « des abrutis de première » (M8), « des abrutis (...) des cons » (M7) :

« D'une façon générale les médecins généralistes sont mal formés à tout de toute façon dès qu'il y a un problème les médecins généralistes ne sont pas compétents ce qui peut être vrai mais bon ! » (M10).

Les urgentistes sont perçus comme « des cow-boys » (M5, M7) qui font « le cirque pendant trois quarts d'heure » (M6) et qui les jugent : « c'est toujours agaçant d'avoir l'observateur du professionnel du coin qui se dit tiens : qu'est-ce qu'il va encore me faire comme... » (M3) ; « c'est super facile (...) de dire « oh le généraliste il n'a rien foutu » » (M8).

Certains évoquent le souhait que les « urgentistes (...) soient conscients de notre solitude (...) soient compréhensifs » (M7).

D'autres s'effacent : « (...) mais tant qu'il y a le SAMU moi je ne dis rien je ne dis pas qu'il est mort (...) moi il n'y a plus de place pour moi » (M6).

Ceci n'empêche en rien « le lien de confraternité » (M10) et leur compétence reconnue par tous.

2) *Relation avec la régulation SAMU*

Certains évoquent des soucis liés à l'appel SAMU.

Rares sont ceux qui ont l'impression que « pas mal de détails » (M5) sont demandés, des questions quelquefois perçues comme « aberrantes », alors qu'ils sont dans une situation « difficile » : « faut tout faire, faut entres autres (...) répondre au SAMU (...) alors que vous êtes en train de réanimer le gars (...) On ne peut pas par exemple dire à quelqu'un appelez le SAMU (...) point » (M7).

Ils évoquent également la prise d'appel par les ARM : « les non-professionnels de la régulation mais bon des gens qui n'ont pas été nécessairement formés à réguler l'alerte euh, (...) n'ont pas les bons réflexes hein » (M5) ; et pourquoi pas « mettre en place pour nous des lignes ? » (M5).

3) *Compétences exigées*

Certains ont « l'impression qu'on se décharge un peu » (M5) sur eux ; « qu'on leur en demande de trop faut qu'on fasse le soin courant (...) la prévention (...) les urgences en plus oui ça fait beaucoup non mais sur nos petites épaules ça fait beaucoup » ; « un côté un peu surhomme (...) qui fait un peu peur (...) pour faire face à tout c'est pas simple quoi » (M8).

Le système de soins est vu pour certains comme « défaillant », où le médecin généraliste est sollicité « pour arranger tout le monde parce qu'on n'a pas les moyens parce que, euh, humains parce qu'on n'a pas les gens formés tout ça » (M5)

Alors qu' « on ferme les urgences dans les petits hôpitaux » (M7).

Il est évoqué « un climat (...) délétère. C'est pas ni la presse, ni les officiels (...) ni rien pour soutenir les généralistes. Ils sont bien seuls » (M11).

Le système MCS est vu par certains « comme une bonne chose (...) dans des villages un petit peu éloignés » mais peut-être destiné « aux jeunes médecins » (M12) ou au contraire : « C'est trop le bordel ! Faire le con le dimanche matin euh... Enfin bon (...) chacun vit sa vie, quoi ! » (M8).

III.2.8 FORMATION

1) *Un besoin ressenti*

Tous les médecins expriment un besoin de formation concernant l'arrêt cardiaque : « (...) justement je n'ai pas fait de formation, euh, spécifique et que des fois (...) euh, ça me ferait du bien » (M6).

Cette formation est voulue plutôt « pratique » : « je n'ai absolument pas la pratique or on sait que c'est la pratique qui est essentielle dans ce genre de choses (...) » (M10) et « à réactualiser, à renouveler » (M2) parce qu' « au fil du temps », « les choses s'oublient vite » (M9 M12).

« nos gestes pratiques, faut les renouveler, on perd comme tout le monde hein y a pas de raisons que... » (M2).

Une formation permet d' « acquérir une certaine confiance en soi, ça c'est très important » (M4) ; de « se rassurer, être sûr qu'on le fait bien » (M6).

Certains évoquent l'importance de la formation initiale pendant l'internat, avec une confrontation réelle à l'arrêt cardiaque : « Oui mais je veux vous dire euh, six mois aux urgences mais faut sortir en SMUR (...) faut y avoir été confronté d'abord » (M5).

Un médecin ne comprend pas qu'il n'y ait « rien d'obligatoire au niveau médical alors que (...) les pompiers sont obligés de se former tous les deux ans (...) c'est un peu bizarre je trouve » (M2).

Les médecins ayant un cursus en relation avec les urgences justifient ce choix comme une aide à l'installation en cabinet : « (...) enfin je n'aurais jamais imaginé m'installer sans faire de service d'urgences réa » (M1) ; « ça m'a servi ça m'a permis quand je me suis installé comme généraliste » (M4).

On retrouve également des discours exprimant un doute sur la nécessité d'une formation régulière au massage : « bien sûr tout le monde sait comment faire un massage cardiaque » (M7), et puis : « le massage cardiaque euh, tous les 3 ans il change, euh, personne ne se rappelle comment on euh, voilà, ce qui est important c'est de presser la pompe et voilà » (M9).

2) *Mais des obstacles...*

Liés à l'information

Peu évoquent les formations proposées au CH de Châteauroux (M2, M6, M9 et M12), sans grandes certitudes pour certains : « l'hôpital de Châteauroux m'a proposé récemment je ne sais plus (...) » (M12) ; « une formation bah de, euh, de premiers gestes d'urgence qui était proposée et je ne sais même plus par quoi, le 6 Avril (...) » (M6).

Certains parlent de formations proposées dans d'autres villes « Orléans » (M1), « Bourges » (M12), « Villedieu »...

Liés à la disponibilité

Tous expriment un manque de temps soit lié à une surcharge de travail dans « une région où l'on peine à trouver des remplaçants, les jeunes étudiants ne sont pas très enclins à venir. » (M1), soit lié à la vie de famille et aux loisirs.

« Bah devant l'importance du, du travail quotidien, moi je vous dis quand je fais 12 heures c'est une petite journée, bon bah après on n'a pas envie de foutre le camp et aller se reformer » (M7) ; « Le temps on le trouve euh, en remplacement des loisirs du dimanche c'est un petit peu difficile! » (M12) ; « Donc je dirai bon y'a des jours bah on s'occupe de nos mômes » (M8).

Certains perçoivent les formations proposées comme peu commodes, car « sur deux jours » ; « au mois de Novembre, Décembre, quand l'activité est lourde » (M1) ; « le week-end (...) c'est pas possible » (M8).

D'autres évoquent les difficultés liées aux multiples sollicitations : « Un coup c'est une formation à Argenton, (...) au Blanc après on va se faire 3 jours à tel endroit après y a les pompiers qui vous appellent et puis le dimanche c'est une manœuvre et puis on s'en sort plus quoi ! » (M7).

Alors que « y'a pas besoin de faire du compliqué, une matinée ça suffit hein » (M5).

A noter que tous les médecins généralistes participent aux Formations Médicales Continues (FMC).

Liés aux compétences multiples exigées

La médecine générale est perçue comme une discipline qui « touche à toute la médecine » (M4) ; « nous, on fait tout ! On fait de la gynéco, de la pédiatrie, en passant par la cardio, la cancéro, la pneumo... on fait tout ! Y'a pas un truc qui nous échappe ! (...) donc on aurait besoin de formation pour tout c'est évident! Après quand est-ce qu'on la fait ? » (M8)

D'où la difficulté des choix de formation : « Enfin on ne peut pas tout faire, même si on est super médecins généralistes, on ne peut pas tout faire dans toutes les spécialités. » (M10).

IV DISCUSSION

IV.1 Limites et biais méthodologiques

IV.1.1 limites et biais liés à l'échantillon

Ce travail est exploratoire et n'a pas pour but d'être statistique ni représentatif. Il recherche la diversification de l'échantillon pour recueillir l'ensemble des hypothèses répondant à la question de recherche. Il n'y a pas non plus de règles strictes quant à la taille de l'échantillon ; la sélection des interviewés doit se poursuivre jusqu'à ce qu'aucune observation nouvelle ne soit obtenue. La saturation des données est ressentie à la fin du douzième entretien.

IV.1.2 limites liées à l'entretien

Cette étude est réalisée en novice, bien que soutenue par la lecture d'ouvrages et d'articles de méthodologie (12) et les conseils de spécialistes.

Le rôle de l'intervieweur est essentiel durant le déroulement de l'entretien. Il est très difficile de ne pas orienter une question et ne pas laisser paraître sa propre subjectivité.

D'autre part, la neutralité de l'environnement n'a pas pu être parfaitement respectée, du fait du manque de disponibilité des médecins généralistes. Les entretiens ont dû être réalisés au sein de leur cabinet et entre deux consultations.

IV.1.3 limites de l'analyse des entretiens

L'analyse des discours et la production de sens comportent inévitablement une part d'interprétation majorée par le manque d'expérience et de compétence en matière de recherche qualitative.

Une analyse croisée avec un autre théorème ou un codage ouvert en aveugle aurait permis une meilleure triangulation.

On retrouve également un biais d'investigation : le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par la même personne, ce qui augmente le risque d'interprétation et d'influence.

IV.2 Discussion des principaux résultats

L'objectif de cette recherche est de décrire la perception des médecins généralistes concernant leur place dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque, afin de proposer des formations répondant à leurs besoins réels et ressentis.

Il existe malheureusement très peu d'études, voire aucune, dans la littérature concernant cette thématique.

Des médecins généralistes concernés...

Les médecins généralistes expriment tous une sorte de « responsabilité » quant à la prise en charge d'un arrêt cardiaque ; cela fait partie de leurs compétences requises en tant que médecin généraliste, en tant que « médecin de premier recours »... la médecine générale étant définie comme « le premier contact avec le système de soins » par la WONCA (World family doctors Caring for people) en 2002 (13).

On relève néanmoins une implication nuancée liée à la disparité géographique.

Les médecins généralistes en zone rurale ou semi-rurale ont le sentiment d'être plus concernés, davantage confrontés à l'arrêt cardiaque par rapport à leurs confrères urbains. L'argument principal avancé, pour la plupart, est le délai de l'intervention SMUR... En effet, selon les données de la littérature, ils y sont confrontés environ 3 fois plus et sont très souvent les plus sollicités et les premiers arrivés sur les lieux (14-15).

Tous estiment que le minimum requis est de savoir prendre en charge l'arrêt cardiaque au même titre que la population générale : alerter / masser / défibriller (6).

La plupart des médecins ruraux et semi-ruraux ressentent un besoin supplémentaire : savoir poser une voie veineuse périphérique avec l'administration d'adrénaline dans la prise en charge de l'arrêt cardiaque, besoin non ressenti, voire même jugé « inutile » dans le cadre de l'arrêt cardiaque par les médecins urbains.

Leur place dans la prévention est exprimée de façon unanime pour ce qui concerne le contrôle des facteurs de risques cardio-pulmonaires et l'attention particulière portée aux signes d'alerte. Ils n'ont cependant pas évoqué la sensibilisation de leur patientèle aux gestes de RCP.

La Fondation Suisse de Cardiologie rappelle en 2007 le rôle du médecin généraliste qui se doit d'informer ses patients sur « les facteurs de risque cardio-vasculaire », « les symptômes d'urgence cardio-vasculaire » et d'inciter « le plus grand nombre possible à se former en RCP » (16).

Toutefois, une majorité de médecins déclarent ne pas sensibiliser les patients et leur famille aux gestes de base, parce qu'ils n'y pensent pas ou par la volonté de ne pas infliger un stress supplémentaire (17-18).

Ils évoquent aussi le fait de détenir, sur leur patient, des indications leur permettant de poursuivre ou non une RCP, contrairement à l'urgentiste qui intervient ponctuellement (15).

Et angoissés

Les médecins généralistes ressentent un « malaise », une « angoisse » à la prise en charge d'un AC. La plupart ont une vision assez solitaire du médecin généraliste face à l'AC et se sentent « démunis », « limités » et sans « moyens matériels ».

Or, ils évoquent tous la présence des pompiers sur les lieux et en sont rassurés, ils ne sont donc pas seuls. Ceci met en évidence des difficultés ressenties d'intégration au sein d'une équipe de secouristes entraînée à la prise en charge d'un AC.

Egalement, il apparaît une confusion dans la priorisation et la chronologie des gestes de RCP, qui sont différentes selon que le médecin généraliste est seul, avec des témoins ou avec des secouristes.

Notamment, la question de l'intérêt de la VVP et de l'adrénaline avant l'arrivée de l'équipe spécialisée est bien présente chez les médecins généralistes ; on ressent une certaine culpabilité liée au manque de moyens.

Mais il faut rappeler que l'élément majeur dans la prise en charge d'un AC est la précocité de l'alerte, le massage cardiaque et la défibrillation : selon certaines études, le taux de survie peut atteindre 43%, si la RCP est entreprise dès les premières minutes, et tombe à 7% si rien n'est fait dans les 8 minutes.

La mise en place de la VVP et de l'adrénaline est secondaire et donc peut attendre (4-7-19).

Des connaissances approximatives

Les médecins généralistes expriment des connaissances « floues », approximatives. Ils en sont conscients, parlent de « manque de formation pratique », voire qualifient leur prise en charge de « bricolage ».

Ils expriment même « un manque certain de réactualisation » des connaissances.

Les connaissances théoriques sont présentes, mais semblent approximatives. Dans une étude de Colquhoun, seuls 16% des médecins étaient capables de réaliser correctement les premières étapes d'une RCP (20).

Par contre, certains médecins, avec un cursus antérieur mais lointain lié à l'urgence, pensent être aptes à prendre en charge correctement un arrêt cardiaque malgré l'absence de mise à jour, alors que certaines de leurs données sont erronées : « une fréquence (...) de 60 par minutes » (M1).

D'autres pensent que la réalisation d'un massage cardiaque et l'utilisation du DSA sont assez simples...

Cependant, de nombreuses études ont démontré que les performances commencent à diminuer au bout de 3 à 6 mois après une formation, avec une décroissance rapide, et que les médecins surestiment leur maîtrise des gestes de RCP après formation (8-15-21).

La place de la ventilation est aussi source de confusion, amenant à la perte d'utilisation du ballon insufflateur : elle n'est pas abandonnée et même est primordiale dans certaines situations (enfants, noyés ou tout autre victime d'un arrêt cardiaque relevant d'une cause respiratoire) (6).

Même si le massage cardiaque est primordial, la ventilation reste recommandée, sous réserve qu'elle n'influe pas sur la qualité du massage.

On peut aussi se demander si leur sentiment de « bricolage » ne correspond pas plutôt à un manque de confiance en soi, à une méconnaissance de leur réelle compétence liée à un manque de formation et d'évaluation ?

De nombreux obstacles

Les médecins généralistes se sentent concernés, expriment un besoin de formation et sont conscients de leurs difficultés, et pourtant peu des médecins généralistes interrogés ont entrepris une formation aux gestes de RCP ou une réactualisation depuis la fin de leurs études.

De nombreux obstacles sont exprimés lors des différents entretiens.

Un manque d'information et de formation

L'étude pratique des gestes d'urgence lors du 3^{ème} cycle des futurs médecins généralistes comprend un stage obligatoire aux urgences, qui n'assure pas de façon systématique un apprentissage de gestes de RCP, argument avancé par certains des médecins généralistes et retrouvé dans la littérature (9).

Depuis l'Arrêté du 20 avril 2007, les étudiants en médecine ont l'obligation de suivre une formation aux gestes et soins d'urgences (AFGSU) de niveau 2, à réactualiser tous les 4 ans. Celle-ci est seulement recommandée aux médecins déjà en exercice, mais est encore mal connue des médecins généralistes (22-23-24).

Les médecins généralistes se considèrent peu ou mal informés concernant les formations aux gestes de RCP proposées. Ils les perçoivent comme contraignantes ou mal adaptées à leur emploi du temps ou à leur pratique ; le principal argument avancé est un manque de temps lié à une surcharge de travail dans un département à faible densité médicale.

La plupart ne connaissent pas les formations ni leurs modalités (qui ne sont pas celles évoquées par les médecins) proposées au sein du CH de Châteauroux, malgré la diffusion d'un livret. Peut-être faudrait-il s'interroger sur la qualité de ce support d'information ?

Un manque de temps... et pourtant tous se forment régulièrement au sein des FMC.

Dans l'étude de Bury et al, une majorité des médecins généralistes déclare suivre une FMC mensuelle et pourtant moins de 50% avaient bénéficié d'une formation aux gestes de réanimation cardio-pulmonaire. Le manque de FMC dans le domaine des gestes d'urgence pourrait expliquer l'ancienneté des dernières formations et/ou remises à jour (8).

Les médecins généralistes souhaitent une formation et la voient plutôt pratique. Les modes de formation plus interactifs et plus proches de la pratique des médecins, tels que la simulation médicale et l'utilisation des techniques de pédagogie active, auraient un impact plus prononcé. En 2008, le rapport sur la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins montre que la FMC emprunte encore des formes pédagogiques didactiques traditionnelles, qui ont peu d'effet direct sur les pratiques (25-26-27-28).

Une perception négative

Une perception négative est exprimée par les médecins généralistes. Ils se sentent « jugés », « incompris » et qualifiés d' « incompetents » par les urgentistes et, plus largement, par les médecins spécialistes et hospitaliers. Ils estiment également que le système de santé se détériore et « qu'on se décharge sur eux ».

En 2008, une étude réalisée pour l'Académie de Médecine et le Sénat concernant le rôle et la place du médecin généraliste en France signale ce sentiment de « détérioration du système de soins » et de dégradation de leur statut et de leur image au fil des années. Tous considèrent bénéficier d' « une moins grande aura auprès des Français que certains spécialistes » (29).

La notion de relation ville-hôpital est au cœur de nombreux débats ; plusieurs axes d'actions sont proposés afin d'améliorer les relations entre médecins généralistes et médecins hospitaliers, notamment les médecins urgentistes. Ils mettent en évidence des problèmes relationnels, principalement liés à des carences de communication (30). La solution serait un réseau Urgentistes-Généralistes ; de nombreux outils sont proposés comme des FMC sur le thème de l'urgence par des urgentistes locaux (31-32).

Une thèse concernant la relation médecins généralistes et urgentistes relève l'accessibilité des urgentistes par les médecins généralistes comme un point majeur de la communication pré-hospitalière (33).

Certains évoquent des problèmes organisationnels liés à la régulation par « du personnel non médical » lors de l'appel SAMU, avec une impression de non prise en compte de leur statut de médecins. Le fonctionnement de la régulation médicale notamment le rôle des ARM semble être méconnu.

Un médecin soumet l'idée d'une ligne directe réservée aux médecins.

A noter qu'une ligne directe pour joindre les urgentistes destinée aux médecins généralistes existe à l'hôpital Cochin à Paris (34) et, dans certains pays comme l'Australie, le régulateur référent de cette ligne directe est un médecin urgentiste (35).

Crainces d'un point de vue médico-légal

La plupart évoque des craintes quant à leur responsabilité, lorsqu'ils s'équipent de matériels (perfusion, adrénaline, DSA ...).

Il n'existe aucune recommandation claire de l'Agence Régionale de Santé sur le contenu nécessaire d'une trousse d'urgence, ni même d'obligation d'en posséder une (36). Ce qui ressort de la littérature est qu'il faut adapter celle-ci à la population soignée, à son expérience et à son lieu d'exercice (37).

Le Code Pénal et le Code de Déontologie évoquent l'obligation d'assistance à personne en danger. (38-39-40)

Malgré l'absence de données claires dans la littérature, les craintes des médecins généralistes peuvent être justifiées. Il est stipulé, dans l'article 71 du Code de Déontologie, que le médecin doit disposer « de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge » et, dans l'article 78, que c'est au médecin « d'apprécier (...) ce que requièrent ces urgences comme moyens matériels pour satisfaire aux conditions de l'obligation de moyens ». Et « le dysfonctionnement, quel qu'il soit, engagera la responsabilité du médecin ».

En pratique, il n'y a pas de réponse définitive consensuelle sur les moyens dont doit disposer un médecin pour être exempt de tout reproche devant un juge. C'est seulement à l'occasion de litiges que les juges auront à trancher sur la responsabilité du médecin, donc au cas par cas.

Concernant les DSA, selon le Code du travail, ils « doivent être entretenus et vérifiés suivant une périodicité appropriée » ; tout dysfonctionnement lié à un manque d'entretien imputable à l'entreprise engage sa responsabilité pénale (R. 232-1-12 du Code du travail).

Il n'y a pas d'informations concernant la responsabilité des médecins généralistes qui acquièrent un DSA au sein du cabinet.

La question du défibrillateur

De nombreuses publications sont favorables à l'implantation d'un DSA au sein des cabinets de médecins généralistes, ce qui, selon elles, permettrait d'initier le plus précocement possible les gestes de réanimation cardio-pulmonaire (8-9-20-41-42-43-44-45-46-47-48-49).

Seuls 1 à 2% des cabinets médicaux sont, à ce jour, équipés d'un défibrillateur.

Les médecins généralistes ne sont pas opposés, mais évoquent des obstacles (coût, maintenance...) que l'on retrouve dans la littérature (50) et ils avancent des arguments notables : ils ont l'impression qu'un maillage bien élaboré des DSA au sein des communes serait suffisant et que le DSA est apporté dans des délais corrects par les pompiers.

Tous évoquent la présence quasi simultanée des pompiers avec le DSA, lors de la prise en charge d'un arrêt cardiaque.

En Irlande, les médecins généralistes sont équipés à plus grande échelle en DSA au sein de leur cabinet mais dans un contexte où ils sont les premiers sur place avant les ambulances, avec des délais longs dans près de 72,6% des cas (49).

IV.3 Des pistes pour une amélioration

Les médecins généralistes se sentent dans l'ensemble concernés par la prise en charge de l'arrêt cardiaque et souhaitent se former ; en tout cas, on perçoit une certaine motivation, un besoin, mais ils se heurtent à de nombreux obstacles.

Améliorer la communication

L'élément essentiel est l'amélioration de la communication entre les urgentistes et les médecins généralistes. Il conviendrait de favoriser les rencontres, notamment sur les lieux de formation, avec accès possible à la salle de régulation, ceci afin de permettre des échanges et de contribuer à résoudre ces carences de communication.

Il paraît important de sensibiliser les urgentistes au ressenti des médecins généralistes.

La communication peut aussi être améliorée à l'arrivée du SMUR sur les lieux de l'AC : discussion de l'urgentiste avec le médecin généraliste concernant le patient (antécédents, questionnement sur l'indication de RCP selon lui...).

Il semble important également d'expliquer aux médecins généralistes le rôle primordial de l'ARM pour la prise des coordonnées. Une ligne directe semble difficile à créer ; mais inciter les ARM à passer en priorité au médecin régulateur les appels des médecins généralistes est possible.

Concernant le DSA, a priori une meilleure répartition au sein des communes est la solution retenue par les médecins généralistes. On pourrait donc inciter les médecins généralistes à favoriser l'implantation de DSA au sein de leur commune auprès des mairies. Des réunions de sensibilisation peuvent être organisées, avec la participation de médecins urgentistes (CESU) et de médecins généralistes.

Une formation adaptée

La formation doit être abordée comme une amélioration de leur pratique, puisqu'ils ne sont pas complètement novices en matière de prise en charge de l'arrêt cardiaque, tout en tenant compte de leurs besoins et de leurs difficultés liés à une pratique non hospitalière.

Cette formation doit être adaptée à la réalité du terrain, au lieu d'installation du médecin généraliste et à ses contraintes. Elle doit être conçue en fonction des connaissances antérieures du médecin généraliste et favoriser l'auto-évaluation dans un climat de confiance et de dialogue.

Elle doit aussi apporter des messages simples, être courte et utiliser des techniques de pédagogie active et de mise en situations pratiques, sur mannequin de simulation, au plus proche de la réalité.

Une formation, à réaliser au sein des FMC semble judicieuse et pourrait augmenter le taux de participation des médecins généralistes, et pourquoi ne pas inviter également des urgentistes à ces formations, afin de favoriser les échanges ?

Le support d'information proposé dans l'Indre par le SAMU 36 est critiquable ; il s'agit d'un catalogue assez volumineux regroupant toutes les formations proposées aux médecins généralistes mais également aux autres professionnels de santé. Ces formations sont noyées au sein d'informations diverses. Elaborer un support plus simple et concernant seulement le médecin généraliste serait une piste.

Les formations aux soins d'urgence proposées à ce jour par le CESU 36

Elles ont lieu dans les locaux du CESU 36 au sein du CH de Châteauroux. Ceci permet l'accès à des locaux équipés d'un matériel de simulation et à la salle de régulation du SAMU 36.

- Les internes de DESC de médecine d'Urgence bénéficient de formations pratiques basées sur la simulation : ces formations sont également proposées aux internes de DES de médecine générale.

- L'AFGSU niveau 2 est proposée en formation initiale aux étudiants (institut de formation des professionnels de santé, étudiants en médecine) et en formation continue pour les médecins généralistes. Elle se déroule en 3 journées de 7 heures.
- Une formation de recyclage AFGSU niveau 2 est prévue sur une journée.
- Une formation spécifique est proposée aux médecins généralistes libéraux : Le médecin généraliste face aux situations d'urgence ; prise en charge des détresses vitales en attendant le SMUR. La durée de la formation est de 7h30. Les dates de formation sont modulables en fonction des disponibilités des médecins généralistes.

A l'issue de ce travail, il est prévu, pour les médecins généralistes, l'élaboration d'une formation courte (d'une durée de 3 à 4 heures maximum, possibilité en soirée ou au sein de FMC) portant sur la prise en charge de l'AC, avec adaptation possible selon leurs disponibilités (date et horaire).

Cette formation proposera des mises en situations pratiques sur mannequin de simulation et une visite possible de la salle de régulation.

V CONCLUSION

Les médecins généralistes, en tant que médecins de premier recours, se sentent impliqués et responsables dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Ils revendiquent également leur rôle dans la prévention et le contrôle des facteurs de risques cardio-vasculaires.

Cette implication est plus prononcée en zone rurale et semi-rurale où la confrontation à un arrêt cardiaque est plus importante, le délai d'intervention du SMUR étant plus long.

Les médecins généralistes expriment un sentiment d'angoisse, de solitude, et se sentent démunis face à l'arrêt cardiaque. Ils expriment des difficultés dans la chronologie et la priorisation des gestes de RCP, en fonction des situations et des moyens disponibles sur place.

Ils qualifient leurs connaissances d'approximatives, en ont conscience et expriment un souhait de formation pratique, mais ils se heurtent à de nombreux obstacles :

- le manque d'information et de formation adaptée à leur pratique non hospitalière et à leur disponibilité,
- un manque de communication avec les urgentistes, entraînant des problèmes relationnels avec un ressenti négatif,
- des difficultés liées à « la médecine générale » : une discipline aux multiples compétences exigées
- des craintes médico-légales.

Ce travail a donc permis de cerner quelques freins à la formation aux gestes de RCP.

L'amélioration de la communication entre les urgentistes et les médecins généralistes, en favorisant les rencontres, semble être primordiale.

La formation, quant à elle, doit être courte, simple, adaptée à la réalité du terrain, aux contraintes des médecins généralistes et basée sur des mises en situation pratique avec mannequin de simulation.

VI BIBLIOGRAPHIE

1. Vacheron, L. Guize. Recommandations de l'Académie Nationale de Médecine concernant la prise en charge extrahospitalière de l'arrêt cardio-circulatoire. 30 janvier 2007.
2. E. Alliot, J. Beaune, R. Brion, N. Danchin, A. Hagege, X. Jouven, C. Spaulding. Halte à l'arrêt cardiaque : comment prévenir la mort subite ? 18ème journée de la société française de cardiologie. Janvier 2008.
3. C. Muntean, D. Pavin, P. Mabo, J.Y. Kerharo, D. Boulmier, Y. Mallédant et J.C. Daubert, arrêt cardiaque extrahospitalier : prise en charge initiale puis en milieu cardiologique. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, Tome 98, n°2, février 2005, pp87-94.
4. Z. Mokrani, N. Illi, S. Valéro, F. Peyras, V. Soulleihet, JP. Auffray. Epidémiologie des arrêts cardiorespiratoires pris en charge par le SMUR de Salon-de-Provence. JEUR, vol 21, sup 1, 2008.
5. Larsen MP et al. Predicting survival from out of hospital cardiac arrest : a graphic model. Annals of emergency Medicine.1993. 22 : pp1652-8.
6. J.P. Nolan, J. Soar, D. A. Zideman, D. Biarent, L. Bossaert, C. Deakin, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Resuscitation. 2010;81:1219-76.
7. RO Cummins, JP Ornato, WH Thies, PE Pepe. Improving survival from sudden cardiac arrest : the "chain of survival" concept : A statement for health professionals from the Advanced Cardiac life support subcommittee and the emergency cardiac care committee, American Heart Association. Circulation. 1991, 83 : pp1832-47
8. G. Bury, H Prunty, M Egan, B Sharpe. Experience of prehospital emergency care among general practitioners in Ireland. Emerg Med J 2008. 25, pp450-454.
9. C. Roger et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence. Etude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. La presse Médicale, vol. 37, no. 6, p. 929-934, juin 2008.
10. INSTRUCTION N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)
11. 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. Exercer. 2008;84:142-5.
12. Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin, 2^{ème} édition 2012.
13. World family doctors Caring for people Europe, la définition européenne de la médecine générale – médecine de famille, WONCA Europe 2002.
14. Colquhoun MC. Resuscitation by Primary care doctors. Resuscitation. 2006 ; 70 : 229-37
15. Lin Soo, Nelville Smith, David Gray. The place of general practitioners in the management of out of hospital cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 1999,43, pp57-63
16. Martin von Planta. Lancement du premier programme national de sauvetage HELP en cas d'urgence cardiaque. Bulletin des médecins suisses. Fondation Suisse de cardiologie, 2007, 88 :3.
17. Leo L. Bossaert, Theo Putzeys, Koenraad G. Monsieurs and Raf J. Van Hoeyweghen. Knowledge, skills and counselling behaviour of Belgian general practitioners on CPR-related issues. Resuscitation 24; 1992, pp49-54.
18. Hoffman Puyfaucher L. Connaissances et méthodes de formation en soins primaires en médecine générale : gestion d'un arrêt cardiaque par une population de médecins généralistes installés dans le département des Yvelines. Thèse pour le doctorat en médecine Faculté de Médecine Paris Descartes. Mars 2011.
19. Gordon A. , Ewy M.D. Cardiopulmonary Resuscitation - Strengthening the Links in the Chain of Survival. N Engl J Med. 2000;342 : 1599-601.

20. Colquhoun MC. Defibrillation by general practitioners. *Resuscitation*. 2002 fevr;52(2):143-8.
21. Ammirati Ch., Amsallem C., Gignon M., Bertrand C., Pelaccia Th. Les techniques modernes en pédagogie appliquée aux gestes et soins d'urgence. *Urgences* 2011. Conférences ANCESU.
22. Arrêté du 10 Octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales NOR : MENS0002592A. *Journal Officiel* n°241, 17 octobre 2000.
23. Arrêté du 03 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences. NOR SANP0620923A *Journal Officiel* n°59 du 10 mars 2006.
24. Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgences au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques. *Journal Officiel* n°107 du 08 mai 2007.
25. Rapport de l'IGAS : formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel. Novembre 20008.
26. Barra E., Messant I., Bonnetain E., Arnaud T. Formation par simulation médicale : Une réalité pour SOS Médecins Frances. *Urgence Pratique* Novembre 2011 N°109.
27. Berton J., Bouhours G., Lassalle V., Granry JC. Simulation haute fidélité et gestion de l'arrêt cardiaque. *Urgences Pratique*. Mai 2011 N°106.
28. Der Sahakian G., Lecomte F., Kansao J, Cardot G., Kierzek G., Boubaker H., Claessens YE., Pourriat JL. Formation des internes en médecine d'urgences : la simulation, un maillon indispensable ?. *Urgence Pratique* juin 2010 N° 101.
29. Audic Y., Perigios E., Sliman G. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. BVA ; Académie Nationale de Médecine. Février 2008.
30. Godement J. Evaluation du recours au service des urgences par les médecins généralistes de ville et par les consultants spontanés. Th D med, Paris 6 ; 2008.
31. Salmon C. Etat des lieux des relations généralistes-urgentistes : enquête par entretien dans la région de Dinan en 2004. Th D Med, Rennes 1 ; 2005.
32. Vidal-Naquet M. Etude de la collaboration entre le service d'accueil des urgences du CHU de la Conception et les médecins généralistes alentours à partir d'un groupe témoin. Th D Med, Aix-Marseille II ; 2008.
33. Wimel M. Que pensent les médecins généralistes et urgentistes de leurs relations ? Etat des lieux dans le bassin de Roanne et dans le Nord-Ouest de Lyon entre juillet et novembre 2008. Thèse pour le doctorat en médecine Faculté de médecine Lyon Est. Décembre 2010.
34. Eclancher W. Etude préliminaire de développement et d'évaluation d'un réseau ville-hôpital au service des urgences de l'hôpital Cochin. Th D Med, Versailles Saint Quentin en Yvelines ; 2006.
35. Lane N, Bragg MJ. From emergency department to general practitioner : evaluating emergency department communication and service to general practitioners. *Emerg Med Australas*. 2007 Août;19(4): 346-352.
36. CNGE. Prise en charge de l'urgence ? *Médecine générale* (Elsevier Masson SAS, Paris) p53-57
37. POLIKIPIS M, CLAESSENS B, MOLS P La trousse d'urgence du généraliste doit rester simple mais efficace. *Rev Med Brux*, 2007 Sep ; 28(4) :232-40
38. Code Pénal. (<http://www.legifrance.gouv.fr/>) article 223-6, alinéa 2
39. Code de la santé publique. (<http://www.legifrance.gouv.fr/>) : article R.4127-9, Article 9 : Assistance à personne en danger
40. Code de déontologie médicale : article 77 (<http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf>)
41. Kim C, Fahrenbruch CE, Cobb LA, Eisenberg MS. Out-of-hospital cardiac arrest in men and women. *Circulation*. 2001 nov 27 ; 104(22) : 2699-703

42. O'Rourke MF, Donaldson E, Geddes JS. An Airline Cardiac Arrest Program. *Circulation*. 1997 nov 4 ; 96(9):2849-53.
43. Page RL, Joglar JA, Kowal RC, Zagrodzky JD, Nelson LL, Ramaswamy K, et al. Use of automated external defibrillators by a U.S. airline. *N. Engl. J. Med.* 2000 oct 26 ; 343(17) : 1210-6
44. Sherry L. Caffrey, E.M.T.-P., Paula J. Willoughby, D.O., M.H.P.E., Paul E. Pepe, M.D., M.P.H., and Lance B. Becker, M.D. Public Use of Automated External Defibrillators – *NEJM*. *N Engl J Med*. 2002 ; (347) : 1242-7
45. Valenzuela TD, Roe DJ, Nichol G, Clark LL, Spaite DW, Hardman RG. Outcomes of rapid defibrillation by security officers after cardiac arrest in casinos. *N. Engl. J. Med.* 2000 oct 26;343(17) : 1206-9
46. Caron J, Lasserre P, Mannhart P, Jbeili C, Giacomello P, Bargain P, et al. Epidémiologie et pronostic des arrest cardiorespiratoire (ACR) ayant bénéficié d'un défibrillateur semi-automatique (DSA) sur les aéroports de Paris-Charles- de- Gaulle et Paris-Orly. *Journal Européen des Urgences*. 2008 mars ; 21 : A233-4
47. The Public Acces Defibrillation Trial Investigators. Public-Access Defibrillation and Survival after Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med*. 2004 ; (351):637-46.
48. Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. Urgences vitales au cabinet médical : Implication pour la formation et l'équipement des médecins de premiers recours. *Rev Med Suisse*. 2008 août 20 ;4(167) :1768-72.
49. Bury G, Headon M, Dixon M, Egan M. Cardiac arrest in Irish general practice: An observational study from 426 general practices. *Resuscitation*. Nov 2009;80(11), pp1244-1247.
50. Toback SL. Medical emergency preparedness in office practice. *Am Fam Physician*. 2007 juin 1;75(11) : 1679-84.

VII ANNEXE

Annexe 1

Les éléments écrits en italique sont des aides au cas où l'interviewé n'aborde pas ces sujets.

Je réalise une étude sur le thème de l'arrêt cardiaque et le médecin généraliste.

Thème 1 : le médecin généraliste

Parlez-moi de votre pratique professionnelle?

- âge, sexe*
- type d'exercice*
- nombre de médecins au sein du cabinet*
- activité en relation avec les urgences*
- confrontation à un arrêt cardiaque*

Thème 2 : le patient

Parlez-moi de votre patient Mr ...?

- facteurs de risque cardiovasculaire*
- antécédents personnels/familiaux*
- dernière consultation : date, motif, état général*
- ancienneté de prise en charge*
- prise en charge d'autres membres de sa famille*
- qualifier le lien avec ce patient (affectif, entente, observance...)*
- décédé ou vivant ce jour*

Thème 3 : l'ACR

Racontez-moi les circonstances de l'ACR ?

- lieu*
- présence de témoin*
- présence du médecin généraliste*
- si oui : comment vous êtes-vous retrouvé sur les lieux?
qu'avez-vous fait? (appel, RCP, défibriller...)*
- si non : que faisiez-vous?
qu'auriez-vous fait?
avez-vous reçu un appel concernant cet ACR?*

Thème 4 : Ressenti et besoin

Qu'avez-vous ressenti ?

- sentiments*
- réactions*
- besoin de formation*
- besoin de sensibiliser votre patientèle aux gestes de RCP ?*
- pour quelles raisons ?*
- relation et prise en charge de la famille (deuil)*

Pensez-vous qu'en tant que médecin généraliste, une formation pratique et théorique des gestes de RCP soit nécessaire ? Pourquoi?

Que pensez-vous du DSA au sein du cabinet ?

Souhaiteriez-vous participer à une formation aux gestes de RCP?

Avez-vous des informations complémentaires que vous souhaiteriez aborder ?

VIII ABREVIATIONS

AC	Arrêt Cardiaque
AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
AR	Ambulance de Réanimation
ARM	Assistant de Régulation Médicale
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CH	Centre Hospitalier
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
DU	Diplôme Universitaire
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FMC	Formation Médicale Continue
MCS	Médecin Correspondant du SAMU
PDS	Permanence Des Soins
RCP	Réanimation Cardio-Pulmonaire
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
VML	Véhicule Médical de Liaison
VVP	Voie Veineuse Périphérique

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Faculté de Médecine de TOURS

LAGMIRY épouse GERALDO Gihade

Thèse n°

40 pages – 1 annexe

Résumé :

CONTEXTE - En France, 30 à 50 000 personnes par an décèdent d'un arrêt cardiaque. Le taux de survie est faible, la cause principale est un retard d'initiation des premiers gestes de réanimation cardio-pulmonaire. Le médecin généraliste peut être le premier témoin d'un arrêt cardiaque.

OBJECTIFS - Objectif principal : analyser la perception des médecins généralistes de l'Indre concernant leur place dans la prise en charge de patients victimes d'arrêt cardiaque.

Objectif secondaire : décrire les besoins et les attentes des médecins généralistes en vue d'une formation aux gestes de réanimation cardio-pulmonaire.

METHODE – Etude qualitative, au moyen de 12 entretiens semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes de patients victimes d'arrêt cardiaque dans le département de l'Indre.

RESULTATS – Les médecins généralistes en tant que « médecins de premier recours » se sentent impliqués et responsables dans la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Ils expriment des sentiments d'anxiété, de solitude et se sentent démunis. Leurs connaissances sont perçues comme approximatives et ils expriment un besoin de formation pratique. Mais cette motivation se heurte à de nombreux freins ressentis, notamment le manque d'information, de formation adaptée et de communication avec les urgentistes, entraînant craintes et confusions.

CONCLUSION – Il existe des difficultés exprimées par les médecins généralistes concernant la formation et la gestion d'un arrêt cardiaque. Améliorer la communication entre les médecins généralistes et urgentistes et proposer des formations pratiques, courtes et au plus proche de la réalité semblent être des pistes à envisager.

MOTS-CLES : arrêt cardiaque, médecin généraliste, réanimation cardio-pulmonaire, formation.

Jury :

Président de Jury : Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN

Membres du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Madame le Docteur Isabelle MEGY MICHOUX

Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT

Monsieur le Docteur Louis SOULAT

Date de la soutenance : 21 Octobre 2013