



Année 2016/2017

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Claire DUIGOU**

Née le 07 mars 1986 à Besançon (25)

---

**GESTES ET SOINS D'URGENCE : ENQUETE AUPRES DES  
MEDECINS GENERALISTES DU CHER. INTERET D'UNE  
FORMATION COMPLEMENTAIRE ET REACTUALISEE.**

---

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 décembre 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine – Tours

**Docteur Marc BERTHON, Réanimation Polyvalente, PH, CH – Nevers**





Année 2016/2017

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Claire DUIGOU**

Née le 07 mars 1986 à Besançon (25)

---

**GESTES ET SOINS D'URGENCE : ENQUETE AUPRES DES  
MEDECINS GENERALISTES DU CHER. INTERET D'UNE  
FORMATION COMPLEMENTAIRE ET REACTUALISEE.**

---

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 8 décembre 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine – Tours

**Docteur Marc BERTHON, Réanimation Polyvalente, PH, CH - Nevers**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Daniel ALISON  
Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Pierre COSNAY  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER  
Pr. Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
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, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie

MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
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-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien.....Soins palliatifs  
POTIER Alain.....Médecine Générale  
ROBERT Jean.....Médecine Générale

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

---

BAKHOS David.....Physiologie  
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive  
BERHOUEZ Julien.....Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BERTRAND Philippe.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène.....Biochimie et biologie moléculaire  
BRUNAULT Paul.....Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès.....Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication  
CLEMENTY Nicolas.....Cardiologie  
DESOUBEUX Guillaume.....Parasitologie et mycologie  
DOMELIER Anne-Sophie.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOR Diane.....Biophysique et médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques  
GATAULT Philippe.....Néphrologie  
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
GOUILLEUX Valérie.....Immunologie  
GUILLON Antoine.....Réanimation  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention  
HOARAU Cyrille.....Immunologie  
IVANES Fabrice.....Physiologie  
LE GUELLEC Chantal.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique  
MACHET Marie-Christine.....Anatomie et cytologie pathologiques  
PIVER Eric.....Biochimie et biologie moléculaire  
REROLLE Camille.....Médecine légale  
ROUMY Jérôme.....Biophysique et médecine nucléaire  
TERNANT David.....Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA Ilyess .....Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....Neurosciences  
BOREL Stéphanie .....Orthophonie  
DIBAO-DINA Clarisse .....Médecine Générale  
LEMOINE Maël .....Philosophie  
MONJAUZE Cécile .....Sciences du langage - orthophonie  
PATIENT Romuald .....Biologie cellulaire  
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
CHALON Sylvie .....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
COURTY Yves .....Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966  
ESCOFFRE Jean-Michel .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282  
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292  
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930  
HEUZE-VOURCH Nathalie .....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
KORKMAZ Brice .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
LAUMONNIER Frédéric .....Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930  
LE PAPE Alain .....Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100  
MAZURIER Frédéric .....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292  
MEUNIER Jean-Christophe .....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966  
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
RAOUL William .....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292  
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100  
WARDAK Claire .....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie .....Praticien Hospitalier  
PERRIER Danièle .....Orthophoniste

### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

LALA Emmanuelle .....Praticien Hospitalier  
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

### *Pour l'Ethique Médicale*

BIRMELE Béatrice .....Praticien Hospitalier

# 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.



## Remerciements

A Monsieur le Professeur Denis ANGOULVANT. Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Recevez l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE. Merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Philippe COLOMBAT d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Recevez l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marc BERTHON d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de votre patience depuis le début de ce travail.

A Madame le Docteur Mathilde FREROT et à Monsieur Paul BREGAUT pour leur aide précieuse dans l'analyse statistique et la rédaction de ce travail.

A David, merci mon amour pour ton soutien indéfectible depuis notre rencontre. Merci pour ton aide dans l'élaboration de cette thèse (les idées, le studio à Bourges, la maîtrise de l'informatique, etc...) et le partage de ce métier, pas toujours facile, mais qui nous oblige à donner le meilleur de nous-mêmes, pour les autres, tous les jours. Merci pour tous ces beaux moments à deux et tous ces nouveaux moments magnifiques que nous vivons à trois depuis quelques semaines.

A ma mère, mon modèle, sans toi je n'aurais pas envisagé cette carrière. Merci pour ton soutien depuis le premier jour à la fac et pour nos échanges entre consœurs depuis l'internat. Merci de m'accompagner tous les jours dans ma vie de femme et maintenant de mère.

A mon père, merci pour ton humour et tes réflexions pleines de sagesse.

A mon frère, merci être là depuis 30 ans malgré les disputes en temps de cohabitation !

A ma belle-famille, merci à tous.

A mes poussins, sans qui les années fac n'auraient pas eu la même saveur ! Que de moments partagés depuis les bancs inconfortables des amphis jusqu'à nos pickwickades pas assez fréquentes malheureusement depuis l'internat.

A Cathy, merci pour ton amitié qui perdure depuis si longtemps et qui a résisté à mes nombreux déménagements.

A Jean-Baptiste, merci de me faire participer à ta vision du monde et à tous tes beaux projets. Comme tu me l'as dit un jour : c'est à nous d'attraper notre chance.

A Sophie, merci pour ta gentillesse. Ce 31 décembre reste un chaud souvenir... Merci à Pierre et à toi, pour votre amitié et de me faire partager les grands événements de vos prochaines années !

A Stéphanie, merci d'avoir été cette super co-interne en pédiatrie... Je crois qu'on a tout partagé : joie, chagrin, doute, fatigue... pourvu que ça continue mais que dans le positif.

A Hélène et Agnès pour m'avoir montré que la relation médecin-patient allaient bien au-delà de ce que disent les livres. Merci de m'avoir permis de gagner quelques batailles à vos côtés.

Aux équipes des services des urgences et de pédiatrie de Bourges, merci pour tout ce que j'ai appris sur le plan médical et personnel.

A mes maîtres de stages de médecine générale du Cher, merci d'avoir partager vos convictions du métier et de m'avoir conforté dans mon choix de l'exercice libéral.

A toutes les personnes que j'ai rencontré pendant mes études ou après : Maïna, PA et Adé, les filles du Cher, les collègues des cabinets de rempla, les nounous de l'internat de Bourges, etc... merci pour tous les bons moments.

## TABLE DES MATIERES

<b>Résumé .....</b>	<b>12</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>13</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>14</b>
<b>Méthode .....</b>	<b>16</b>
<b>Résultats .....</b>	<b>18</b>
<b>Discussion .....</b>	<b>29</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>35</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>36</b>
<b>Annexe .....</b>	<b>39</b>

## RESUME

### Gestes et soins d'urgence : enquête auprès des médecins généralistes du Cher. Intérêt d'une formation complémentaire et réactualisée.

**Introduction.** Acteur de premier recours, le médecin généraliste est amené à gérer des situations d'urgence. La maîtrise des gestes d'urgence est essentielle à sa pratique. L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) sanctionne une formation adaptée à ces professionnels de santé. Notre objectif était de connaître le niveau de connaissance en gestes d'urgence des médecins généralistes du Cher et leur besoin de formation dans ce domaine.

**Méthode.** Notre travail est une étude descriptive et transversale, menée par questionnaire auto-administré dans le département du Cher de juillet 2015 à mars 2016, auprès des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Résultats.** 120 médecins généralistes ont répondu sur les 266 médecins interrogés. 72% des médecins ont répondu correctement à plus de la moitié des questions. Être formé à l'urgence améliore le taux de bonnes réponses ( $p < 0,004$ ). 88,3% ont déjà été confronté à une situation d'urgence : 28% au sein du cabinet, 26,6% en visite à domicile. 33,1% des urgences citées sont des arrêts cardio-respiratoires. 24,7% des médecins alertent les secours avant tout autre geste. 38,3% des médecins ont entendu parler de l'AFGSU et 11% ont fait la formation. Deux tiers des médecins montrent un intérêt pour une formation complémentaire sur l'urgence.

**Conclusion.** Même si les situations d'urgence sont devenues plus rares en médecine générale, les médecins y restent confrontés et la maîtrise des gestes d'urgence reste nécessaire afin d'assurer les meilleures chances de survie aux patients.

**MOTS CLES :** médecine générale, urgence, AFGSU, formation

## ABSTRACT

### Rescue actions and emergency first aid : survey of general physicians in the Cher. Interest of a complementary and updated training.

**Introduction.** As a first-line actor, the general practitioner is led to manage emergency situations. The skill of basic first aid is essential to his practice. The « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence » (AFGSU) sanctions an adapted training to these health professionals. Our goal was to know the level of knowledge in emergency gestures of general practitioners in the Cher and their need for training in this field.

**Methods.** Our work is a descriptive and cross-sectional study, conducted by self-administered questionnaire in the Cher department from July 2015 to March 2016, among general practitioners registered with the Medical Council.

**Results.** 120 general practitioners answered about 266 interviewed physicians. 72% of physicians answered more than half of the questions correctly. Being trained on the emergency procedures improves the rate of correct answers ( $p < 0.004$ ). 88.3% have already been faced with an emergency : 28% in the office, 26.6% in home visits. 33.1% of cited emergencies are cardio-respiratory arrest. 24.7% of doctors warn emergency services before any other action. 38.3% of physicians have heard of the AFGSU and 11% have done the training. Two-thirds of doctors show an interest in additional training on emergency.

**Conclusion.** Even though emergency situations have become more rare in general medicine, doctors are still confronted with it and the skill of emergency rescue actions is still necessary to ensure the best chances of survival for patients.

**KEY WORDS :** general medicine, emergency, AFGSU, training

## INTRODUCTION

Le médecin généraliste peut être amené dans certaines situations de premier recours à gérer des situations d'urgence. L'acquisition des gestes pour prodiguer les soins nécessaires se fait tout au long du cursus universitaire, à travers les enseignements théoriques, la mise en pratique lors d'ateliers dédiés et pendant les stages du deuxième cycle, et pendant le troisième cycle en situation réelle, notamment dans les services d'urgence, semestre obligatoire de la première année de médecine générale (1). Néanmoins, l'acquisition de ces gestes d'urgence n'est pas parfaite puisque les étudiants, les internes et les médecins remplaçants ou installés reconnaissent facilement leur manque d'assurance et de connaissance en situation d'urgence malgré leurs formations antérieures (2–5).

Depuis 2006, les professionnels de santé peuvent bénéficier d'une formation adaptée à leurs connaissances et à la pratique de leurs métiers (6). Cette formation est délivrée par les Centres d'Enseignements des Soins d'Urgence (CESU) et est sanctionnée par une Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU). Elle comporte 3 modules : prise en charge des urgences vitales, prise en charge des urgences potentielles et risques collectifs (nucléaires, radiologiques, biologiques, chimiques) ; répartis sur 21 heures, en groupe d'une dizaine de personnes issues de disciplines de santé différentes. En 2007, l'AFGSU est intégrée dans le cursus des études des professions médicales et paramédicales, obligatoire pour la validation des diplômes (7). Elle est valide pendant 4 ans, au terme duquel des réactualisations sont recommandées mais non obligatoires.

Le département du Cher est un territoire qui comptait 310 270 habitants en 2014 (8). Sept communes, considérées comme denses ou de densité intermédiaire, réunissent 41,3% de la population du département mais seulement 3 de ces villes présentent un centre hospitalier avec un service d'accueil des urgences et des SMUR (9), répartis au centre, à l'ouest et au sud du département. Une partie de la population berrichonne reste éloignée des services d'urgence : selon l'ARS Centre 85,7 % des cantons ruraux du Centre Val de Loire définis par une surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins, sont situés dans le Cher et l'Indre (10,11) et le médecin généraliste est souvent en première ligne pour la prise en charge des patients graves. Sa maîtrise des gestes et soins d'urgence est primordiale. De plus, le département du Cher compte dix établissements industriels classés « SEVESO II » (12) pour lesquels les pouvoirs publics mettent en place presque chaque année des simulations

d'accident pour permettre la cohésion des différents intervenants (SAMU, SDIS, armée, etc...) à l'exception des médecins libéraux. Ceux-ci sont pourtant au plus proche de la population dans les communes à risque.

Forte d'un cursus d'internat qui s'est déroulé en majorité dans le département du Cher, je me suis posée la question de la situation des médecins généralistes berrichons en termes de connaissances et de formation sur l'urgence et les risques collectifs du département. Le but de ce travail de thèse est d'évaluer leurs connaissances sur les gestes et soins d'urgence, leurs formations actuelles et leurs besoins de formation sur le sujet.

## **METHODE**

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale. L'enquête a été menée par questionnaire auto-administré réalisé dans le département du Cher en région Centre de juillet 2015 à mars 2016. Une version électronique a été créée premièrement à l'aide du service Google Forms. Elle a été envoyée par mail grâce à l'Union Régionale des Professions de Santé Médecins Libéraux Centre le 3 juillet 2015 avec une relance le 18 septembre 2015. Pour augmenter le pourcentage de réponses, il a été décidé de distribuer le questionnaire en « porte-à-porte », sous format papier A4 recto-verso. Les médecins ont été recontactés par téléphone avant le passage « retour » pour récupérer les questionnaires sauf quelques-uns renvoyés par voie postale.

### **Population**

Pour être inclus dans l'étude, les participants devaient être inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins du Cher, dans la discipline exercée « médecine générale » et quels que soient les exercices particuliers.

Critères d'exclusion :

- Les médecins ayant comme adresse professionnelle un établissement de soins (hôpital ou clinique),
- Les médecins retraités.
- 

### **Questionnaire**

Le questionnaire était anonyme. Il comportait trois parties :

- Données sociodémographiques, réalisation de gardes, éloignement par rapport au centre hospitalier, connaissances des sites à risque, supports de formation médicale
- Connaissances générales en secourisme et sur les gestes de premier secours en situation d'urgence. Les questions ont été élaborées à partir du programme de l'AFGSU niveau 2 (13)



- Situations d'urgence vécues par le médecin, formations suivies sur l'urgence et attentes concernant une formation sur les gestes de premier secours

Le questionnaire a été élaboré par le directeur de thèse et le thésard. Un pré-test a été réalisé sur une dizaine de médecins (n'appartenant pas à la population étudiée) afin d'en améliorer la compréhension après correction (annexe 1).

## **Analyse statistique**

Tous les questionnaires ont été saisis dans Google Forms permettant la transposition des réponses dans un tableur. Le traitement des données a été effectué avec le logiciel Excel. Il a été décidé pour la partie 2 sur les connaissances des gestes que les réponses manquantes équivalaient au choix « je ne sais pas ». Aucun questionnaire n'a été exclu quelque que soit le taux de remplissage.

Afin d'étudier les connaissances des professionnels interrogés, nous nous sommes intéressés au taux de bonnes réponses obtenues à la deuxième partie du questionnaire. Nous nous sommes ensuite intéressés à mettre en évidence une corrélation entre le taux de bonnes réponses obtenues et des variables explicatives.

Pour cela et après vérification des conditions d'applications (normalité des résidus), nous avons réalisés des régressions linéaires simples sur nos variables d'intérêts : l'âge, le mode d'exercice (rural, semi-rural, urbain), la réalisation de gardes, la proximité d'un Centre Hospitalier à moins de 30 minutes, l'existence d'un exercice particulier en urgence, la formation en urgences et l'intérêt porte à une formation en urgences. Le seuil de significativité retenu est  $p < 0,05$ .

Afin de compléter cette première analyse et pour consolider les premiers résultats obtenus, une régression linéaire multiple a été réalisée en intégrant les variables avec  $p < 0,2$  en régression linéaire simple. Les analyses ont été réalisées sur le logiciel R.

## RESULTATS

Sur les 266 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins du Cher, 120 questionnaires (14 sous format électronique et 106 en version papier) ont pu être récupérés et analysés soit 45% de répondants.

### Données socio-démographiques

La population se répartit entre 41,7% de femmes (n=50) et 58,3% d'hommes (n=70) dont l'âge moyen est de 52 ans (écart-type 11 ans, n=119).

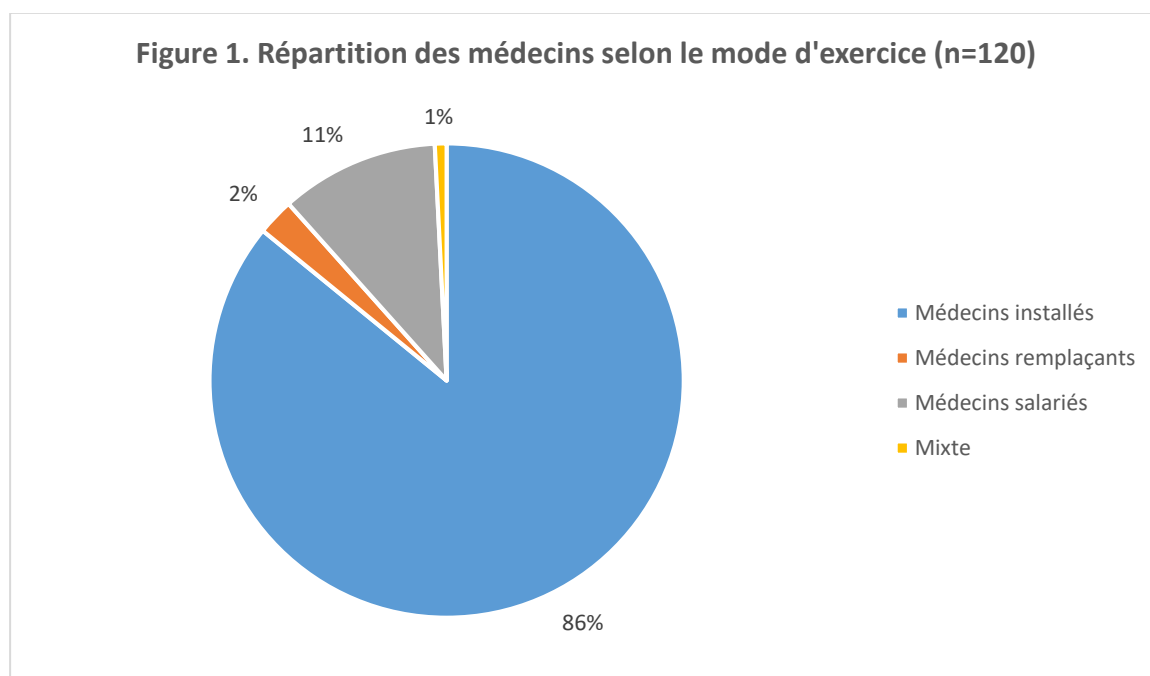


Figure 2. Répartition des médecins selon la zone d'exercice (n=118)

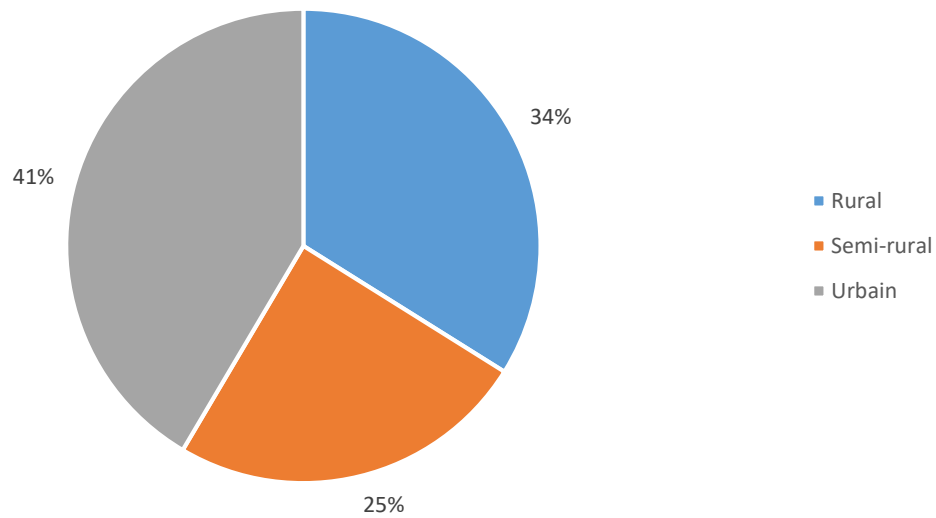
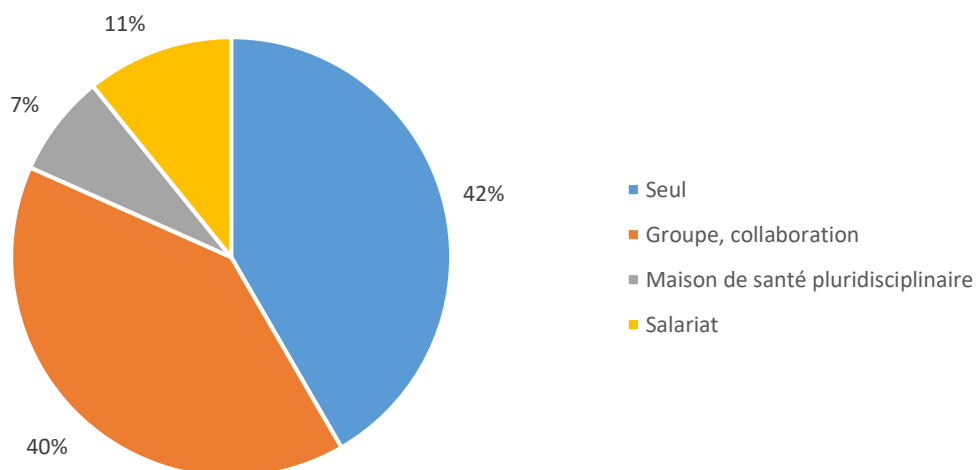


Figure 3. Répartition des médecins selon le mode d'exercice libéral et salarié (n=120)

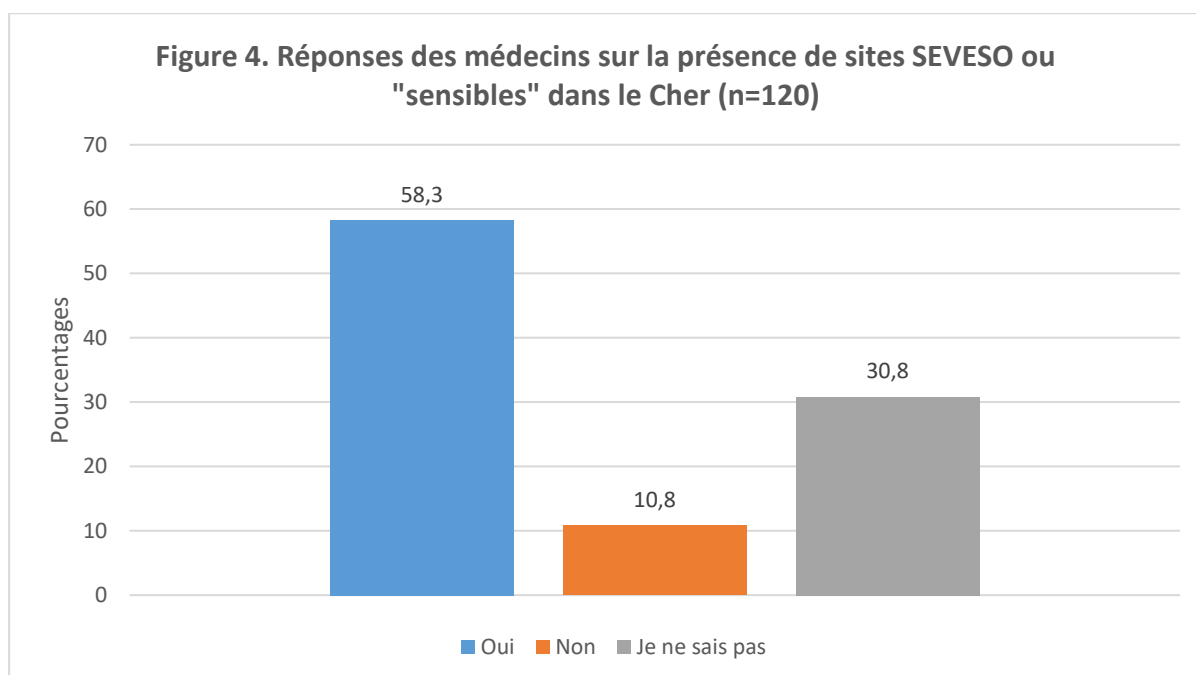


Concernant la pratique d'exercice particulier (tableau 1), 62,5% des médecins n'en exercent aucun (n=75), 32,5% en exercent au moins un (n=39), 3,3% deux (n=4) et 1,7% trois différents (n=2). Quatre médecins ayant cité un exercice en rapport avec « l'urgence » (sapeur-pompier, instructeur secourisme, DU médecine d'urgence, médecine de catastrophe) ont au moins un autre exercice particulier.

**Tableau 1. Exercices particuliers cités par les médecins interrogés.**

Exercice particulier	Médecins ayant cité cet exercice	
Sapeur-pompier	14	(26,4%)
Médecine du sport	7	(13,2%)
Addictologie	4	(7,5%)
Gériatrie	3	(5,7%)
Homéopathie	3	(5,7%)
MDPH	2	(4,5%)
Médecine du travail	2	(4,5%)
Santé scolaire	2	(4,5%)
Ostéopathie	2	(4,5%)
Médecine humanitaire	1	(1,8%)
Hypnose	1	(1,8%)
Instructeur secourisme	1	(1,8%)
Expertise assurance	1	(1,8%)
Apnée du sommeil	1	(1,8%)
Coordination EHPAD	1	(1,8%)
DU médecine d'urgence	1	(1,8%)
Médecine des voyages	1	(1,8%)
Médecine vasculaire	1	(1,8%)
Maitrise de stage	1	(1,8%)
Médecine de catastrophe	1	(1,8%)
Pédiatrie / gynécologie	1	(1,8%)
Permis de conduire	1	(1,8%)
PMI	1	(1,8%)
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	

Parmi les médecins interrogés 56,7% font des gardes (n=68). Seulement 17,6% d'entre eux sont à plus de 30 minutes d'un service d'urgence hospitalier (n=21).



Les médecins ont cité en moyenne 3 supports de formation (écart-type = 1,37) (tableau 2). Un quart d'entre eux lisent des revues médicales, 18,8% utilisent les recommandations officielles, 18,5% utilisent Internet (sites non spécifiés) et 12,7% suivent des séminaires ou congrès pour maintenir à jour leurs connaissances.

**Tableau 2. Supports de formation cités par les médecins interrogés (n=120).**

Formation	Médecins ayant cité cette formation	
Revue médicale	101	(25,6%)
Recommandations	74	(18,8%)
Internet	73	(18,5%)
Séminaires congrès	50	(12,7%)
Groupe de pairs	39	(9,9%)
Cours universitaires	26	(6,6%)
FMC	20	(5,1%)
Formation spécialisée	2	(0,5%)
DPC	2	(0,5%)
Groupe qualité	1	(0,3%)
Smartphone	1	(0,3%)
Maitre de stage	1	(0,3%)
Formation dans le service	1	(0,3%)
Livres	1	(0,3%)
Groupe de pratique	1	(0,3%)
Soirées labo	1	(0,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	

## Questions vrai/faux

Sur les 120 questionnaires récupérés, tous les médecins ont répondu. Les bonnes réponses vont de 8/25 à 24/25, soit une moyenne de 14,5/25 (écart-type = 3,2, médiane = 14). Soixante-douze pour cent des médecins ont 50% ou plus de bonnes réponses (tableau 3).

**Tableau 3. Réponses aux questions vrai/faux des médecins interrogés (n=120).**

	QUESTIONS	Réponse correcte	Taux de bonnes réponses	Taux de mauvaises réponses	Taux de réponses « je ne sais pas »
1	Les mesures de protection du sauveteur sont un préalable à toute action de secours	VRAI	115 (95,8%)	1 (0,8%)	4 (3,3%)
2	En France le numéro d'appel d'urgence médicale est le 15	VRAI	119 (99,2%)	1 (0,8%)	0
3	L'obstruction brutale et totale des voies aériennes de l'adulte (étouffement au cours du repas) est reconnue par le déclenchement d'une toux	FAUX	88 (73,3%)	26 (21,7%)	6 (5%)
4	Chez un adulte qui présente une obstruction brutale et totale des voies aériennes avérée, le premier geste à effectuer est la méthode d'Heimlich	FAUX	33 (27,5%)	81 (67,5%)	6 (5%)
5	Chez un adulte, pour vérifier si la victime est consciente, on lui parle et on la secoue vigoureusement	FAUX	78 (65%)	38 (31,7%)	4 (3,3%)
6	Après avoir constaté l'inconscience, pour vérifier si un adulte respire, on pose sa main sur son abdomen pour constater si le ventre se soulève	FAUX	66 (55%)	44 (36,7%)	10 (8,3%)
7	L'intérêt de mettre une victime inconsciente en position latérale de sécurité est de libérer les voies aériennes	VRAI	66 (55%)	50 (41,7%)	4 (3,3%)
8	Chez une femme enceinte, la position latérale de sécurité se fait obligatoirement à droite	FAUX	63 (52,5%)	25 (20,8%)	32 (26,7%)
9	Chez un adulte en arrêt cardiaque, chaque minute passée sans geste de réanimation fait perdre 10% de chance de survie pour la victime	VRAI	82 (68,3%)	15 (12,5%)	23 (19,2%)
10	Lorsque l'on est seul et que l'on découvre un adulte en arrêt cardiaque, il faut commencer le massage cardiaque avant tout autre geste	FAUX	44 (36,7%)	74 (61,7%)	2 (1,7%)
11	Chez un adulte en arrêt cardiaque, le massage cardiaque externe se compose de 15 compressions thoraciques pour 2 insufflations	FAUX	53 (44,2%)	59 (49,2%)	8 (6,7%)
12	Chez un nourrisson en arrêt respiratoire, à domicile et sans matériel, les insufflations se font dans la bouche et le nez du bébé	VRAI	105 (87,5%)	4 (3,3%)	11 (9,2%)
13	La pose du Défibrillateur Externe Automatique (DEA) et son utilisation peuvent être faites sans présence d'un médecin	VRAI	112 (93,3%)	6 (5%)	2 (1,7%)
14	On ne peut pas utiliser de DEA chez un enfant de 2 ans en arrêt cardiaque	FAUX	31 (25,8%)	20 (16,7%)	69 (57,5%)

	QUESTIONS	Réponse correcte	Taux de bonnes réponses	Taux de mauvaises réponses	Taux de réponses « je ne sais pas »
15	Classez les étapes de la chaîne de survie de 1 à 5 comme elle doit se dérouler : Réanimation cardio-pulmonaire médicalisé (SMUR) <b>5</b> Diagnostic de la situation <b>1</b> Réanimation cardio-pulmonaire <b>3</b> Alerter les secours <b>2</b> Pose du défibrillateur <b>4</b>	5.1.3.2.4	64 (53,3%)	56 (46,7%)	0
16	Chez une personne présentant un malaise, il faut l'allonger et appeler le centre 15	VRAI	98 (81,7%)	19 (15,8%)	3 (2,5%)
17	En France pour sensibiliser la population à repérer les signes d'un AVC, le slogan s'intitule "VITE" pour <u>V</u> isage paralysé – <u>I</u> nertie d'un membre – <u>T</u> rouble de la parole – <u>E</u> n urgence appeler le 15	VRAI	66 (55%)	3 (2,5%)	51 (42,5%)
18	Devant une plaie hémorragique, la pose du garrot peut se faire en première intention	FAUX	83 (69,2%)	31 (25,8%)	6 (5%)
19	Une victime chez qui on suspecte une brûlure pulmonaire par inhalation doit être installée en position demi-assise	VRAI	78 (65%)	4 (3,3%)	38 (31,7%)
20	Le casque de moto ne peut être retiré que si la victime est inconsciente, afin de vérifier si elle respire	VRAI	29 (24,2%)	68 (56,7%)	23 (19,2%)
21	Chez une victime inconsciente ayant chuté d'une échelle, la libération des voies aériennes se fait par luxation de la mâchoire inférieure	VRAI	30 (25%)	52 (43,3%)	38 (31,7%)
22	Chez un traumatisé du membre supérieur, il faut étendre le bras et l'avant-bras pour soulager la douleur	FAUX	101 (84,2%)	5 (4,2%)	14 (11,7%)
23	Lors d'un accouchement inopiné, il faut dire à la mère de se retenir de pousser tant que le SAMU n'est pas là	FAUX	89 (74,2%)	17 (14,2%)	14 (11,7%)
24	En France, pour alerter la population d'un danger, on diffuse par la sirène un signal continu de 30 secondes	FAUX	20 (16,7%)	34 (28,3%)	66 (55%)
25	NRBC veut dire : Nomenclature des Risques Bio-terroristes Chimiques	FAUX	30 (25%)	20 (16,7%)	70 (58,3%)

## Situations d'urgence et AFGSU

Sur les 120 questionnaires exploités, 106 médecins (88,3%) ont répondu avoir déjà été confronté à une situation d'urgence. Pour 28% des médecins ayant répondu, l'urgence est survenue au sein de leur cabinet, 26,6% lors de visites au domicile du patient et 17,5 % sur un trajet en voiture (dans un cadre privé ou professionnel). Un médecin n'a pas précisé la ou les situations vécues (tableau 4).

**Tableau 4. Contexte des situations d'urgence vécues par les médecins (n=105).**

Contexte	Nombre de situations	
Cabinet	75	(28,5%)
Visite	70	(26,6%)
Sur la route	46	(17,5%)
En vacances	25	(9,5%)
En famille	15	(5,7%)
Dans un transport en commun	15	(5,7%)
Hôpital	5	(1,9%)
SMUR	4	(1,5%)
Médecin sapeur-pompier	2	(0,8%)
École	1	(0,4%)
Lieux publics	1	(0,4%)
Entreprise	1	(0,4%)
Plage	1	(0,4%)
Mission humanitaire	1	(0,4%)
EHPAD	1	(0,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>263</b>	

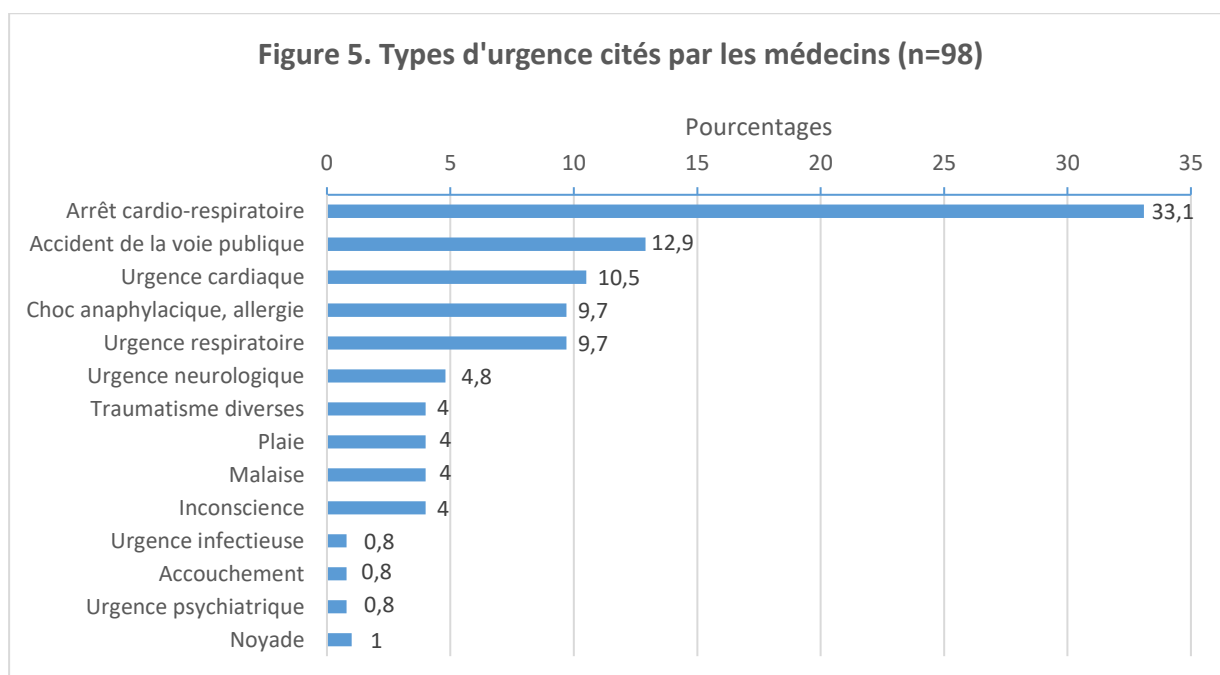
Trente médecins (28,6%) ont déclaré avoir été confrontés une seule fois à une situation d'urgence, 27 (25,7%) en ont cité deux, 23 (21,9%) en ont cité trois, 17 (16,2%) en ont cité 4, 6 (5,7%) en ont cité cinq et 2 (1,9%) en ont cité six.

**Tableau 5. Nombre de situations citées par les médecins (n=105).**

Nombre de situations	Nombre de médecins	
1	30	(28,6%)
2	27	(25,7%)
3	23	(21,9%)
4	17	(16,2%)
5	6	(5,7%)
6	2	(1,9%)
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	

Les différentes situations d'urgence vécues par les médecins ont été catégorisées selon le type d'urgence (système organique défaillant, geste technique, type de traumatisme, ...). Le type d'urgence le plus cité est l'arrêt cardiorespiratoire (33,1%), puis viennent les accidents de la voie publique (12,9%), les urgences cardiaques (10,5%), et enfin les urgences respiratoires et les chocs anaphylactiques (9,7%) (figure 5). Pour huit médecins, les urgences concernaient des enfants (6,5%). Pour chaque situation décrite, les médecins ont cité le premier geste réalisé : 24,7% d'entre eux alertaient en premier lieu et 23,6% commençaient par la réanimation cardiopulmonaire (tableau 6).

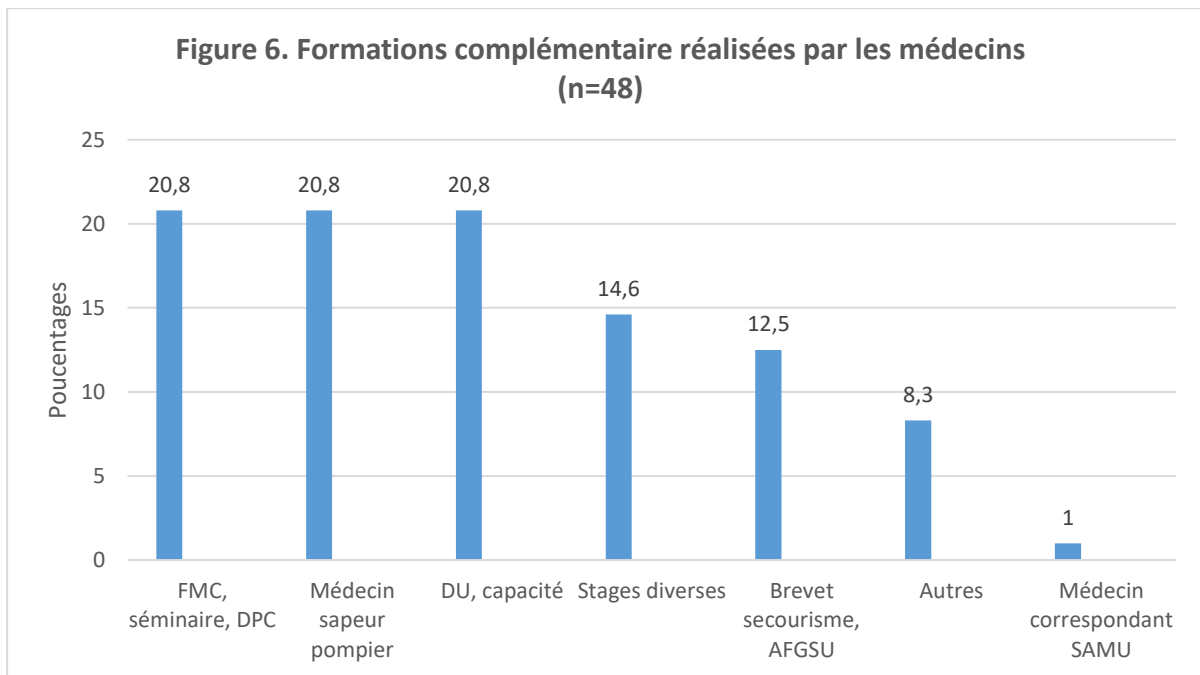




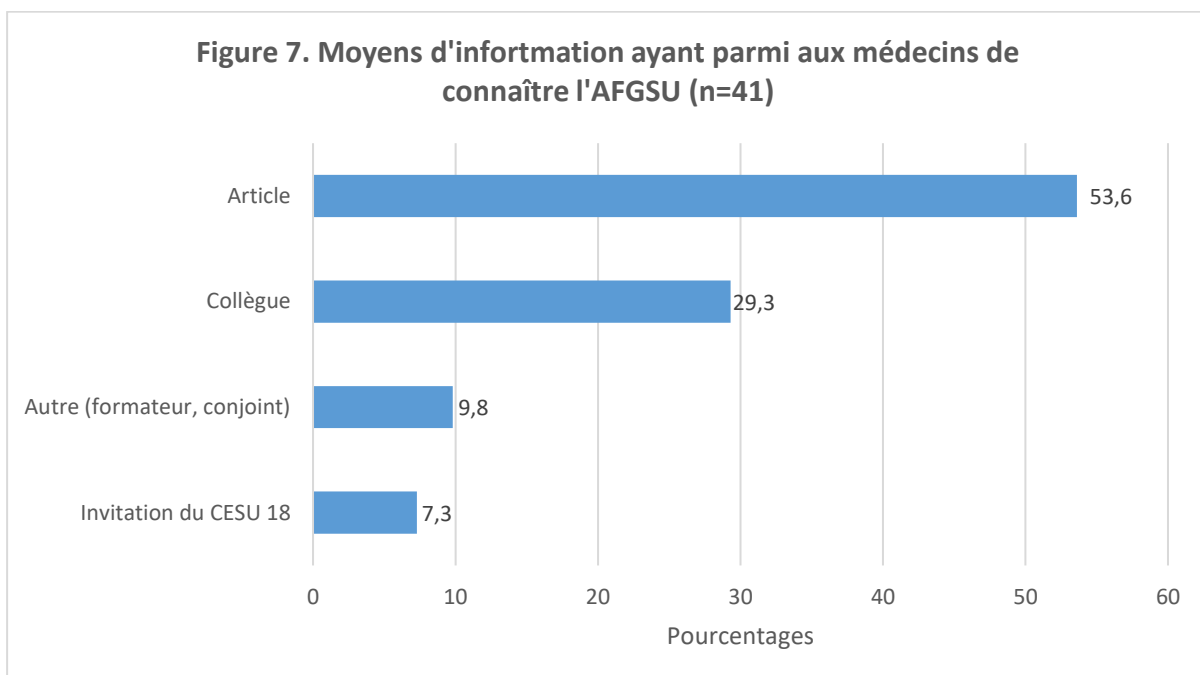
**Tableau 6. Premier geste réalisé par les médecins interrogés lors des situations d'urgence (n=89).**

Premier geste	Nombre de situations
Protéger	11 (12,4%)
Diagnostic de la situation	12 (13,5%)
Alerter	22 (24,7%)
Réanimation	21 (23,6%)
Autres gestes techniques (immobilisation, Heimlich, ...)	11 (12,4%)
Traitement médicamenteux	8 (9%)
Autres (gestes réalisés par un tiers, gérer les témoins, « créer le contact »)	4 (4,5%)
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>

Une formation complémentaire sur l'urgence a été réalisée par 40,8% des médecins (n=49). Les FMC ou séminaires, la formation de médecin sapeur-pompier et les DU ou capacités sont les plus citées (20,8% chacune). L'AFGSU et le brevet de secourisme ne représentent que 12,5% des formations complémentaires. La catégorie « autres » concernent des formations suivies dans le cadre de postes salariés ou d'organismes de formations indépendants, un médecin n'a pas précisé la formation qu'il a suivi (figure 6).



Parmi les médecins ayant répondu, 38% ont entendu parler de l'AFGSU. Parmi eux, 82,6% ne l'ont pas passé, seulement 11% ont fait la formation, le reste n'a pas répondu. Le support d'information le plus cité reste l'article de presse (53,6%) (figure 7).



Les deux tiers des médecins éprouvent un intérêt pour une formation complémentaire sur l'urgence. Ils estiment que cette formation devrait durer entre 1 heure et 48 heures, en moyenne 8 heures, pour un prix moyen de 100 euros. Parmi 82 répondants, 85,4% trouvent

enrichissant que les participants à la formation soient issus de filières médicales et paramédicales différentes.

Les médecins ont été interrogés sur les thèmes abordés pendant l'AFGSU. Il leur a été demandé de les classer du plus important au moins important selon eux (figure 8). Les thèmes qui intéressent le plus les médecins sont la réanimation cardiopulmonaire (1<sup>ère</sup> position avec 63%), l'obstruction des voies aériennes (2<sup>ème</sup> position avec 43%) et les hémorragies (3<sup>ème</sup> position avec 24%). A l'inverse, les techniques de relevage, les malaises et les urgences collectives sont cités en dernier.

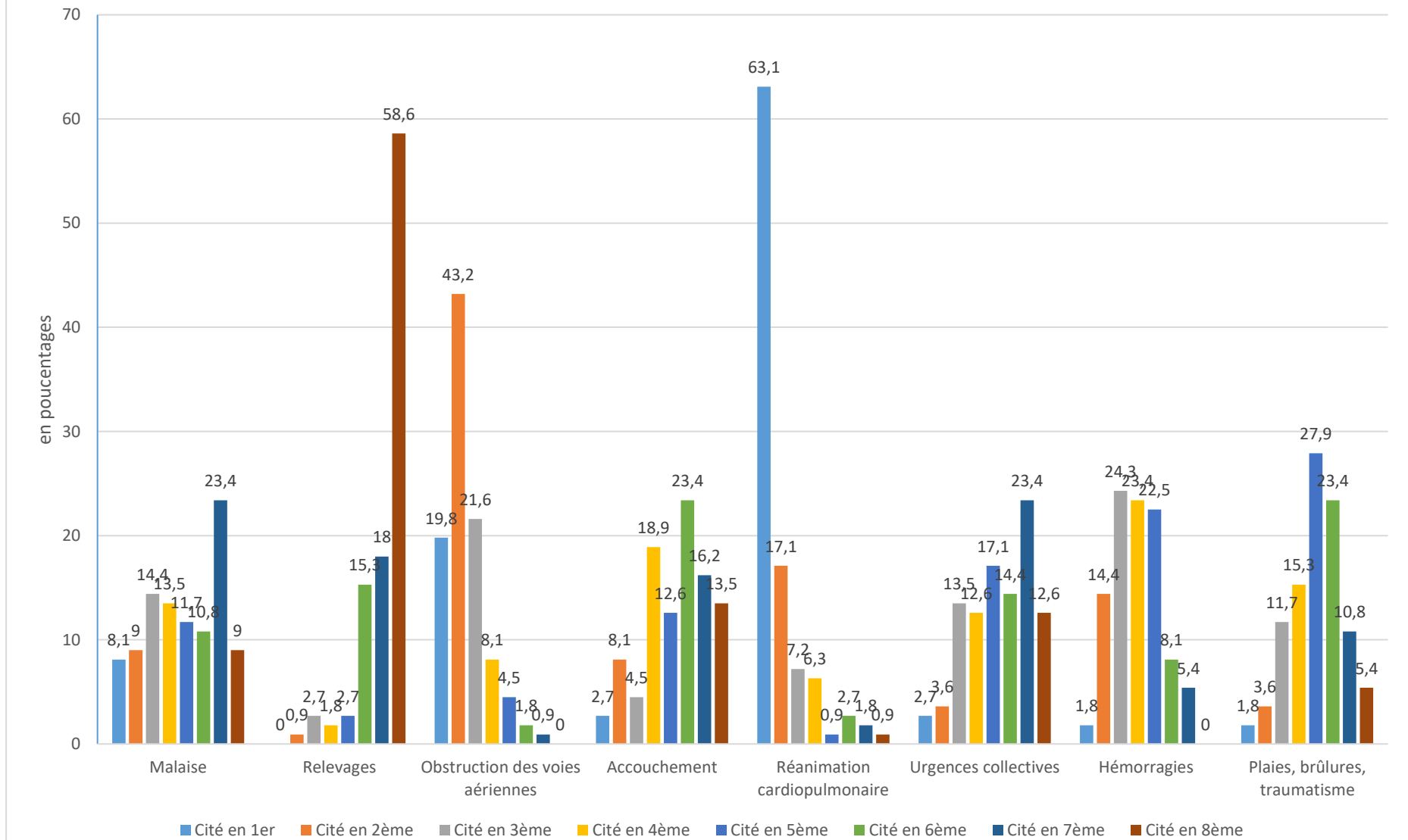
Concernant la mise à jour des recommandations sur les gestes et soins d'urgence, les médecins pensent que celle-ci se fait en moyenne tous les 3 ans (écart-type = 1,47).

L'étude par régression linéaire simple du taux de bonnes réponses au questionnaire vrai/faux en fonction de certaines variables a permis de mettre en évidence que les médecins ayant un exercice particulier dans le domaine de l'urgence et ceux ayant suivi une formation complémentaire avaient un meilleur taux de bonnes réponses (Tableau 7). En régression linéaire multiple, la variable « exercice particulier en urgence » n'est plus statistiquement significative ( $p = 0,147$ , IC = [-0,47647 ; 3.162951]), et la variable « formation en urgence » reste statistiquement significative ( $p = 0,027$ , IC = [0.156 ; 2.605]).

**Tableau 7. Corrélation entre taux de bonnes réponses et variables socio-démographiques.**

Variables	Régression linéaire simple	
	Coefficient	P-value
Âge	-0,02	0,431
<b>Mode d'exercice</b>		
Rural (Réf)	0,00	
Semi-rural	-1,22	0,120
Urbain	-0,24	0,722
<b>Gardes</b>	-0,60	0,314
<b>Proximité d'un centre hospitalier</b>	-0,39	0,618
<b>Exercice particulier en urgence</b>	2,07	0,020
<b>Formation en urgence</b>	1,70	0,004
<b>Intérêt formation en urgence</b>	0,16	0,812

Figure 8. Classement des thèmes de l'AFGSU par les médecins (n=111).



## **DISCUSSION**

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes du Cher sur les gestes et soins d'urgence, leurs formations actuelles et souhaitées dans ce domaine. Elle a mis en évidence les points suivants.

Les trois-quarts des médecins interrogés ont de bonnes connaissances sur les gestes de premiers secours. Près de 90% d'entre eux ont déjà été confrontés à une situation d'urgence, celle-ci survenant dans 75% des cas en milieu professionnel (cabinet, visite à domicile) et sur la route. Quarante-et-un pour cent des médecins interrogés ont déjà reçu une formation complémentaire dans le domaine de l'urgence et les deux tiers sont intéressés pour se former ou se reformer. Moins de la moitié (38%) ont entendu parlé de l'AFGSU et parmi ceux-ci, seulement 11% ont fait la formation.

### **Limites de l'étude**

Le taux de participation de notre étude est de 45%, ce qui est remarquable pour un travail de recherche auprès de médecin généraliste (2,14,15). Cette participation a pu être améliorée par l'implication de l'enquêtrice à déposer en main propre les questionnaires dans tout le département. En effet, certains médecins ont été demandeurs d'un entretien pour discuter du questionnaire afin d'obtenir certaines réponses/corrections, d'avoir des précisions sur l'AFGSU ou simplement de faire partager leurs expériences de la médecine face à l'urgence.

Notre échantillon comporte 42% de femmes et l'âge moyen est de 52 ans. En 2015, la répartition démographique du Cher était de 39% de femmes et un âge moyen de 54 ans (16). Par contre, dans notre étude les médecins libéraux représentent 86% des médecins interrogés alors que les chiffres officiels évoquent 59,2% (16). Ce biais de recrutement peut s'expliquer par le fait que les médecins libéraux sont plus confrontés à des situations d'urgence dans leur exercice quotidien donc plus intéressés par le sujet, contrairement aux médecins salariés de notre échantillon qui occupaient plutôt des postes administratifs ou dans des secteurs de prévention. Cela dit les médecins du travail notamment sont de façon non exceptionnelle confrontés à l'urgence.

Un autre biais est celui du caractère déclaratif de notre questionnaire. En effet la 3<sup>ème</sup> partie concernant les situations d'urgence et l'AFGSU a été moins bien remplie que les 2 autres parties avec une perte de puissance dans l'analyse statistique. De plus certains médecins ont évoqué le fait de pouvoir prendre un livre ou de chercher les réponses sur internet, améliorant faussement le taux de bonnes réponses, attitude dommageable mais inévitable. Enfin, nous n'avons pas interrogé les médecins sur leur ressenti lors de situations d'urgence, ni sur leurs expériences ou attentes concernant la collaboration des différents intervenants dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières.

Concernant le questionnaire, nous avons pu réaliser un pré-test auprès de quelques médecins pour améliorer la compréhension des questions. Le recueil des données a mis en évidence que certaines questions restaient mal formulées ou que le choix des réponses était incohérent. Le choix de questions fermées a permis d'augmenter la participation, néanmoins le questionnaire un peu long a pu laisser certains médecins sur la dernière partie.

L'analyse multivariée ne retrouve qu'un résultat statistiquement significatif dû au manque de puissance de notre étude.

## **Confrontation aux situations d'urgence et réalisation des gestes de réanimation**

Dans notre étude, 90% des médecins ont été confronté à une situation d'urgence, mais nous ne les avons pas interrogés sur la fréquence de réalisation des gestes de premiers secours. Dans une étude réalisée sur quatre départements du Sud de la France, la moitié des médecins réalisent des gestes de réanimation d'urgence moins d'une fois par an et 30% estime n'en avoir aucune maîtrise (2). Cette même étude montre que la fréquence de réalisation d'un geste d'urgence augmente avec l'éloignement du centre hospitalier. A l'inverse, l'âge (> 35 ans) et le sexe féminin sont des facteurs d'un manque de maîtrise des gestes d'urgence (2). Dans une autre étude, Delelangue et son équipe ont évalué le degré de certitude des réponses à un questionnaire sur les gestes et soins d'urgence à différents temps d'une formation AFGSU (avant, après et deux mois après) (17). Elle montre qu'en quelques semaines à peine après la fin de la formation, la certitude de donner une bonne réponse diminue significativement. En 2004, l'Observatoire Régional de la Santé du Centre, a réalisé sous la direction de la Direction

de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), une étude régionale montrant que les médecins généralistes estiment à 1% le nombre de consultations non programmées où le pronostic vital est engagé (18).

## **La chaîne de survie**

Un quart des médecins ont pensé à alerter les secours avant tout autre geste, alors qu'il s'agit du premier geste permettant de réduire le délai précoce de prise en charge (19). Les chances de survie après un arrêt cardiaque diminuent de 10% par minute écoulée sans initiation de réanimation cardio-pulmonaire. Le concept de « chaîne de survie » comprend 4 phases :

- Alerter les secours
- Pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire précocement
- Poser le défibrillateur
- Arrivée de l'équipe de réanimation spécialisée

Cette chaîne de survie est enseignée à tous les niveaux de secourisme (AFGSU 1 et 2). Depuis 2004, l'apprentissage de la chaîne de survie commence dès l'école primaire (20). Le programme « Apprendre à porter secours » a été créé en collaboration avec les Ministères de l'Éducation nationale et de la Santé et leurs Directions générales respectives, ainsi que des acteurs de terrains : inspecteurs et conseillers pédagogiques, médecins et infirmiers de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves, personnels d'enseignement des soins d'urgence (CESU) et professeurs des instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) (21).

Par ailleurs, la formation des citoyens reste faible malgré quelques campagnes de sensibilisation. En 2016, sous le label du Gouvernement « la Grande cause nationale », la Fédération Nationale des Sapeurs-pompiers de France, la Croix-Rouge française et la Fédération Nationale de Protection Civile, se sont réunis pour sensibiliser les citoyens aux gestes de premiers secours. La campagne "Adoptons les comportements qui sauvent" a été lancée le 14 septembre 2016 avec un spot vidéo et des affiches et aurait touché 36 millions de personnes en France (22). En juin 2015, c'est la Fédération Française de Cardiologie qui

avait mené une campagne de sensibilisation sur les réseaux sociaux « #Savezvoussauver » (23). Chaque année, en septembre, est organisée la journée mondiale des premiers secours. La Croix-Rouge propose des initiations gratuites, malheureusement la liste des villes participantes est très limitée (par exemple en 2017, aucune ville de la région Centre ne figurait sur la liste(24)). En 2014, le CESU 78 a coproduit un court-métrage « Action ! Devenez acteur... » réalisé par Alex Milpat sur le sujet afin de rappeler simplement et efficacement les différentes phases de la chaîne de survie (25).

## **Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et utilisation du défibrillateur automatisé externe (DAE)**

Dans notre étude, un tiers des urgences citées concerne l'arrêt cardio-respiratoire. Selon la Fédération Française de Cardiologie, 40 à 50 000 individus meurent d'un arrêt cardiaque (26). Une enquête réalisée dans le canton de Vaud en Suisse montre que la RCP, même effectuée par les médecins, est jugée peu efficace par les professionnels de réanimation et que l'utilisation du DAE est peu utilisée (27). Une autre étude réalisée auprès des étudiants de médecine de première année montre que 4,5% d'entre eux ont décroché le DAE présent dans la salle de simulation mais qu'un seul l'a utilisé (3).

Le travail de thèse du Dr Lagmiry Gihade montre que les médecins généralistes de l'Indre (département similaire à celui du Cher en terme de réseau de soins et de ruralité) qui ont été témoins d'un arrêt cardio-pulmonaire se sentent démunis et seuls pour la prise en charge initiale, d'autant qu'ils sont loin de l'hôpital, mais qu'ils sont plus à l'aise si ils ont bénéficié antérieurement d'une formation sur l'urgence (28). En interrogeant ces médecins sur le DAE, ceux-ci sont favorables à en posséder un mais les freins concernent l'investissement financier, sa gestion dans un cabinet de groupe et le manque d'utilité car les pompiers en possèdent un dans leur véhicule.

## **Les formations dans le domaine de l'urgence**

Si 40% des médecins interrogés ont déjà passé une formation spécifique, 66% souhaitent se former ou réactualiser leur formation. Ce résultat est identique à celui d'une



enquête réalisée en Suisse, où 67 % des médecins participants à la garde montrent un intérêt pour une formation spécifique en médecine d'urgence (29). Le manque d'intérêt de certains médecins peut être expliqué par une moindre fréquence des urgences vitales au cabinet (18,30). Certains facteurs à l'inverse pourraient expliquer leur motivation : localisation rurale, absence d'hôpital à proximité, cabinet de groupe ou à densité élevée de patients, délai de réponses des secours, etc... (31). Concernant le taux de médecins formés, ce chiffre fait écho à ce qu'on peut retrouver dans d'autres régions (32).

Les formations les plus citées sont les DU ou capacités (21%), les FMC ou séminaires (21%) et la formation médecin sapeur-pompier (21%). Jusqu'en 2004, les médecins qui souhaitaient se former spécifiquement à la médecine d'urgence suivaient la Capacité de médecine d'urgence en 2 ans. A partir de 2004, il a été créé le Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires, formation du post-internat. En 2015, la médecine d'urgence est reconnue comme spécialité à part entière avec la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées en 2017 entraînant la création d'un cursus d'internat spécifique (33). Les médecins sapeur-pompier sont volontaires ou professionnels. Les premiers peuvent s'engager dès le 2e cycle des études médicales et jusqu'à la fin de carrière, pour un engagement de 5 ans renouvelable. Les seconds sont recrutés sur titres (concours de la fonction territoriale) ou par voie de détachement (des institutions publiques). Leurs missions sont variées et ne concernent pas que le secours d'urgence aux personnes (34). Les formations initiales et continues sont aussi différentes entre les deux modes d'engagement même si les bases de la prise en charge de secours d'urgence aux personnes est commune (35,36). Il y a actuellement 5 132 médecins sapeur-pompier volontaires et professionnels en France (37).

## **L'AFGSU**

Parmi les 46 médecins qui ont entendu parlé de l'AFGSU, seulement 11% l'ont passé. Le support d'information le plus cité est l'article de presse ou de revue. Or en 2014, le CESU 18 a envoyé par courrier une invitation aux médecins généralistes du département pour se former. Cette invitation a été commune à toutes les professions de santé. Les membres de l'équipe du CESU 18 ont évoqué comme frein l'absence d'annuaire facilement accessible pour la diffuser. Il serait intéressant au vu de ce travail de pouvoir participer à la rédaction d'un

courrier qui pourrait stimuler spécifiquement la motivation des médecins généralistes et de faire participer les institutions (Conseil de l'Ordre, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Agence Régionale de Santé, etc...) à la transmission de ce courrier.

Les médecins estiment que la formation doit durer 9 heures pour un prix moyen de 100 euros. Or l'AFGSU de niveau 2 comprend 21 heures de formation réparties sur 3 jours, ce volume horaire est trop important compte-tenu de leur charge de travail et du manque de remplaçants pour suppléer dans les zones rurales (28). Leur intérêt se porte principalement sur la réanimation cardio-respiratoire et l'obstruction des voies aériennes, thèmes abordés dans le module des urgences vitales en 9 heures selon le texte officiel (6). La formation de l'AFGSU 2 au CESU 18 coûte 378 euros pour les 3 jours.

Quatre-vingt-cinq pourcents des médecins trouvent enrichissants que les participants de l'AFGSU soient issus de professions médicales et paramédicales différentes.

Dans notre étude les médecins déclarent que la mise à jour des recommandations sur l'urgence se fait tous les 3 ans. Les textes réglementaires concernant l'AFGSU stipulent que ce diplôme est valide pendant 4 ans (6). Ce délai est donc cohérent pour inciter les médecins à se mettre à jour sur les gestes et soins d'urgence.

L'AFGSU comprend une partie sur le risque nucléaire, radiologique, biologique et chimique, or dans notre étude 40% des médecins n'ont pas connaissance de l'implantation de sites SEVESO dans le département du Cher. Ce chiffre impressionnant laisse perplexe. On est tenté de croire qu'en cas de catastrophe, les médecins généralistes seront amenés à gérer les patients à l'instant même de la catastrophe ou a posteriori. Actuellement, il revient aux mairies de remettre aux nouveaux habitants un livret d'informations sur les risques. On pourrait réfléchir à un moyen d'informer aussi les médecins de manière régulière, sur la prise en charge de ces catastrophes notamment en les faisant participer aux simulations organisées assez régulièrement dans le département avec les différents intervenants sanitaires et publiques.

## **CONCLUSION**

Même si les situations d'urgence sont devenues plus rares en médecine générale, les médecins y restent confrontés et la maîtrise des gestes d'urgence restent nécessaire afin d'assurer les meilleures chances de survie aux patients. Pour cela, la formation continue dans ce domaine reste une gageure. Une participation commune entre le CESU 18, le Conseil de l'Ordre des médecins et les instances publiques permettrait de promouvoir l'AFGSU auprès des médecins généralistes du département du Cher.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine
2. Roger C, Lefrant J-Y, Bousquet PJ, Bonnac JM, Jaber S, Ripart J, et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence: Étude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Presse Médicale*. 2008 Jun;37(6, Part 1):929–34.
3. Ammirati C, Gignon M, Amsallem C, Mercieca JM, Jarry G, Douay B, et al. Use of an automated external defibrillator: a prospective observational study of first-year medical students. *Resuscitation*. 2011 Feb;82(2):195–8.
4. Audouin épouse Delacroix C-. Perception par les internes de médecine générale de leur aptitude à pratiquer les gestes d'urgence et de premiers secours [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
5. Buguet M. Préparation des futurs médecins généralistes à la gestion de l'urgence chez l'adulte en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
6. Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
7. Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques.
8. Recensement de la population : 2 577 435 habitants en Centre-Val de Loire en 2014 - Insee Flash Centre-Val de Loire - 24 [Internet]. [cited 2017 Sep 6]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2537897>
9. L'accessibilité aux équipements dans le Cher - Insee Flash Centre-Val de Loire - 14 [Internet]. [cited 2017 Sep 6]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895108>
10. ARS Centre Val de Loire. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) en région Centre 2012 - 2016 [Internet]. [cited 2017 Sep 7].
11. ARS Centre Val de Loire. Rapport de suivi 2016 du Projet Régional de Santé pour l'exercice 2015 [Internet]. [Cited 2017 Sep 6].
12. Service Interministériel de Défense et de Protection Civiles. Dossier Départemental sur les Risques Majeurs du Cher [Internet]. [cited 2017 Sep 7]. Available from: [http://www.cher.gouv.fr/content/download/1022/6645/file/DDRM\\_V2016.pdf](http://www.cher.gouv.fr/content/download/1022/6645/file/DDRM_V2016.pdf)
13. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.
14. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? *Exercer*. 2012;23(100):31–2.
15. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique, Summary. *Santé Publique*. 14(2):191–9.

16. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Centre. Situation en 2015. [Internet]. [cited 2017 Sep 12].
17. Delangue C, Wiel É, Ammirati C, Assez N. Évaluation préliminaire de l'impact d'un dispositif de formation aux gestes et soins d'urgence. *Pédagogie Médicale*. 2011 May 1;12(2):103–19.
18. Observatoire Régional de la Santé du Centre. Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Bilan de la région Centre 2006. [Internet]. [cited 2016 Dec 13].
19. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. 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 May;83(5):1832–47.
20. Bulletin officiel n° 33 du 14 septembre 2006. Circulaire n°2006-085 du 24 mai 2006. [Internet]. [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/33/MENE0601175C.htm>
21. Apprendre à porter secours. Brochure 2006. [Internet]. [cited 2017 Sep 12]. Available from: [http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action\\_sanitaire\\_et\\_sociale/31/0/APS\\_brochure2006\\_116310.pdf](http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/31/0/APS_brochure2006_116310.pdf)
22. Grande cause nationale [Internet]. [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.comportementsquisauvent.fr/>
23. Fédération Française de Cardiologie. #SavezVousSauver [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.fedecardio.org/La-Federation-Francaise-de-Cardiologie/Presse/savezvoussauver>
24. Croix-Rouge Française. JMPS 2017 : Liste des villes participantes [Internet]. Croix-Rouge française. [cited 2017 Sep 12]. Available from: <http://www.croix-rouge.fr/Actualite/JMPS-2017-liste-des-villes>
25. Ville de Versailles. ACTION! Devenez acteur Jackie Berroyer Alban Lenoir Version longue [Internet]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=LUUQSMPeXBE>
26. Fédération Française de Cardiologie. L'arrêt cardiaque, un bilan alarmant [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. [cited 2017 Sep 12]. Available from: <https://www.fedecardio.org/Les-gestes-qui-sauvent/L-arret-cardiaque/larret-cardiaque-un-bilan-alarmant>
27. Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cited 2017 Aug 23].
28. Lagmiry G. Quelle est la perception des médecins généralistes de l'Indre concernant leur place dans la prise en charge de patients victimes d'arrêt cardiaque ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours; 2013 [cited 2017 Aug 23].
29. Hanhart W-A, Gusmini W, Kehtari R. Attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence : une enquête neuchâteloise [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cited 2017 Aug 23].

30. Les urgences en médecine générale. Avril 2006 DREES [Internet]. [cited 2017 Sep 7]. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
31. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2002 Sep;48:1464–72.
32. Enquête sur les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville en Basse-Normandie. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cited 2016 Dec 3].
33. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine.
34. Intégrer le service de santé et de secours médical (SSSM) [Internet]. *Pompiers.fr*. 2015 [cited 2017 Sep 10]. Available from: <http://www.pompiers.fr/grand-public/devenir-sapeur-pompier/integrer-le-service-de-sante-et-de-secours-medical-sssm>
35. Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
36. Décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires. 99-1039 décembre, 1999.
37. Direction de la Sécurité Civile. Les statistiques des services d'incendie et de secours. Les personnels. 2011.

## ANNEXE

Questionnaire Thèse AFGSU

### A/ Données sociodémographiques

Sexe :  Femme  Homme

Âge : ..... ans

Vous êtes médecin :  installé  remplaçant  salarié autre  
:.....

Exercice :  rural  semi-rural  urbain

Exercez-vous :  seul  cabinet de groupe  maison de santé pluridisciplinaire  
 autre :.....

Exercice particulier : .....  
(par exemple : médecine du sport, médecin sapeur-pompier, etc...)

Faites-vous des gardes :  Oui  Non

Le centre hospitalier le plus proche de votre cabinet est à :  < 30 min  > 30 min

Savez-vous s'il existe dans le département du Cher des sites industriels présentant des risques  
d'accidents majeurs (SEVESO) ou d'autres sites "sensibles" ?  
 oui  non  je ne sais pas

Quel support de formation médicale continue utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Cours universitaires (DU,...)  Internet  Revues médicales  
 Recommandations (HAS, société savante,...)  Séminaires, congrès  groupes de pairs  
 Autres : .....

### B/Connaissances (Vrai/faux)

	QUESTIONS	Vrai	Faux	ne sait pas
1	Les mesures de protection du sauveteur sont un préalable à toute action de secours			
2	En France le numéro d'appel d'urgence médicale est le 15			
3	L'obstruction brutale et totale des voies aériennes de l'adulte (étouffement au cours du repas) est reconnue par le déclenchement d'une toux			
4	Chez un adulte qui présente une obstruction brutale et totale des voies aériennes avérée, le premier geste à effectuer est la méthode d'Heimlich			
	QUESTIONS	Vrai	Faux	ne sait pas
5	Chez un adulte, pour vérifier si la victime est consciente, on lui parle et on la secoue vigoureusement			
6	Après avoir constaté l'inconscience, pour vérifier si un adulte respire, on pose sa main sur son abdomen pour constater si le ventre se soulève			
7	L'intérêt de mettre une victime inconsciente en position latérale de sécurité est de libérer les voies aériennes			

8	Chez une femme enceinte, la position latérale de sécurité se fait obligatoirement à droite			
9	Chez un adulte en arrêt cardiaque, chaque minute passée sans geste de réanimation fait perdre 10% de chance de survie pour la victime			
10	Lorsque l'on est seul et que l'on découvre un adulte en arrêt cardiaque, il faut commencer le massage cardiaque avant tout autre geste			
11	Chez un adulte en arrêt cardiaque, le massage cardiaque externe se compose de 15 compressions thoraciques pour 2 insufflations			
12	Chez un nourrisson en arrêt respiratoire, à domicile et sans matériel, les insufflations se font dans la bouche et le nez du bébé			
13	La pose du Défibrillateur Externe Automatique (DEA) et son utilisation peuvent être faites sans présence d'un médecin			
14	On ne peut pas utiliser de DEA chez un enfant de 2 ans en arrêt cardiaque			
15	Classez les étapes de la chaîne de survie de 1 à 5 comme elle doit se dérouler : Réanimation cardio-pulmonaire médicalisé (SMUR) <input type="checkbox"/> Diagnostic de la situation <input type="checkbox"/> Réanimation cardio-pulmonaire <input type="checkbox"/> Alerter les secours <input type="checkbox"/> Pose du défibrillateur <input type="checkbox"/>			
16	Chez une personne présentant un malaise, il faut l'allonger et appeler le centre 15			
17	En France pour sensibiliser la population à repérer les signes d'un AVC, le slogan s'intitule "VITE" pour <u>V</u> isage paralysé – <u>I</u> nertie d'un membre – <u>T</u> rouble de la parole – <u>E</u> n urgence appeler le 15			
18	Devant une plaie hémorragique, la pose du garrot peut se faire en première intention			
19	Une victime chez qui on suspecte une brûlure pulmonaire par inhalation doit être installée en position demi-assise			
20	Le casque de moto ne peut être retiré que si la victime est inconsciente, afin de vérifier si elle respire			
21	Chez une victime inconsciente ayant chuté d'une échelle, la libération des voies aériennes se fait par luxation de la mâchoire inférieure			
22	Chez un traumatisé du membre supérieur, il faut étendre le bras et l'avant-bras pour soulager la douleur			
23	Lors d'un accouchement inopiné, il faut dire à la mère de se retenir de pousser tant que le SAMU n'est pas là			
24	En France, pour alerter la population d'un danger, on diffuse par la sirène un signal continu de 30 secondes			
25	NRBC veut dire : Nomenclature des Risques Bio-terroristes Chimiques			

### **C/ Situations d'urgence et AFGSU**

**1. Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation d'urgence ?**  oui  non

**si oui, où ?**  au cabinet  en visite  en famille  sur la route  
 en vacances  dans un avion / bateau/ train

**Autre :**

.....  
.....



Quelle était l'urgence ? (si vous avez vécu plusieurs situations, évoquez celle qui vous a mis le plus dans l'embarras).....

Quel a été votre premier geste ?

**2. Avez-vous réalisé une formation complémentaire sur l'urgence ?**

oui  non

Si oui de quel type ?

**3. Avez-vous déjà entendu parler de l'AFGSU ?**  oui  non

Si oui comment :  invitation  collègue  article

Autre : .....

Si oui l'avez-vous passé ?  oui  non

**4. Seriez-vous intéressé par une formation sur les Gestes et Soins d'Urgence ?**

oui  non

Quel volume horaire y consacriez-vous ? ..... heures

Quel prix y investiriez-vous ? ..... euros

Pensez-vous qu'il serait enrichissant que les participants soient issus de filières médicales et paramédicales différentes ?  oui  non

**5. Classer les thèmes suivants dans l'ordre de ce qu'il vous semble prioritaire à aborder dans une formation sur l'urgence :**

1 = le plus important 8 = le moins important

	Malaise
	Relevage et brancardage
	Obstruction des voies aériennes
	Accouchement inopiné
	Réanimation cardio-pulmonaire
	Urgences collectives
	Hémorragies
	Traumatisme, plaies, brûlures

**6. A votre avis, à quelle fréquence sont mises à jour les recommandations officielles concernant les gestes et soins d'urgence ?** Tous les ..... ans.

Vu, le Directeur de Thèse

*D. Jean Berthoin*

*[Signature]*

Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le



## **DUIGOU Claire**

44 pages – 7 tableaux – 8 figures – 1 annexe

### **Résumé :**

**Introduction.** Acteur de premier recours, le médecin généraliste est amené à gérer des situations d'urgence. La maîtrise des gestes d'urgence est essentielle à sa pratique. L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) sanctionne une formation adaptée à ces professionnels de santé. Notre objectif était de connaître le niveau de connaissance en gestes d'urgence des médecins généralistes du Cher et leur besoin de formation dans ce domaine.

**Méthode.** Notre travail est une étude descriptive et transversale, menée par questionnaire auto-administré dans le département du Cher de juillet 2015 à mars 2016, auprès des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Résultats.** 120 médecins généralistes ont répondu sur les 266 médecins interrogés. 72% des médecins ont répondu correctement à plus de la moitié des questions. Être formé à l'urgence améliore le taux de bonnes réponses ( $p < 0,004$ ). 88,3% ont déjà été confronté à une situation d'urgence : 28% au sein du cabinet, 26,6% en visite à domicile. 33,1% des urgences citées sont des arrêts cardio-respiratoires. 24,7% des médecins alertent les secours avant tout autre geste. 38,3% des médecins ont entendu parler de l'AFGSU et 11% ont fait la formation. Deux tiers des médecins montrent un intérêt pour une formation complémentaire sur l'urgence.

**Conclusion.** Même si les situations d'urgence sont devenues plus rares en médecine générale, les médecins y restent confrontés et la maîtrise des gestes d'urgence reste nécessaire afin d'assurer les meilleures chances de survie aux patients.

**Mots clés :** médecine générale, urgence, AFGSU, formation

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT  
Directeur de thèse : Docteur Marc BERTHON  
Membres du Jury : Professeur Alain CHANTEPIE Vincent CAMUS  
Professeur Philippe COLOMBAT

Date de soutenance : 8 décembre 2017