



HAL
open science

Rôle des médecins généralistes et besoins en Formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie

Fanny Crocq

► **To cite this version:**

Fanny Crocq. Rôle des médecins généralistes et besoins en Formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01235643

HAL Id: dumas-01235643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01235643>

Submitted on 30 Nov 2015

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

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

ANNEE 2015

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

CROCQ Fanny

NEE LE 26 novembre 1987 A Rennes

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 SEPTEMBRE 2015

**Rôle des médecins généralistes et besoins en
formation dans le domaine de l'urgence vitale en
Haute-Normandie.**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Benoît Veber

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Cédric Damm

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly

Monsieur le Professeur Vincent Laudenbach

Monsieur le Docteur Jean-Michel Rabaud

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie

Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

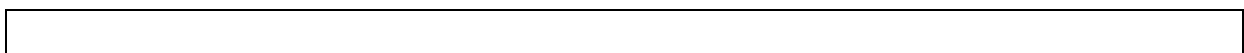
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire

Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication



II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie

Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation et économie de la
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079)	Biochimie et biologie
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) (UMR 1079)	Génétique moléculaire humaine
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) 1076)	Physiologie (Unité Inserm
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rou

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Benoît Veber, vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail. Je vous remercie pour votre aide et votre soutien.

A Monsieur le Professeur Luc-Marie Joly, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laudenbach, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel Rabaud, vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Docteur Cédric Damm, merci d'avoir accepté et proposé de diriger ce travail.

Je te remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir aidée tout au long de ce travail. Merci pour ton enthousiasme, ta disponibilité et tes qualités exceptionnelles de pédagogue.

A ma fille Louise, pour son entrain et sa joie de vivre, d'être là et d'être telle qu'elle est.

A Kevin, pour son soutien, son amour et les efforts fournis pour m'aider à endurer ces mois de dur labeur.

A ma mère, pour son amour, ses qualités d'écoute et ses attentions.

A ma sœur, pour son amour et d'être toujours là pour sa petite sœur.

Au petit Zaccharie pour ses phrases « chocapic » et Alexandre avec qui l'on discute de tout.

A mon père, d'être toujours là malgré les difficultés.

A mes grands-parents, Jean et Denise (la mamie gâteau) pour leur accueil toujours des plus chaleureux et leurs présents vitaminés.

A Florence, Audrey et Daniel pour leur soutien et de m'avoir accueillie presque comme l'une des leurs.

A ma petite Morue, pour sa loyauté, son empathie, d'être une amie comme on en a peu.

A Marc, pour nos fou-rires et notre complicité qui me font voir la vie en couleur.

A Alison, dont l'amitié perdure et traverse les décennies malgré la distance.

A Hélène, avec qui tout est toujours intact à chaque retrouvaille.

A Emilie, que je vois peu mais avec qui la qualité prévaut sur la quantité.

A Elise, une très jolie découverte, pour les heures passées sans compter et sa sincérité.

A Marion, pour son aide, les instants partagés, les soirées crêpes.

Au ptit' Abricot, pour sa gentillesse et sa précision.

A Mathilde, la pimpante néo-parisienne, statisticienne et ses judicieux conseils

A Victoria, ma surprenante co-interne, dont le soutien et les moments partagés ont été précieux.

A Mitch-Nicolas, son humour décalé.

A Guillaume pour son rhum-citron et ses conseils d'informaticien avisé.

A Laure son aide, Lauranne ses encouragements et Chloé ses astuces de reprographie et les soirées entre filles qui détendent et donnent le sourire.

A Mailys et Béatrice les accros du style et de la ponctuation.

A Cécile et son humour hors du commun.

A tous les corréziens qui m'ont fait passé une semaine inoubliable !

A Alphonse & Simone...

Je tiens tout particulièrement à « remercier » le petit voleur qui a jugé bon de me dérober mon ordinateur, mon disque-dur externe avec toutes mes données, mes notes de thèse, mon téléphone, mon portefeuille avec mes papiers d'identité une semaine avant que je la rende. Au cas où, sans cette ingénieuse intervention, l'exercice eut-été trop simple...

Table des matières

Introduction	1
I) Contexte	2
1. <i>L'urgence vitale en médecine générale</i> :	2
A. Définition :	2
B. Fréquence et type d'urgences vitales en médecine générale :	2
C. Facteurs influençant la survenue d'une urgence vitale en médecine générale :	3
2. <i>Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale</i>	3
A. Intérêt de la prise en charge précoce d'une urgence vitale en médecine générale.....	3
B. Organisation des cabinets de médecine générale et implications des généralistes dans la prise en charge des urgences vitales.....	4
C. Compétences et connaissances du médecin généraliste dans le domaine de l'urgence vitale	4
D. Matériel d'urgence dont dispose le médecin généraliste.....	5
E. Equipement des cabinets de médecine générale en défibrillateur semi-automatique (DSA) :	6
3. <i>Formation du médecin généraliste face à une urgence vitale</i>	7
A. Formation des médecins généralistes à l'urgence.....	7
B. Place de la simulation dans la formation à la médecine d'urgence :	8
4. <i>Organisation du système de santé en France face à l'urgence vitale et médecins correspondant du SAMU</i>	9
II) Matériel et méthodes	10
1. <i>Type d'étude</i>	10
2. <i>Population et échantillon</i>	10
3. <i>Choix du questionnaire</i>	10
4. <i>Analyse statistique</i>	10
III) Résultats	12
1. <i>Représentativité de la population par l'échantillon</i>	12
2. <i>Mode de réponse au questionnaire</i>	15
3. <i>Résultats du questionnaire</i> :	16
A. Première partie : modalités d'exercice et fonctionnement du cabinet en médecine générale :	16
B. Deuxième partie : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale en ville.....	19
C. Troisième partie : besoins en formation à l'urgence vitale en médecine générale, mise en situation et évaluation des pratiques.....	30
D. Quatrième partie : Relation des médecins généralistes avec le SAMU : ..	42
E. Pratiques médicales des médecins généralistes.....	49

F. Analyses statistiques des résultats	58
IV) Discussion	63
1. <i>Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale</i>	63
2. <i>Besoins en formation et propositions de formation continue à la médecine d'urgence</i>	66
A. Etat des lieux sur la formation actuelle des généralistes à l'urgence et rapport par leur ressenti face à une urgence vitale.....	66
B. Souhaits des médecins généralistes et proposition de formation médicale continue	67
3. <i>Axes d'amélioration concernant la prise en charge d'une urgence vitale extrahospitalière par le médecin généraliste</i>	69
V) Biais et limites de l'étude :	71
VI) Conclusion.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	73
RESUME :	82

GLOSSAIRE :

AC : Arrêt Cardiaque

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMU : Capacité d'aide Médicale Urgente

CESU : Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgence

CMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DAE : Défibrillateur Automatique Externe

DPC : Développement Professionnel Continu

DESC MU : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire de Médecine d'Urgence

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

Introduction

Il est établi, dans la littérature médicale, que la prise en charge précoce des patients en situation de détresse vitale par leur médecin généraliste conditionne leur survie (1–3). La qualité de cette prise en charge dépend directement des compétences et du matériel dont dispose le médecin qui gère la situation. La prise en charge d'une urgence vitale nécessite en effet une formation et des compétences particulières. Il est cependant difficile d'acquérir et de mobiliser ces compétences étant donnée la faible incidence des situations d'urgence vitale en médecine générale.

Néanmoins, le médecin généraliste ne peut se soustraire à l'obligation de secourir autrui. Il a le devoir d'intervenir en situation d'urgence même si cette situation est rare. Il est inscrit dans le Code de Déontologie Médicale que « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoive les soins nécessaires.* » (4).

Il m'a semblé, pendant mes stages en médecine générale et à l'hôpital que l'organisation du système de santé s'était modifiée, avec une centralisation et une professionnalisation des urgences reléguant les médecins généralistes en seconde ligne face à l'urgence vitale. Par conséquent, le médecin généraliste me semble moins investi dans la prise en charge des urgences pensant probablement qu'elles ne font plus partie de sa spécialité.

Cette thèse a pour objectif de délimiter le rôle que les médecins généralistes considèrent avoir à jouer dans la prise en charge des urgences vitales en ville dans le système de santé actuel et d'évaluer leurs besoins en termes de formation dans ce domaine.

I) Contexte

1. L'urgence vitale en médecine générale :

A. Définition :

Nous définirons l'urgence vitale en médecine générale comme étant une situation qui engage immédiatement le pronostic vital du patient.

Voici, à titre d'exemple, une liste non exhaustive du type de situations étudiées : la douleur thoracique, l'accident vasculaire cérébral, la détresse respiratoire, la crise convulsive, le choc septique ou anaphylactique, l'arrêt cardiaque (AC)...

Nous nous limiterons aux situations pouvant être rencontrées en visite à domicile ou en cabinet de ville. Plusieurs études réalisées dans le domaine de l'urgence reprennent ces principales pathologies (5,6).

B. Fréquence et type d'urgences vitales en médecine générale :

Selon l'enquête menée par la **Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)** (7,8) en octobre 2004 auprès de 1400 médecins de ville, les recours urgents ou non programmés constituent 12% de l'activité totale des médecins libéraux, dont 1.2% sont des situations avec mise en jeu du pronostic vital (soit 0,014% de l'activité totale des médecins libéraux). Une urgence vitale est donc un événement rare en médecine générale. Néanmoins, un médecin généraliste sera confronté à la prise en charge d'une à plusieurs urgences vitales au cours de sa carrière.

Selon une étude anglaise de 1999 sur les urgences vitales extrahospitalière, les médecins généralistes du Nottinghamshire ont été confrontés pour 93% d'entre eux à un AC au moins une fois depuis leur début d'exercice libéral. Ils fixent à 3 ans (médiane calculée) leur dernière prise en charge d'un patient en AC (9). Selon une étude danoise de 2013, 29% des médecins ont déjà vécu un AC à leur cabinet (10).

L'urgence vitale en médecine générale peut se présenter sous différentes situations cliniques. Selon une étude canadienne de 2009 sur le type d'urgences en médecine générale, les urgences vitales les plus fréquentes sont les douleurs thoraciques, elles représentent 24% des appels d'urgences (11). Une étude irlandaise de 2007 (12) sur une période de 3 ans met en évidence que 84% des généralistes ont pris en charge une douleur thoracique. Des convulsions, des blessures graves, des urgences pédiatriques et des hypoglycémies ont été prises en charge par plus de la moitié des médecins.

C. Facteurs influençant la survenue d'une urgence vitale en médecine générale :

Urgences vitales au cabinet, évaluation du risque de survenue (5), (9)	
Risque modéré à élevé	Risque faible
<ul style="list-style-type: none">• Situation reculée ou périphérique• Pas d'hôpital à proximité• Long délai d'arrivée des secours• Administration fréquente de médicaments par voie parentérale• Cabinet de groupe ou à densité élevée de patients	<ul style="list-style-type: none">• Patientèle de faible densité• Situation urbaine• Proximité d'un centre d'urgence• Peu de malades âgés ou polyopathologiques• Pratique spécifique (par exemple psychothérapie)• Pas d'administration de médicaments par voie parentérale• Pas de gestes invasifs ou de procédures à risques (désensibilisations, injection de produit anesthésiant)

2. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale

A. Intérêt de la prise en charge précoce d'une urgence vitale en médecine générale

Le médecin généraliste a un rôle crucial dans la prise en charge d'un patient en situation d'urgence vitale en tant que premier intervenant. De nombreuses études, réalisées plus particulièrement sur l'AC (1,2), ont montré que la prise en charge médicale précoce des urgences vitales par un médecin augmente la survie des patients. Même lorsque la défibrillation est retardée parce que le défibrillateur est apporté par du personnel médical ou paramédical (comme cela arrive dans le Nottinghamshire), les médecins généralistes qui participent à la gestion d'un AC peuvent avoir un impact significatif sur la survie du patient qu'ils ont pris en charge. Les chances de sortir vivant de l'hôpital pour un individu sont augmentées de 6,9% (dans la population générale) à 24,3% lorsqu'un médecin généraliste pratique une réanimation cardio-pulmonaire précoce sur un rythme choquable (1). Dans une étude anglaise de 2002, si le délai de prise en charge du patient par un médecin généraliste disposant d'un défibrillateur est inférieur à quatre minutes, 60% des patients sortiront vivants de l'hôpital (3) . Si le délai de prise en charge médicale est supérieur à quatre minutes, 18%

des patients sortiront vivant de l'hôpital.

B. Organisation des cabinets de médecine générale et implications des généralistes dans la prise en charge des urgences vitales

La prise en charge d'une urgence vitale en cabinet de médecine générale nécessite une anticipation et une organisation particulière. Une étude canadienne de 2002 (14), sur les cabinets de médecine générale et les moyens dont ils disposent pour prendre en charge des urgences vitales a conclu que les cabinets de médecine générale sont sous-équipés et que les médecins généralistes sont insuffisamment préparés pour prendre en charge de manière optimale les urgences vitales.

Cette lacune pourrait être corrigée par l'instauration de mesures simples qui tiennent compte du profil de risque propre à chaque cabinet. Une approche d'équipe, l'utilisation efficace des compétences professionnelles de chacun, le fait de disposer d'un bon équipement sont des éléments essentiels à la prise en charge efficace des urgences vitales.

Des mesures peuvent être prises en fonction du type de patientèle et des conditions particulières de pratique car il a été démontré que selon le type de médecine pratiquée, les risques de rencontrer une urgence vitale sont variables. Les risques sont maxima chez les médecins généralistes éloignés d'un centre d'urgence, en zone rurale, qui pratiquent des gestes tels que les désensibilisations ou les injections intraveineuses.

Selon cette étude, le manque de préparation serait dû au fait que les urgences en médecine générale sont perçues comme des événements rares, que les généralistes sont trop occupés pour prendre le temps de préparer et d'entretenir le matériel d'urgence et que le coût d'achat et d'entretien du matériel d'urgence est trop élevé. De plus, la proximité d'urgences hospitalières diminuerait l'investissement des médecins dans la prise en charge d'urgences vitales par lesquelles ils se sentent moins concernés.

C. Compétences et connaissances du médecin généraliste dans le domaine de l'urgence vitale

Les limites de compétences du médecin généraliste face à une urgence vitale sont difficiles à définir. Il n'est pas aisé d'apprécier jusqu'où le médecin peut et doit aller dans la prise en charge des urgences vitales et de déterminer quels sont les algorithmes de réanimation qu'il doit savoir appliquer.

Une étude de 2014 sur les situations d'urgence en cabinet de médecine générale suggère que la façon dont une situation d'urgence est censée être gérée peut dépendre de

l'état du patient, de l'expertise du médecin et de la distance avec le service d'urgence le plus proche. Le rôle du médecin sera de faire un bilan précis de l'état du patient avant d'appeler les secours et éventuellement de proposer un début de prise en charge. Un médecin en milieu rural ne devra peut-être pas seulement se contenter de prodiguer les premiers soins à un patient en situation de détresse vitale, il devra peut-être commencer une prise en charge médicale (15).

Une étude portant sur la « *Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence* », étude auprès des médecins généralistes de quatre départements du Sud de la France (16) a montré que 52 % des médecins estimaient avoir à réaliser des gestes de réanimation d'urgence au moins une fois par an, mais 30 % avouaient n'en avoir aucune maîtrise. Les facteurs associés à un manque de maîtrise des gestes de réanimation d'urgence étaient l'âge (âge > 55 ans), le sexe féminin, l'absence de stage en réanimation/urgences lors des études (stage en deuxième cycle ou stage en troisième cycle), l'absence de réalisation de gestes de réanimation et d'urgence dans la pratique quotidienne.

Une étude singapourienne de 2005 (17) sur les connaissances des algorithmes de réanimation d'un ACR met en évidence que les médecins travaillant en libéral ont significativement moins de connaissances des recommandations en termes de prise en charge de l'ACR que les médecins travaillant à l'hôpital.

D. Matériel d'urgence dont dispose le médecin généraliste

Il n'existe pas de recommandations sur le contenu de la trousse d'urgence du médecin généraliste. Elle est constituée selon l'appréciation de chaque praticien. La littérature est riche, de nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet.

Dans une étude européenne de 2006, (18) des médecins ont reçu une trousse d'urgence spécialement adaptée pour 3 ans. 52,1% ont utilisé le kit au moins une fois au cours des 3 ans. La majorité des médecins a considéré que l'entretien tous les 6-12 mois était suffisant. Les médecins ayant utilisé la trousse l'ont trouvé plus utile que ceux n'en ayant pas eu besoin.

Selon une étude Belge de 2007 (19) sur la trousse d'urgence du médecin généraliste, il est proposé de sélectionner le matériel et les médicaments dédiés à l'urgence selon la zone d'exercice :

- Pour les zones semi-rurales et urbaines, l'équipement minimal apparaissant indispensable au médecin généraliste serait le suivant : bouteille d'oxygène, couverture de survie, masque à oxygène, nébulisateur, amlodipine.
- Pour les zones rurales le médecin devrait s'équiper d'un défibrillateur semi-

automatique, d'un laryngoscope, de sondes d'intubation, de sondes urinaires, de solutés de réhydratation, de glucagon, de lidocaïne, de paracétamol injectable.

Selon une étude suisse de 2008 (5), 90% des médecins généralistes disposent de matériel de ventilation, 97,6% disposent d'adrénaline.

E. Equipement des cabinets de médecine générale en défibrillateur semi-automatique (DSA) :

Les cabinets de médecine générale sont, dans l'ensemble, peu pourvus en DSA. Une étude finlandaise de 2004 met en évidence que 44% des cabinets de groupe appelés « centre de santé » sont équipés en DSA (20). Une étude danoise de 2013 (10) met en évidence que 30% des médecins généralistes sont équipés en défibrillateurs, bien qu'il soit prouvé que le fait de disposer d'un défibrillateur augmente la survie dans les premières minutes d'un AC. Dans cette étude, les deux principaux arguments pour ne pas s'équiper en défibrillateur sont le coût et l'inutilité.

Selon une étude suisse de 2008 (35), les arguments en faveur de la mise en place de défibrillateurs semi-automatiques en cabinet de médecine générale sont les suivants:

- augmentation du taux de survie si la réanimation cardio-pulmonaire précoce est associée à un choc électrique externe précoce,
- facilité d'emploi et d'entretien,
- long délai d'arrivée du DAE s'il est apporté par les secours externes (4 min),
- un médecin compétent est témoin de l'AC,
- l'aspect «qualité» du cabinet,
- l'aspect médico-légal.

Les arguments contre l'acquisition d'un défibrillateur semi-automatique sont :

- le prix,
- l'inutilité,
- l'absence de formation à l'utilisation. (17)

Le temps moyen entre l'AC et le choc électrique externe est estimé à 1.5 minutes pour les médecins ayant à disposition un défibrillateur contre 10.1 minutes pour ceux qui ne disposent pas d'un défibrillateur (3) .

3. Formation du médecin généraliste face à une urgence vitale

A. Formation des médecins généralistes à l'urgence

- ***Formation antérieure***

Jusqu'en 1970, la formation aux gestes et soins d'urgence se faisait principalement sous forme de cours théoriques, « *au mieux par compagnonnage, au pire par tâtonnement et avec les conseils d'une infirmière expérimentée* »(22). La formation des gestes de secourisme au sein des études médicales est alors fonction de chaque Université ; chacune faisant intervenir soit des secouristes civils, soit des médecins anesthésistes des Centres d'Enseignement aux Soins d'Urgence (CESU). Certaines universités ne proposaient aucune formation. Le Ministère de l'Education Nationale organise, à partir de 1985, l'enseignement de la médecine d'urgence destiné aux étudiants en médecine du deuxième cycle. Grâce à la loi sur l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires, votée le 6 janvier 1986, l'enseignement de la médecine d'urgence s'institutionnalise. La Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU) et la Capacité de Médecine de catastrophe sont créées pour former les futurs médecins urgentistes. La CAMU succède au diplôme universitaire (DU) d'oxyologie déjà proposé par quelques facultés. Quinze ans plus tard, la CAMU devient CMU. Le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine d'urgence (DESC-MU) proposé depuis 2004 sera lui-même prochainement remplacé par un DES de médecine d'urgence.

En 2006, dans un souci de proposer un enseignement de base dès la formation initiale des professionnels de santé, l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) est créée à l'initiative du Ministère de la Santé et des CESU (23). Ces différentes formations ne sont cependant pas obligatoires pour les médecins en exercice.

- ***Formation actuelle à la médecine d'urgence pour l'interne de médecine générale***

La formation des étudiants en deuxième cycle des études médicales comprend depuis 2007 une formation aux gestes de premiers secours (AFGSU) (24) ainsi qu'un stage à temps complet, d'au moins quatre semaines, dans un Service d'Accueil des Urgences (SAU), de réanimation ou de soins intensifs pendant l'externat (25). Ce stage doit obligatoirement être renouvelé pour une durée de six mois au cours de l'internat de médecine générale (26).

Une étude de 2013 met en évidence que « la formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France »(27). Cette étude a été réalisée sur une population d'étudiants en DES de médecine

générale. 10% des étudiants disent ne pas détenir l'AFGSU, 67% se disent insatisfaits de la formation, et 80% en première année de thèse. Pour 83% des répondants, une remise à niveau devrait être obligatoire. 3 à 5% des étudiants avaient pratiqué une RCP (Réanimation Cardio-Pulmonaire), 15% avaient utilisé un DAE.

- **Formation continue**

Le médecin a, en théorie, une obligation de formation continue. L'article 11 du Code de Déontologie précise qu'il doit entretenir et perfectionner ses connaissances et doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue (28). La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins « conformes aux données acquises de la science ». Etant donné le large éventail de situations cliniques en médecine d'urgence et leur rareté, il est difficile pour les médecins de soins primaires d'être à jour et compétents dans la totalité des soins d'urgence (15). On peut donc envisager qu'un généraliste ait une obligation de « compétences minimales » dans chaque domaine. Ceci est applicable au domaine de l'urgence. Il existe actuellement des diplômes universitaires et des formations continues à la médecine d'urgence, il n'existe pas de programme officiel, chaque faculté ou CESU peut proposer son propre programme. Lors d'une enquête réalisée en 2008 auprès des médecins généralistes des Pays de la Loire (29), 73% des médecins déclaraient appartenir à une association de Formation Médicale Continue (FMC) ou à un groupe de pairs afin de mettre en place plus facilement des actions de formation correspondant à leur attente. 85% des médecins généralistes déclaraient avoir assisté à des sessions de FMC (toute thématique confondue) au cours de l'année précédant l'enquête, 43% au moins une fois par mois. Ce devoir déontologique de formation continue est devenu une obligation légale depuis 1996 (28). Selon une étude danoise de 2013, 95% des médecins ont reçu une formation aux gestes d'urgence datant de moins de 4,1 ans (10).

B. Place de la simulation dans la formation à la médecine d'urgence :

« Le terme « simulation en santé » correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. » (30)

La simulation en médecine d'urgence est en plein essor. C'est un outil pédagogique particulièrement intéressant pour l'enseignement de la médecine d'urgence. Un objectif éthique devrait être prioritaire : « jamais la première fois sur le patient » (31). Des

simulateurs haute-fidélité permettent de mettre les médecins en situation avec un mannequin afin de les confronter aux mêmes difficultés que lors d'une prise en charge d'un patient. Plusieurs articles cités dans « l'American Journal of Medical Quality » relatent des expériences spécifiques et expliquent en quoi les exercices de simulation améliorent les compétences des étudiants en médecine, des internes et des professionnels. (31) Les opinions des étudiants en médecine travaillant sur des mannequins de simulation sont favorables. Non seulement la simulation les aide à comprendre les scénarii complexes mais elle leur permet d'aller jusqu'au bout des prises en charge et de tester toutes les possibilités thérapeutiques face à un malade donné. (31)

4. Organisation du système de santé en France face à l'urgence vitale et médecins correspondant du SAMU.

Auparavant, les gardes étaient obligatoires pour les médecins généralistes, le « tour de garde obligatoire » a disparu en 2002 (13). Les médecins prennent maintenant des gardes à leur convenance selon un système de permanence des soins.

Afin de rendre accessibles des soins d'urgence en moins de 30 minutes pour tous les citoyens français, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a proposé de réhabiliter le statut de médecin correspondant du SAMU. Comme le prévoit le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et l'arrêté du 12 février 2007, le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Cela concerne les territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient (32).

Le Médecin Correspondant du Samu est un médecin de premier recours, qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale grave. Il agit en collaboration avec le Centre 15, en amont d'une éventuelle intervention SMUR. Il reçoit régulièrement une formation à l'urgence, il est équipé en matériel et médicaments d'urgence mis à disposition par le SMUR le plus proche. Il est rémunéré lors des interventions. Les objectifs de la mise en place d'un statut de MCS sont de donner des conditions d'exercice satisfaisantes aux professionnels en clarifiant les cadres juridiques d'intervention et les conditions d'engagement de leur responsabilité, de favoriser le regroupement des médecins volontaires pour assurer les fonctions de MCS. Les MCS sont recrutés sur la base du volontariat.

II) Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et transversale réalisée en Haute-Normandie au cours des mois de mai, juin et juillet 2015.

2. Population et échantillon

La population visée est la population de médecins généralistes Haut-Normands exerçant en libéral, en cabinet de médecine générale, seuls ou en groupe.

Les médecins généralistes ont été sélectionnés à partir du moteur de recherche « les pages jaunes » et à l'aide d'un listing fourni par l'ARS. Le mot-clé « médecin généraliste » a été utilisé, les villes de Haute-Normandie ont été entrées unes à unes. Nous avons ainsi contacté tous les médecins Haut-Normands par téléphone. On a demandé à ceux qui avaient pu être joints de répondre au questionnaire de thèse par entretien téléphonique, sur internet, ou par courrier selon la convenance de chacun.

3. Choix du questionnaire

Le questionnaire s'articule en six parties et quarante et une questions. (cf annexe)

Il a été établi à partir des données de la littérature sur les facteurs épidémiologiques de prise en charge de l'urgence vitale en cabinet de médecine générale, et à partir des formations à la médecine d'urgence préexistantes.

Les médecins n'ont pas nécessairement répondu à toutes les questions du questionnaire, c'est pourquoi le nombre de répondants varie selon les questions.

4. Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel Excel[®] ainsi que sur un site internet de sondage et d'analyse de donnée, SurveyMonkey[®]. Nous avons utilisé biostatgv[®] pour les analyses statistiques. Les médecins généralistes ayant répondu par internet ont rempli directement le questionnaire par l'intermédiaire du logiciel « SurveyMonkey[®] ». Les réponses des médecins ayant répondu par téléphone ou par

courrier postal ont été entrées manuellement dans le logiciel.

Dans un premier temps, une description sociodémographique et médicale a été réalisée sur l'échantillon.

III) Résultats

Nous avons ainsi contacté les 1660 médecins Haut-Normands en activité par téléphone soit la totalité des médecins généralistes de Haute Normandie. Dans la majorité des cas, les médecins n'ont pas répondu. Ils n'ont la plupart du temps été pas pu être contactés directement. Il existe un intermédiaire avec les secrétariats téléphoniques. Les médecins ne sont pas toujours joignables car en consultation. Quand nous avons réussi à les obtenir parmi ceux que nous avons réussi à joindre directement, beaucoup étaient réticents pour répondre au questionnaire avec comme principale raison alléguée « le manque de temps ».

Nous avons joint 310 médecins au total, soit directement, soit par l'intermédiaire de leur secrétariat téléphonique. 68% des médecins joints et ayant donné leur accord ont finalement répondu au questionnaire.

Nous avons finalement pu recueillir 211 répondants avec un taux final de réponse de 13%.

1. Représentativité de la population par l'échantillon

La population de médecins généralistes de Haute-Normandie comporte 1660 médecins en activité. Notre échantillon se compose de 211 personnes et représente 13% des médecins généralistes de Haute-Normandie.

Nous avons réalisé des tests de Khi 2 afin de tester notre échantillon.

Nous avons cherché à savoir si notre échantillon est représentatif de la population haut-normande au niveau de l'âge, de la répartition géographique et du sexe. Notre population théorique a été calculée à partir des données démographiques fournies par l'ARS.

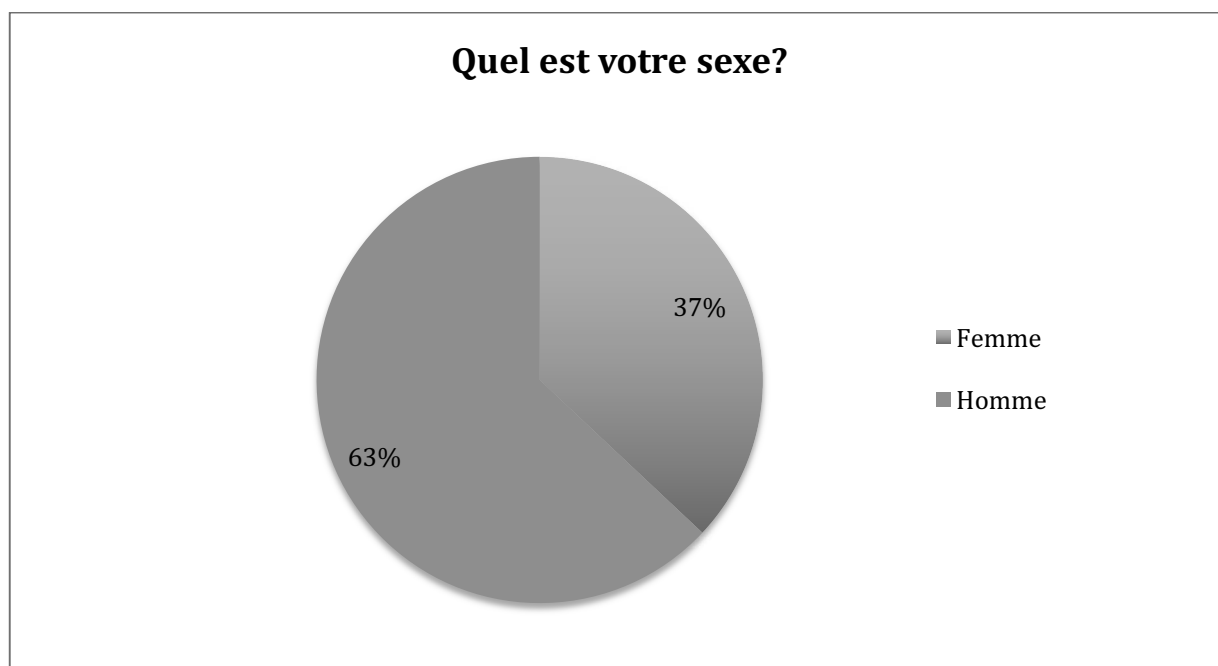
Au niveau de l'âge :

Le test de Khi 2 ne met pas en évidence de différence significative entre notre échantillon et la population de généralistes de Haute-Normandie par rapport à l'âge. (Chi2, p 0,998).

Au niveau du sexe :

Agés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 67% des 1660 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Haute-Normandie.(33) Selon un test du Khi 2, notre échantillon est représentatif de la population de médecins généralistes haut-normande en fonction du sexe (Chi2, p : 0.485)

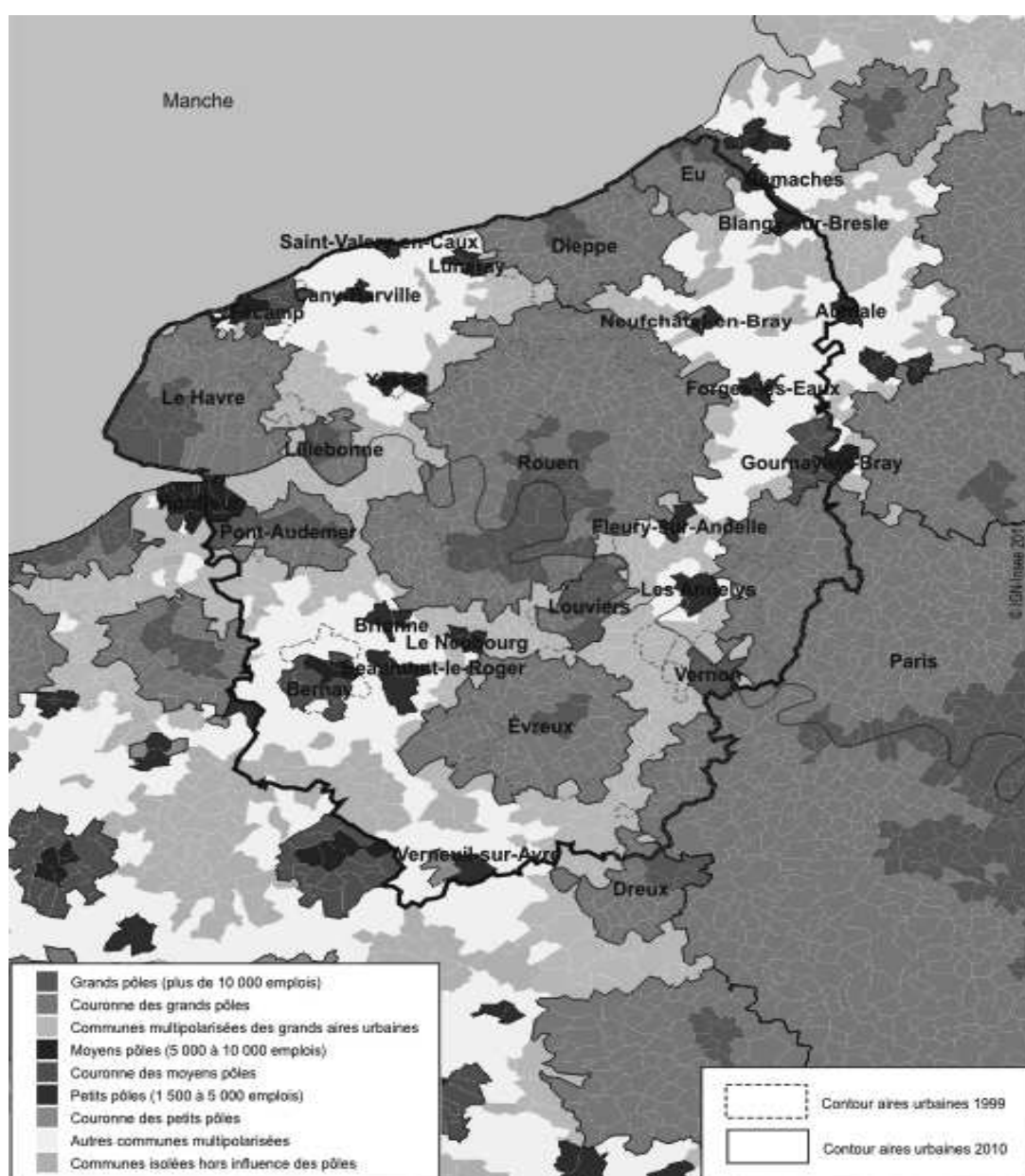
Quel est votre sexe?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Femme	36,8%	75
Homme	63,2%	129
Répondants		204
Non répondants		9



Au niveau de la répartition géographique :

Nous avons recueilli le code postal des médecins généralistes, nous les avons ensuite triés et classés selon les aires urbaines déterminées par l'ARS. Nous avons calculé la population théorique par rapport à la répartition géographique des médecins généralistes en Haute-Normandie fournie par l'ARS. On ne met pas en évidence de différence significative entre notre échantillon et la population de généralistes de Haute-Normandie par rapport à la répartition géographique. (Chi2, $p= 0.702$).

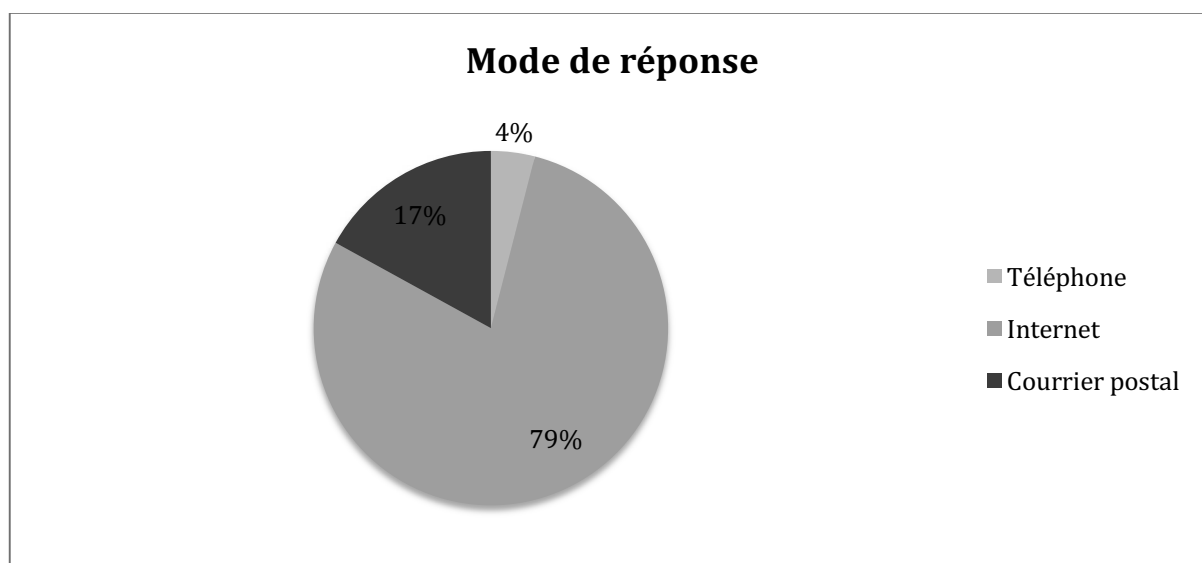
Les aires urbaines 2010 en Haute-Normandie



2. Mode de réponse au questionnaire

Les résultats du questionnaire sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

Mode de réponse		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
téléphone	4,2%	9
internet	78,6%	166
courrier postal	17,1%	36
Nombre de répondants		211

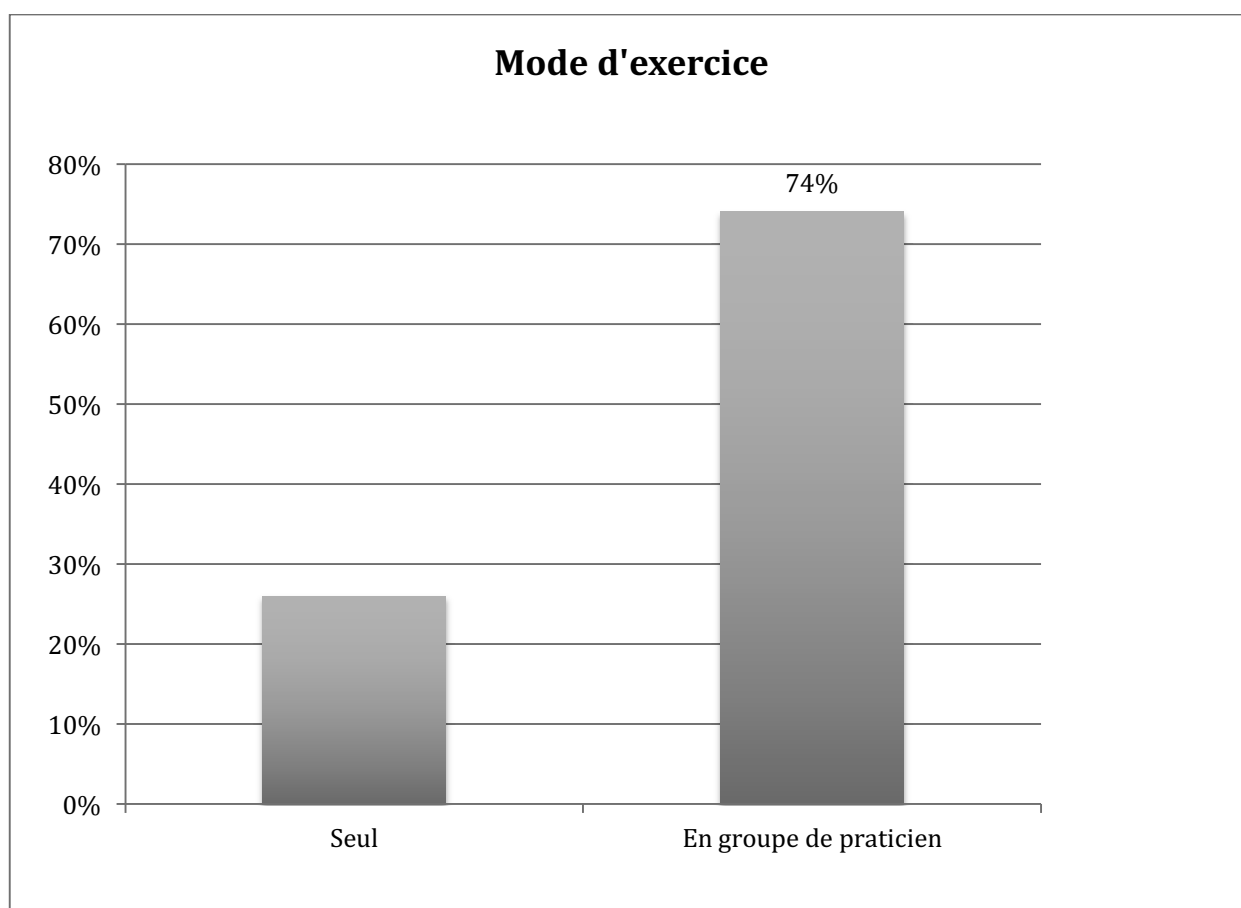


Les médecins ont pu choisir leur mode de réponse, par téléphone, internet ou courrier. Ils ont répondu pour la majorité d'entre eux (78%) sur le site internet de sondage SurveyMonkey®.

3. Résultats du questionnaire :

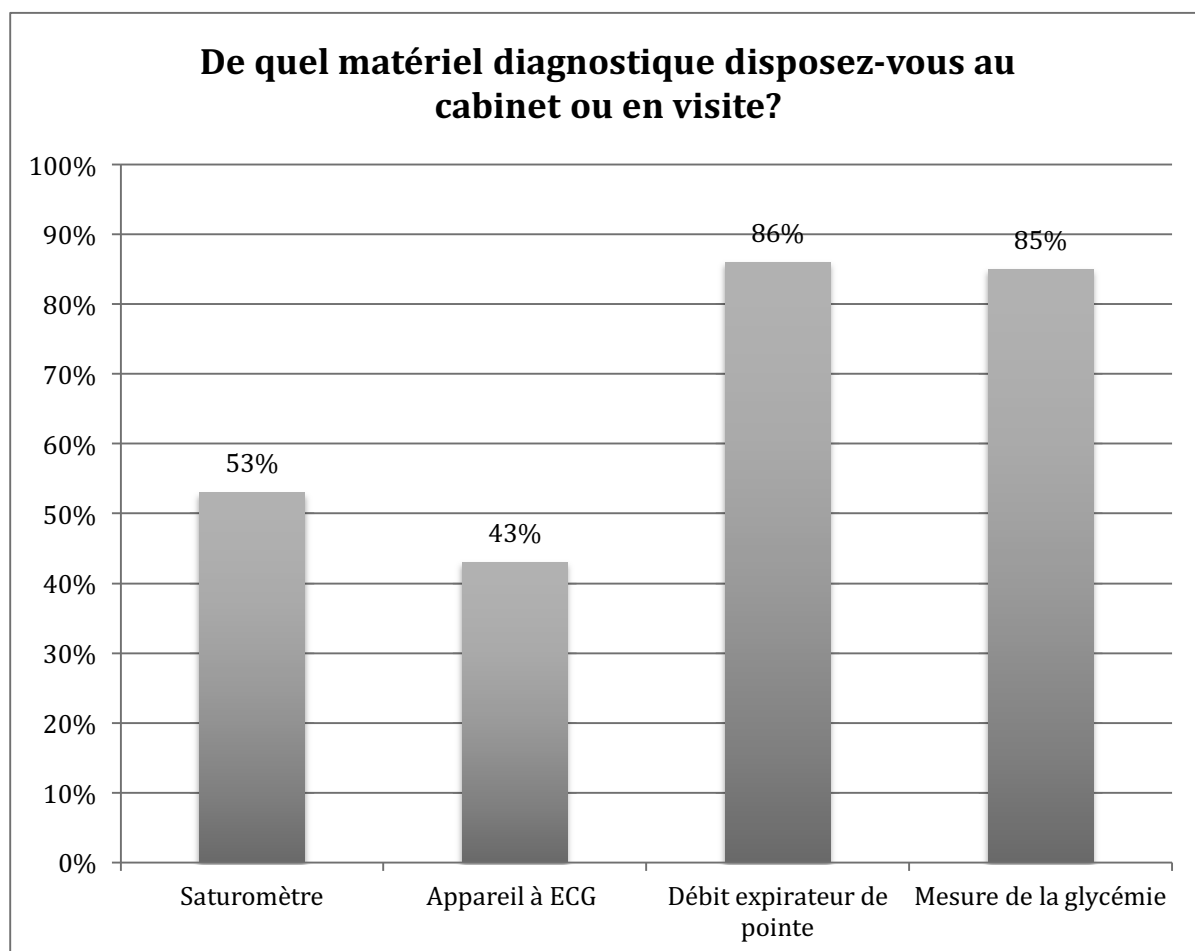
A. Première partie : modalités d'exercice et fonctionnement du cabinet en médecine générale :

Exercez-vous votre activité professionnelle ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Seul	25,8 %	54
En groupe de praticiens	74,2%	155
Répondants		209
Non répondants		2

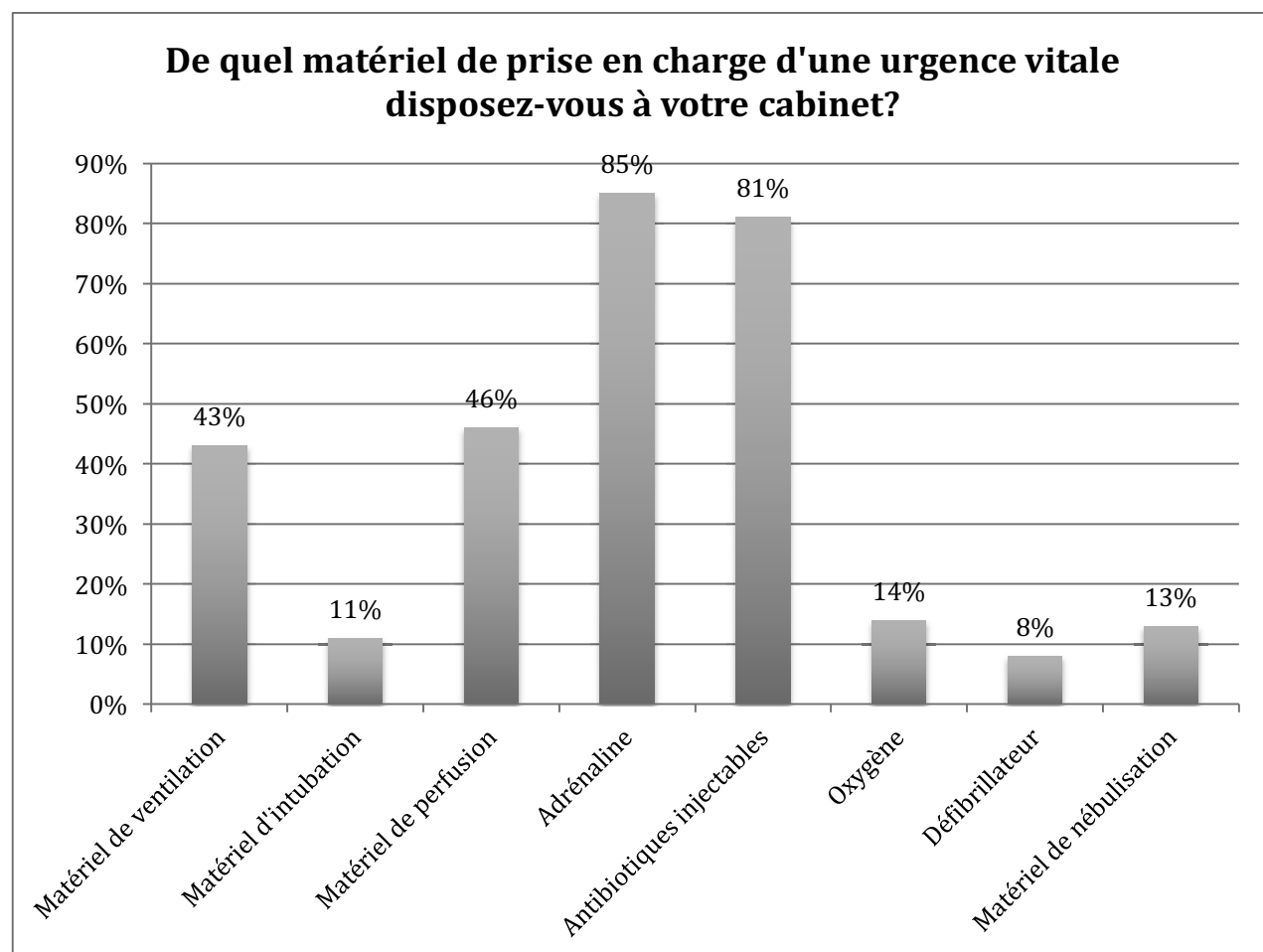


De quel matériel diagnostique disposez-vous au cabinet ou en visite ?

Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Saturomètre	52,5%	106
Appareil à ECG	42,6%	86
Débit expiratoire de pointe	85,1%	172
Appareil de mesure de la glycémie capillaire	85,1%	172
Répondants		202
Non répondants		9



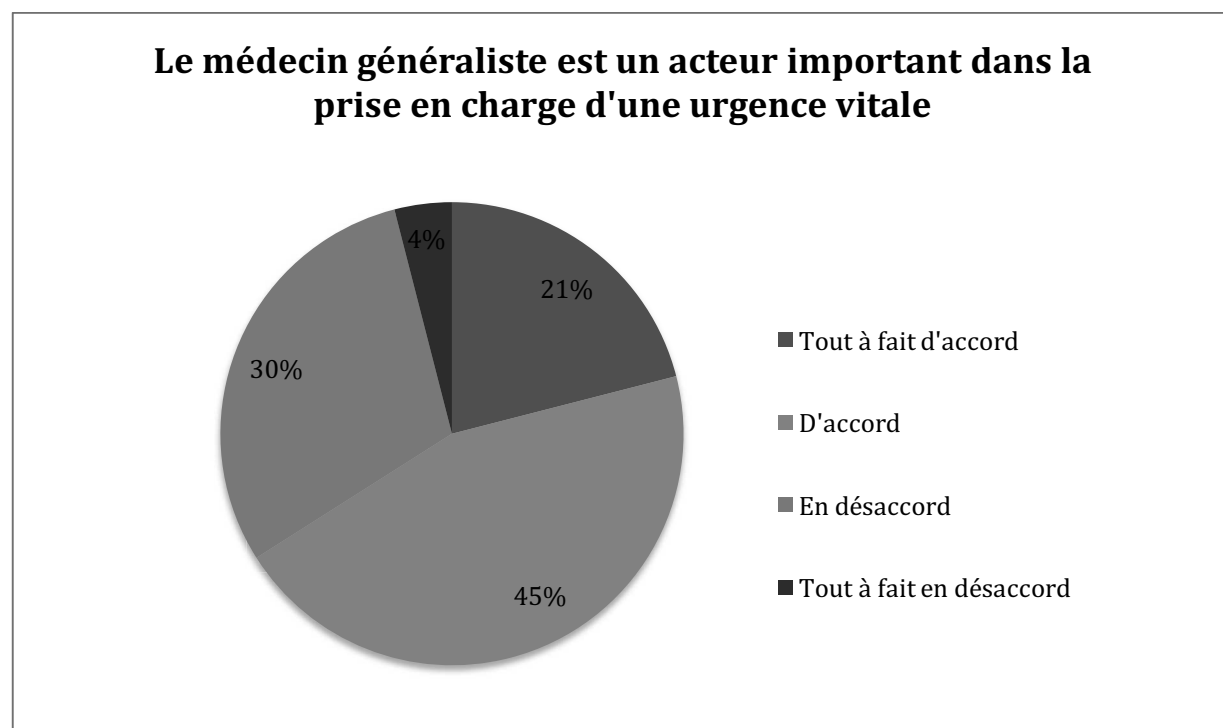
De quel matériel de prise en charge d'une urgence vitale disposez-vous à votre cabinet ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Matériel de ventilation	42,7%	85
Matériel d'intubation	11,1%	22
Matériel de perfusion	45,7%	91
Adrénaline	85,4%	170
Antibiotiques injectables	80,9%	161
Oxygène	14,1%	28
Défibrillateur	7,5%	15
Matériel de nébulisation	13,1%	26
Répondants		199
Non répondants		12



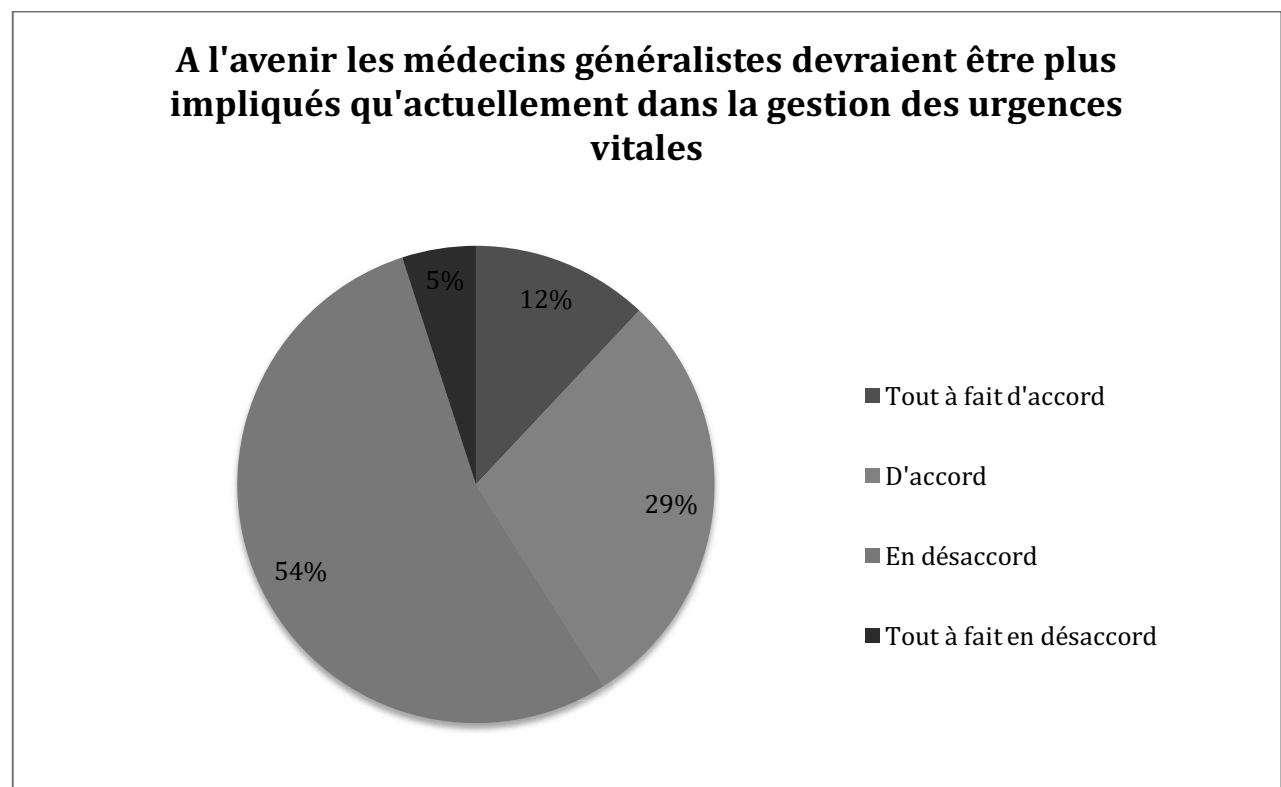
B. Deuxième partie : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale en ville

On détermine, selon une échelle de Likert, l'avis des médecins généralistes par rapport à diverses propositions concernant le rôle et la place qu'ils considèrent avoir dans la prise en charge d'une urgence vitale en ville.

Le médecin généraliste est un acteur important dans la prise en charge d'une urgence vitale :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	21,4%	45
D'accord	44,8%	94
En désaccord	30,0%	63
Tout à fait en désaccord	3,8%	8
Répondants		210
Non répondants		1

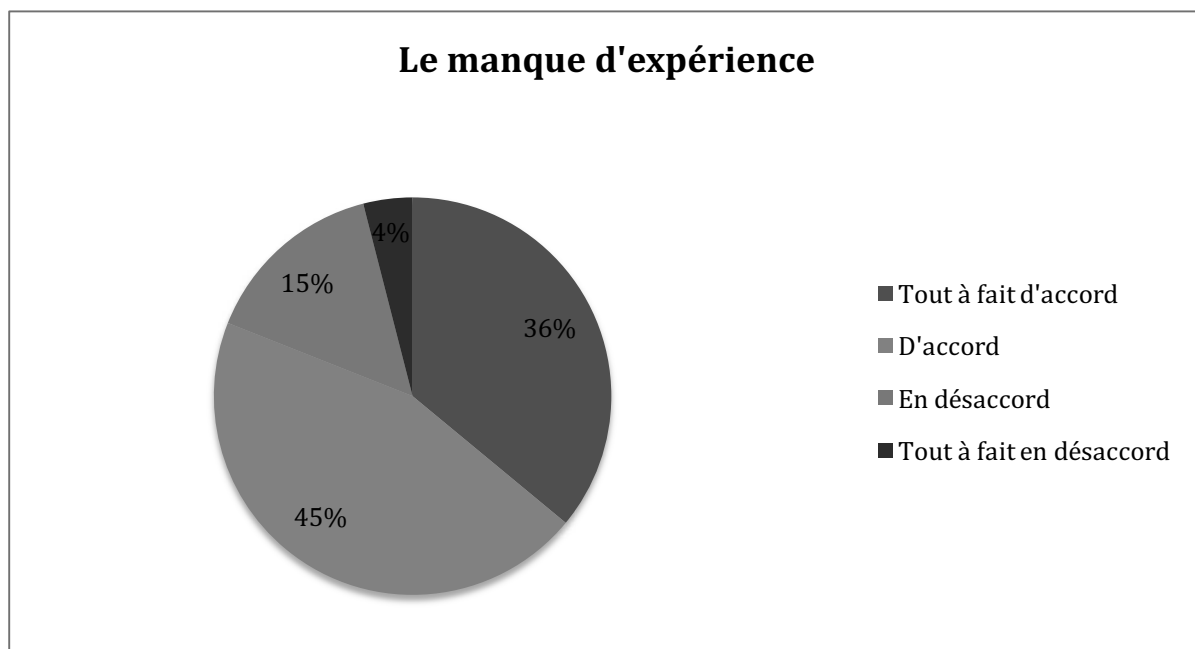


A l'avenir les médecins généralistes devraient être plus impliqués qu'actuellement dans la gestion des urgences vitales		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	12,0%	25
D'accord	28,7%	60
En désaccord	54,5%	114
Tout à fait en désaccord	4,8%	10
Répondants		209
Non répondants		2

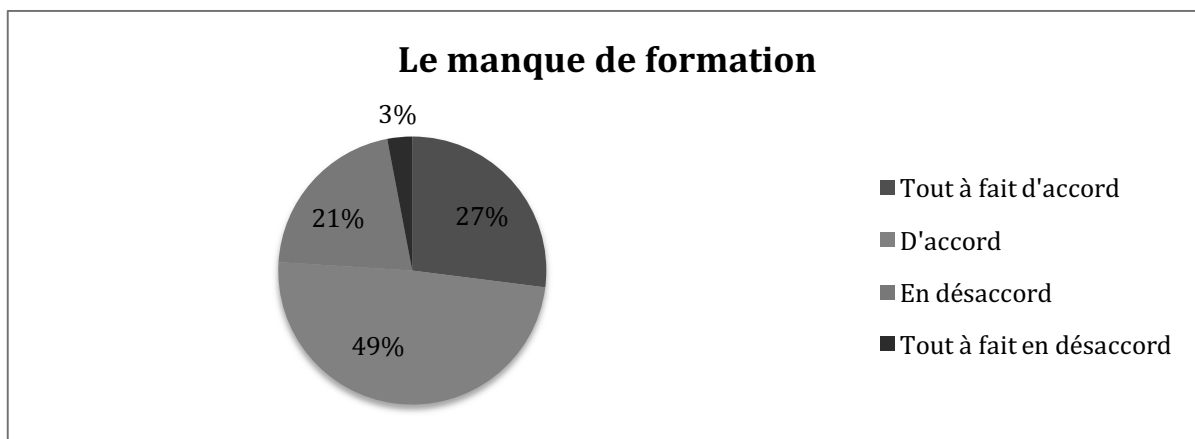


Selon vous, quels sont les freins à la prise en charge d'une urgence vitale par le médecin généraliste ?

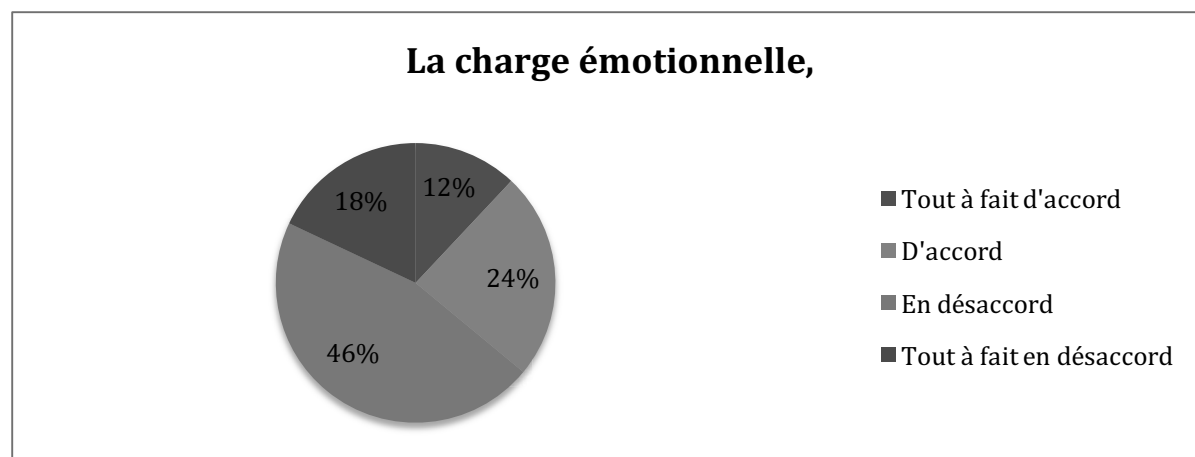
- Le manque d'expérience freine-t-il la prise en charge des urgences vitales ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	36,5%	76
D'accord	44,7%	93
En désaccord	14,9%	31
Tout à fait en désaccord	3,8%	8
Répondants		208
Non répondants		3



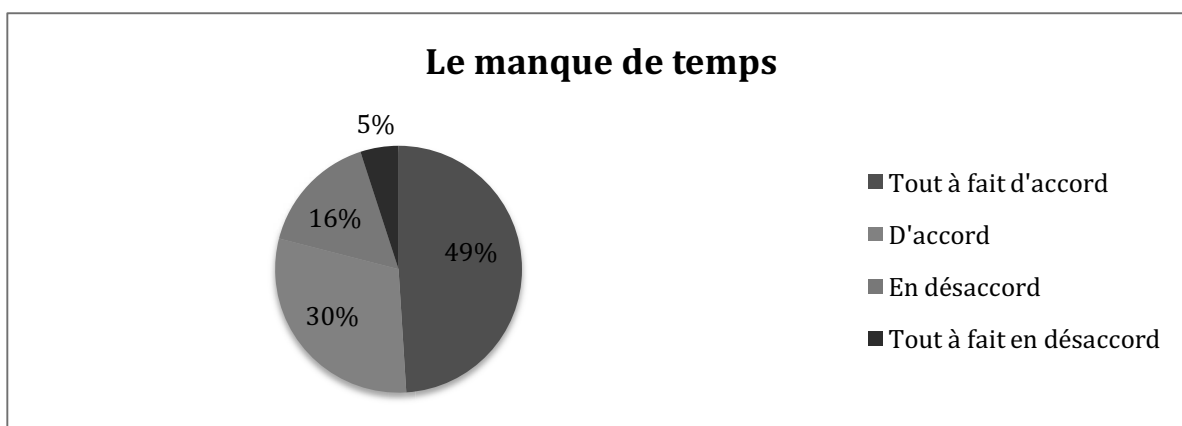
- Le manque de formation freine-t-il la prise en charge d'une urgence vitale ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	26,9%	56
D'accord	48,6%	101
En désaccord	21,2%	44
Tout à fait en désaccord	3,4%	7
Répondants		208
Non répondants		3



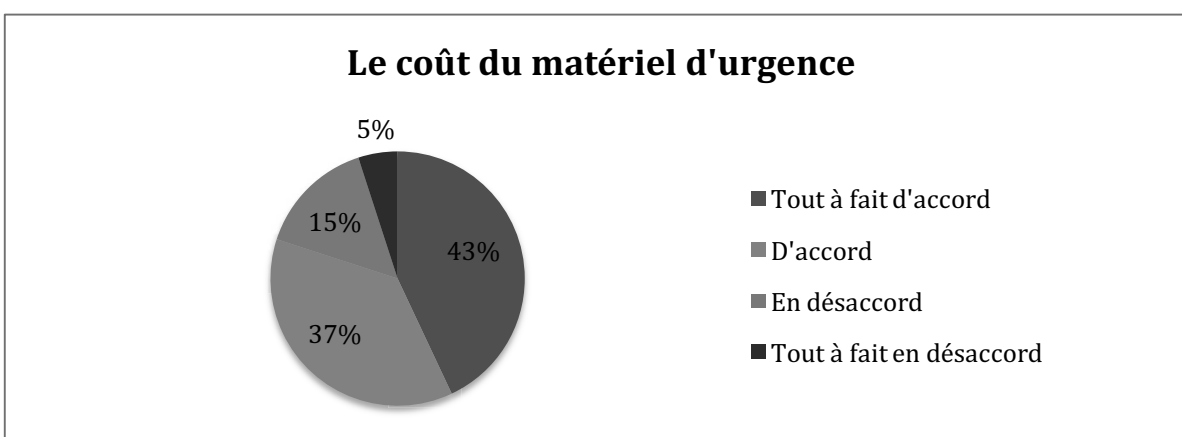
- La charge émotionnelle freine-t-elle la prise en charge d'une urgence vitale ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	12,4%	26
D'accord	23,4%	49
En désaccord	45,9%	96
Tout à fait en désaccord	18,2%	38
Répondants		209
Non répondants		2



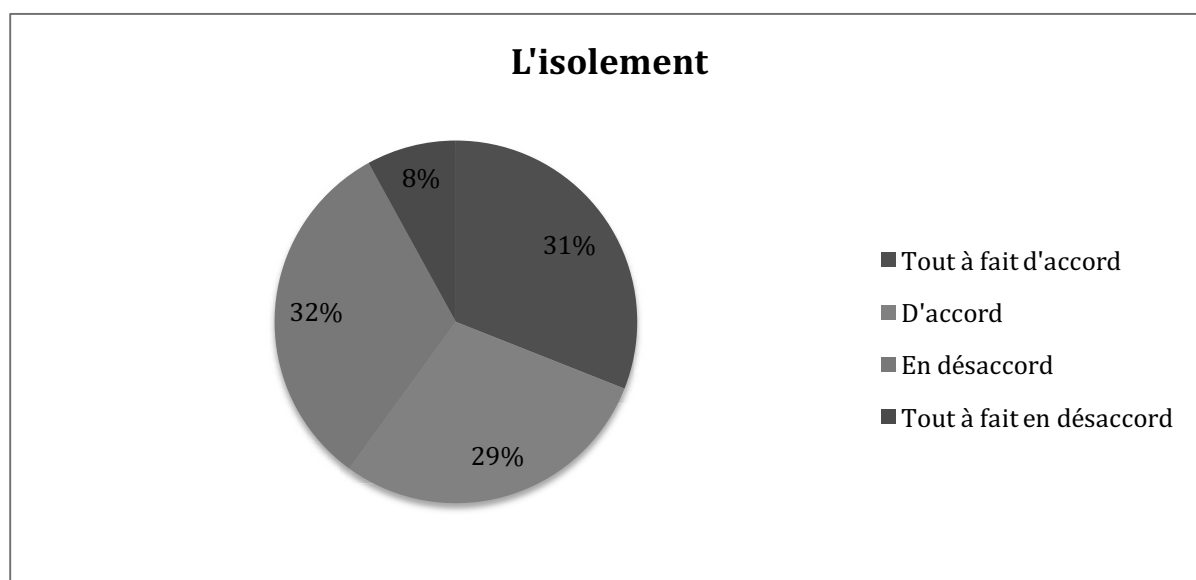
- Le manque de temps freine-t-il la prise en charge d'une urgence vitale ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	49,3%	101
D'accord	30,2%	62
En désaccord	16,1%	33
Tout à fait en désaccord	4,4%	9
Répondants		205
Non répondants		6



- Le coût du matériel d'urgence freine-t-il la prise en charge d'une urgence vitale ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	43,1%	90
D'accord	36,8%	77
En désaccord	14,8%	31
Tout à fait en désaccord	5,3%	11
Répondants		209
Non répondants		2



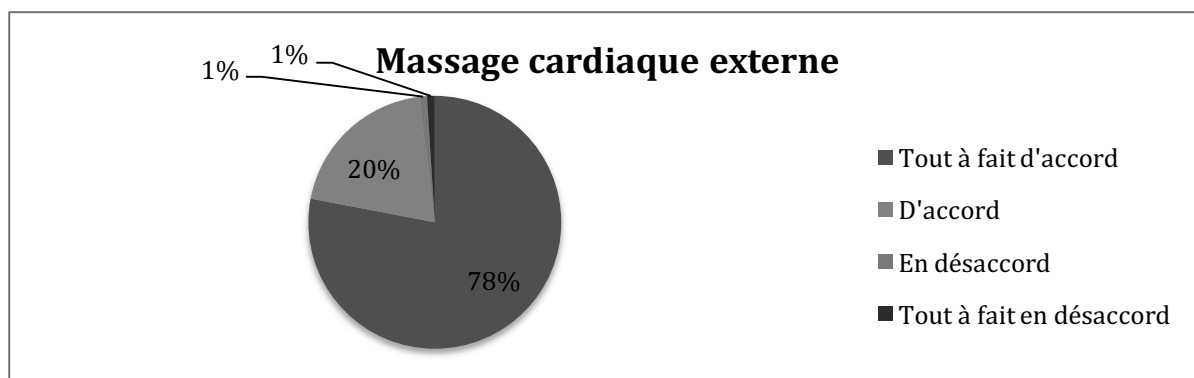
- L'isolement du médecin freine-t-il la prise en charge d'une urgence vitale ?		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	31,1%	65
D'accord	29,2%	61
En désaccord	32,1%	67
Tout à fait en désaccord	7,7%	16
Répondants		209
Non répondants		2



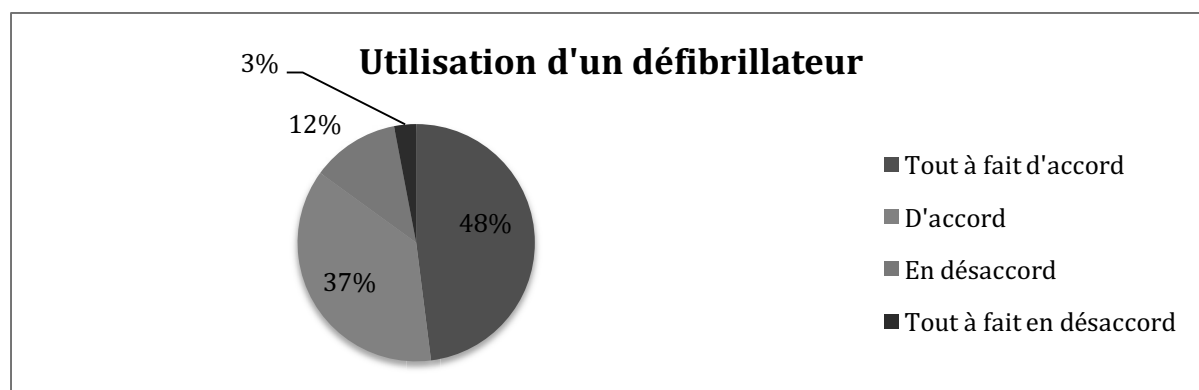
81% des médecins généralistes considèrent le manque d'expérience comme un frein à la prise en charge d'une urgence vitale, pour 76% le manque de formation est un frein, pour 79% le manque de temps peut freiner la prise en charge d'une urgence. Pour 80% des médecins le coût du matériel d'urgence les freine à s'équiper. 60% considèrent que l'isolement du médecin est un frein à la prise en charge d'une urgence vitale. 36% pensent que la charge émotionnelle engendrée par une urgence vitale peut être un frein.

A la question, « Lors de la prise en charge d'un patient présentant une urgence vitale, quels actes relèvent de votre rôle de médecin généraliste ? » Les médecins ont choisi les propositions suivantes :

- Massage cardiaque externe :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	77,8%	161
D'accord	20,3%	42
En désaccord	1,4%	3
Tout à fait en désaccord	0,5%	1
Répondants		207
Non répondants		4

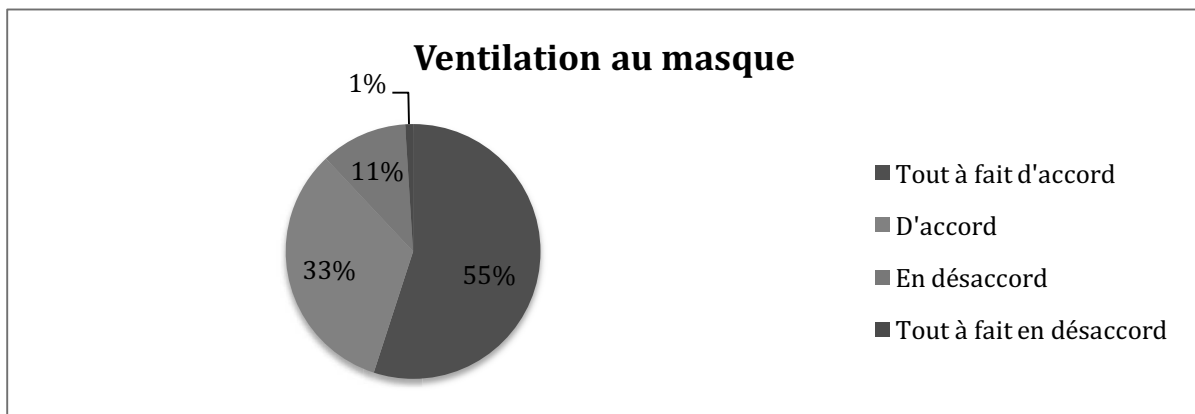


- Utilisation d'un défibrillateur :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	47,6%	99
D'accord	37,0%	77
En désaccord	12,5%	26
Tout à fait en désaccord	2,9%	6
Répondants		208
Non répondants		3



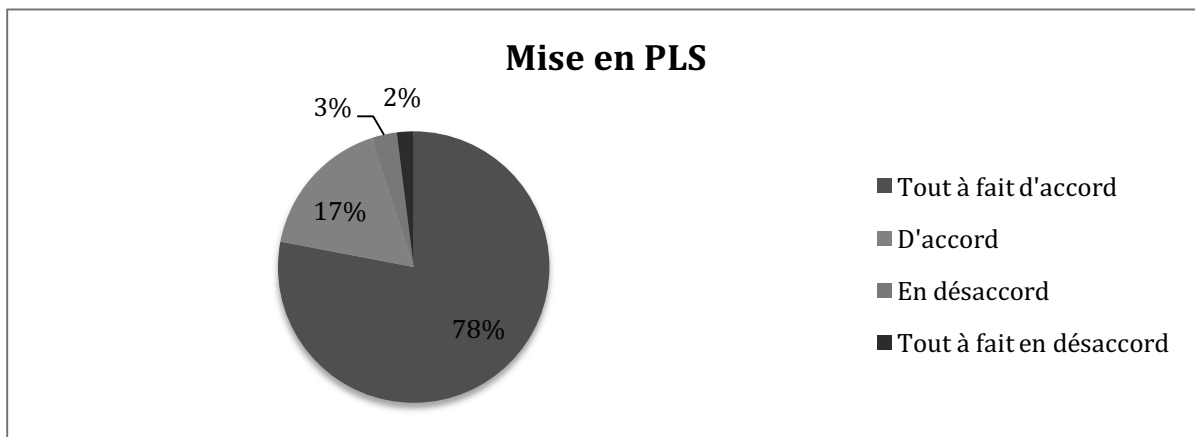
- Ventilation au masque :

Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	55,3%	114
D'accord	32,5%	67
En désaccord	11,2%	23
Tout à fait en désaccord	1,0%	2
Répondants		206
Non répondants		5

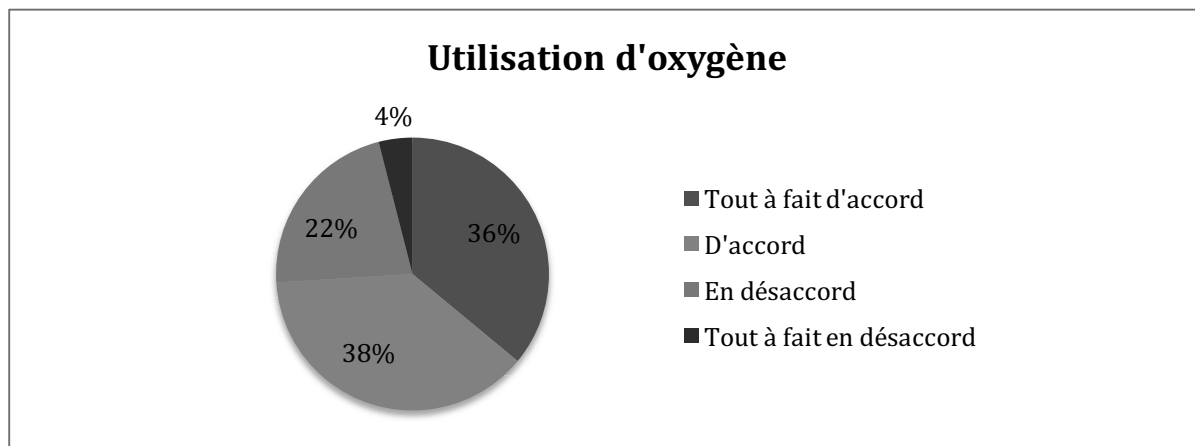


- Mise en PLS :

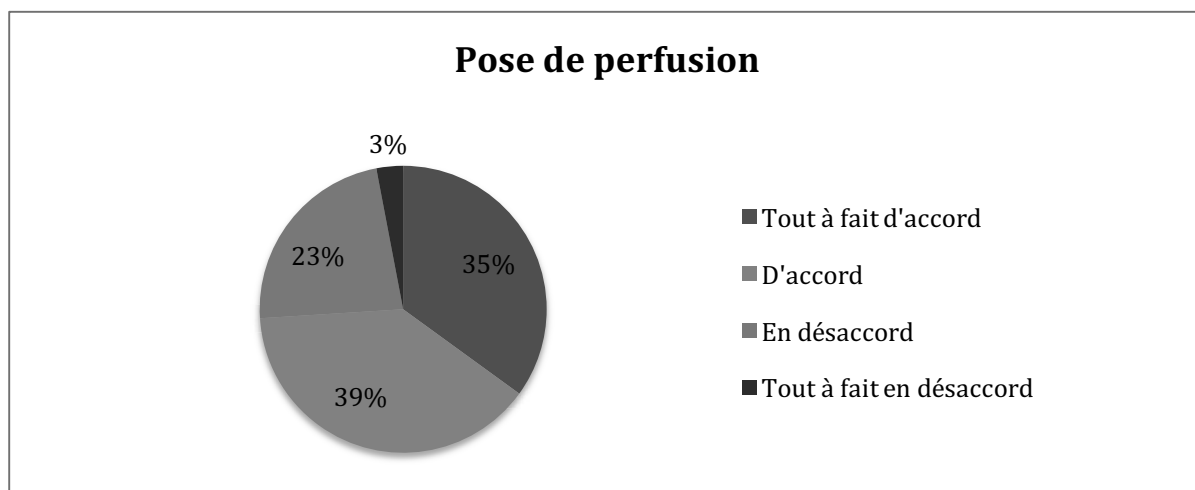
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	78,2%	161
D'accord	17,0%	35
En désaccord	3,4%	7
Tout à fait en désaccord	1,5%	3
Répondants		206
Non répondants		5



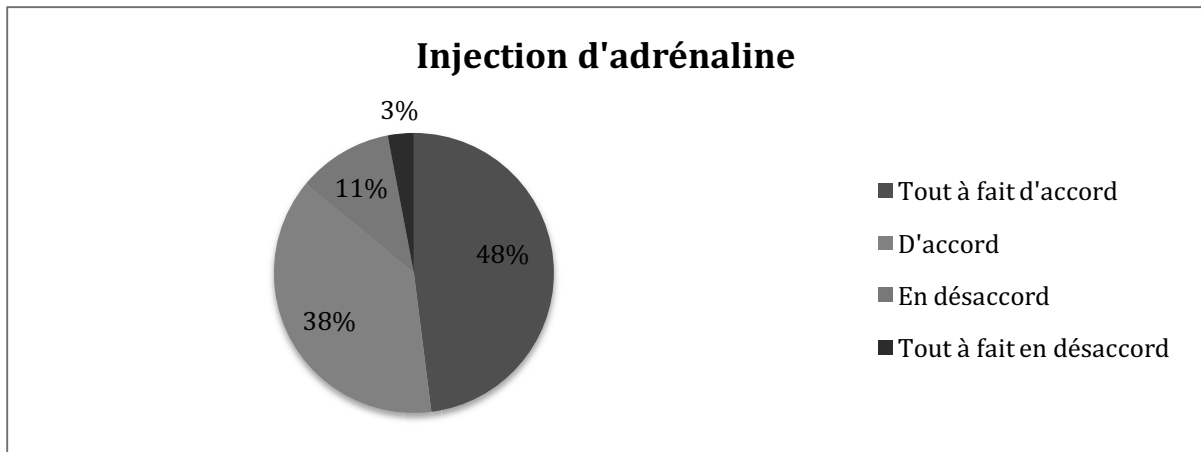
- Utilisation d'oxygène :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	35,8%	73
D'accord	37,7%	77
En désaccord	22,5%	46
Tout à fait en désaccord	3,9%	8
Répondants		204
Non répondants		7



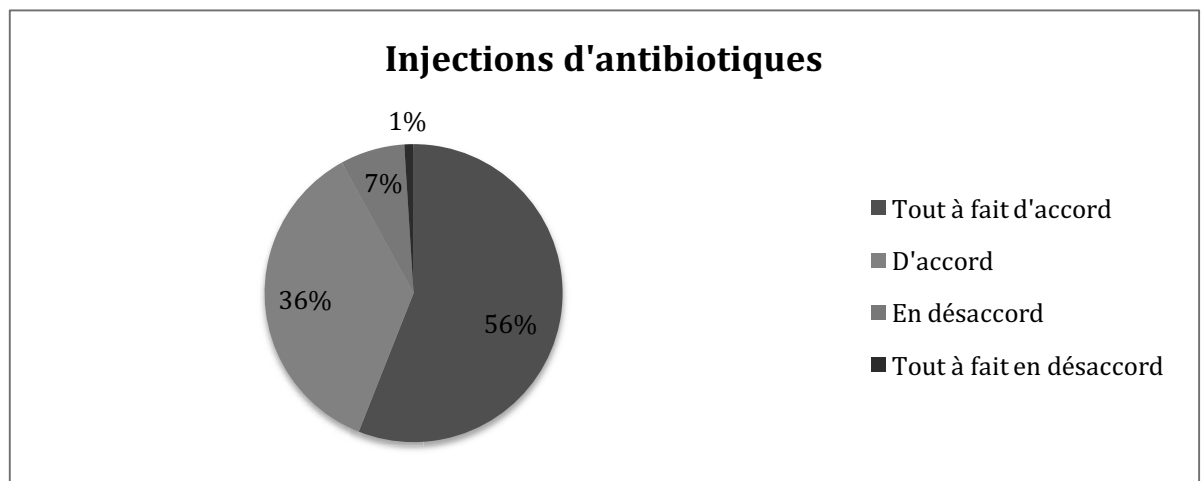
- Pose de perfusion :		
réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	35,3%	72
D'accord	39,2%	80
En désaccord	23,0%	47
Tout à fait en désaccord	2,5%	5
Répondants		204
Non répondants		7



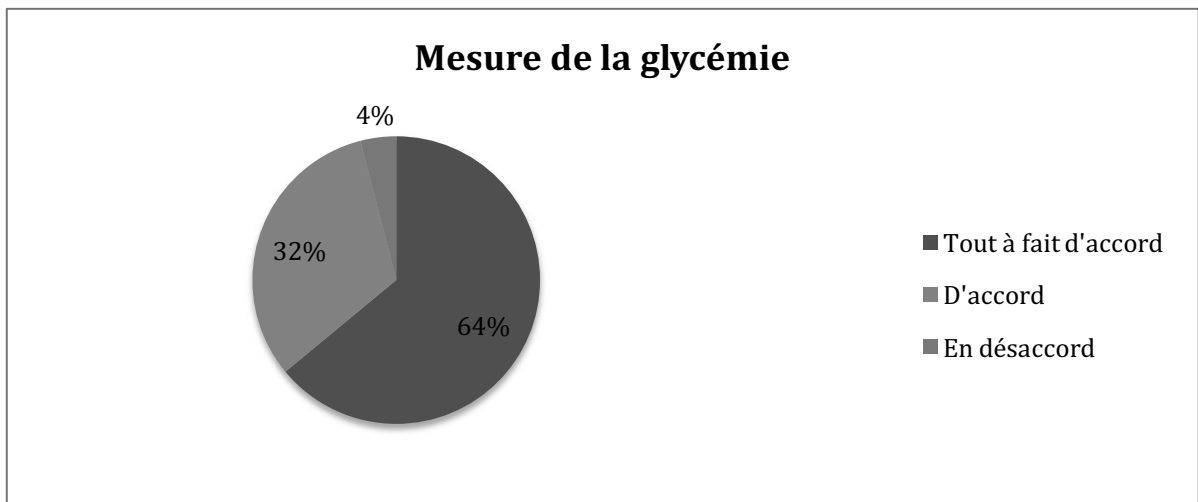
- Injection d'adrénaline :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	47,6%	98
D'accord	38,3%	79
En désaccord	11,2%	23
Tout à fait en désaccord	2,9%	6
Répondants		206
Non répondants		5



- Injections d'antibiotiques :		
Réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	55,8%	116
D'accord	35,6%	74
En désaccord	7,2%	15
Tout à fait en désaccord	1,4%	3
Répondants		208
Non répondants		3



- Mesure de la glycémie :		
réponses	Pourcentage de réponse	Total des réponses
Tout à fait d'accord	63,9%	133
D'accord	31,7%	66
En désaccord	3,8%	8
Tout à fait en désaccord	0,5%	1
Répondants		208
Non répondants		3



Pour les médecins généralistes, lors de la prise en charge d'un patient en situation d'urgence vitale, les actes relevant selon eux de leur rôle de médecin généraliste sont les suivants :

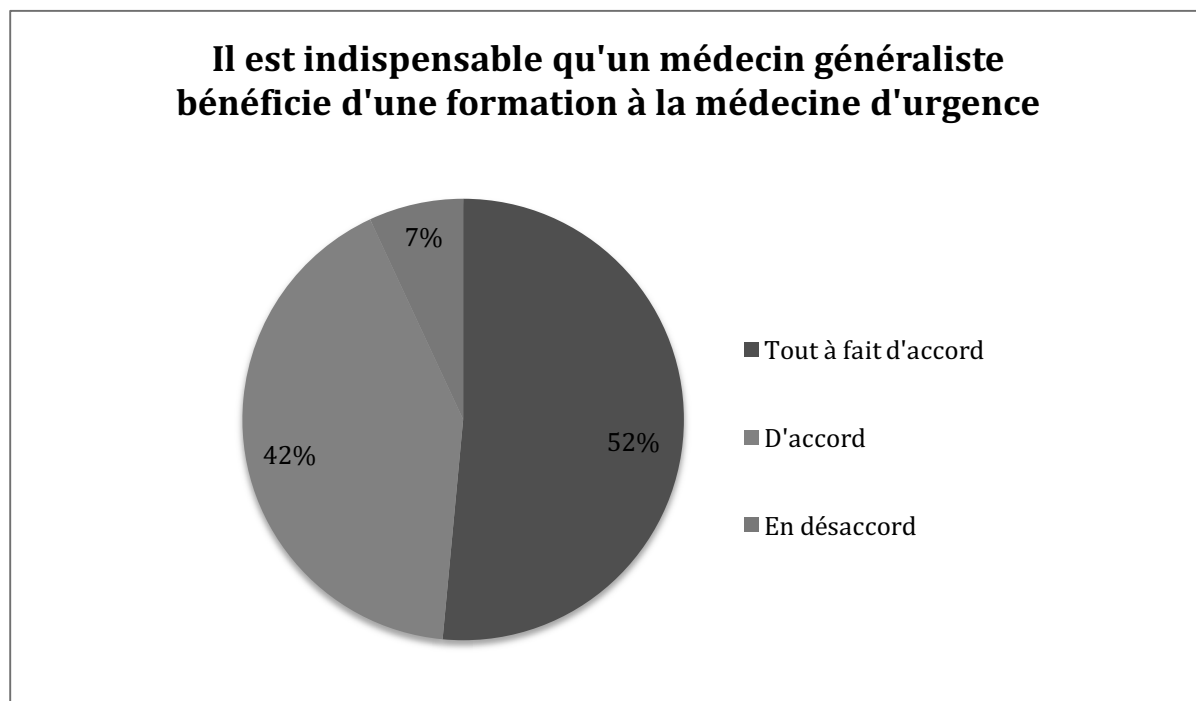
- 98% des médecins généralistes considèrent que le massage cardiaque fait partie de leur rôle.
- 88% considèrent qu'ils doivent savoir ventiler au masque.
- 95% considèrent qu'ils doivent savoir mettre le patient en position latérale de sécurité.
- 76% des généralistes considèrent devoir savoir utiliser l'oxygène.
- 74% considèrent qu'ils doivent pouvoir poser une perfusion.
- 86% considèrent l'injection d'adrénaline comme devant faire partie de leurs compétences et 92% pensent devoir éventuellement injecter des antibiotiques.
- 96% des médecins considèrent devoir savoir mesurer la glycémie.

C. Troisième partie : besoins en formation à l'urgence vitale en médecine générale, mise en situation et évaluation des pratiques

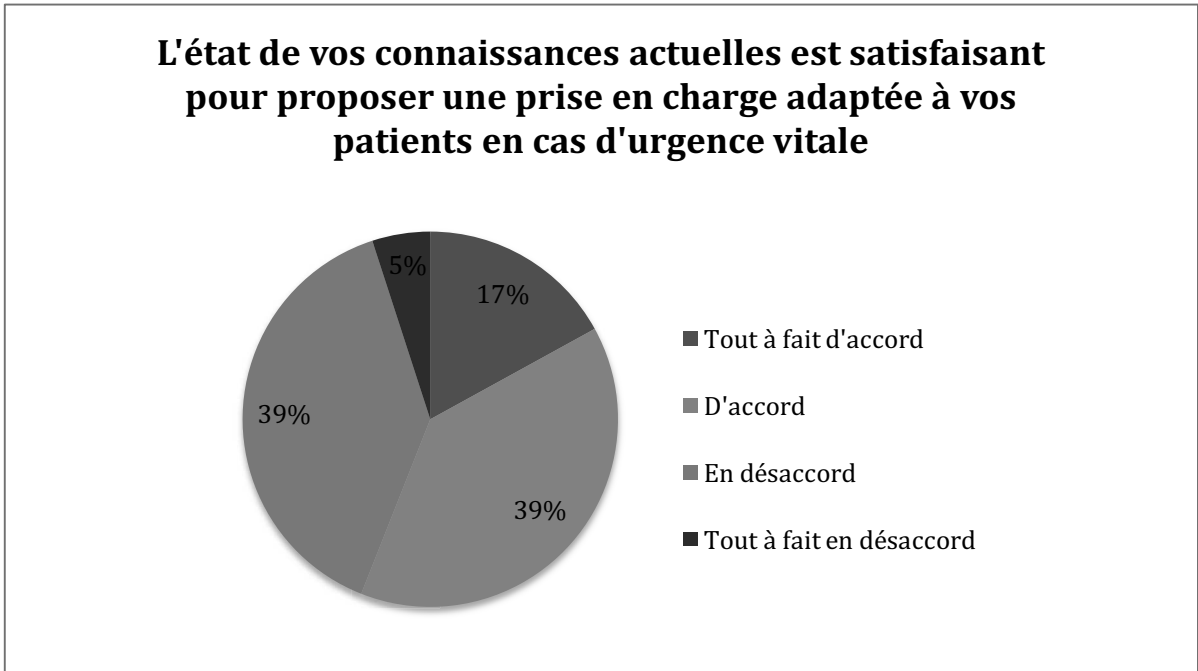
Besoins en formation :

Nous avons voulu évaluer la demande en formation des médecins généralistes.

Il est indispensable qu'un médecin généraliste bénéficie d'une formation à la médecine d'urgence :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	50,7%	105
D'accord	41,5%	86
En désaccord	7,2%	15
Tout à fait en désaccord	0,5%	1
Répondants		207
Non répondants		4



L'état de vos connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à vos patients en cas d'urgence vitale :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	16,8%	35
D'accord	38,5%	80
En désaccord	39,4%	82
Tout à fait en désaccord	5,3%	11
Répondants		208
Non répondants		3



93% des médecins sont « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec le fait qu'il soit indispensable qu'un médecin généraliste bénéficie d'une formation à la médecine d'urgence.

56% des médecins généraliste considèrent avoir les connaissances nécessaires pour proposer une prise en charge adaptée à leurs patients en cas d'urgence vitale.

« Pour prendre en charge une urgence vitale, vous semble-t-il utile d'être formé à »

l'attitude à avoir et la prise de décision face à une urgence vitale (que faire, qui appeler...)		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	48,0%	97
D'accord	42,1%	85
En désaccord	9,4%	19
Tout à fait en désaccord	0,5%	1
Répondants		202
Non répondants		9

formation à l'attitude à avoir et la prise de décision face à une urgence vitale (que faire, qui appeler...)

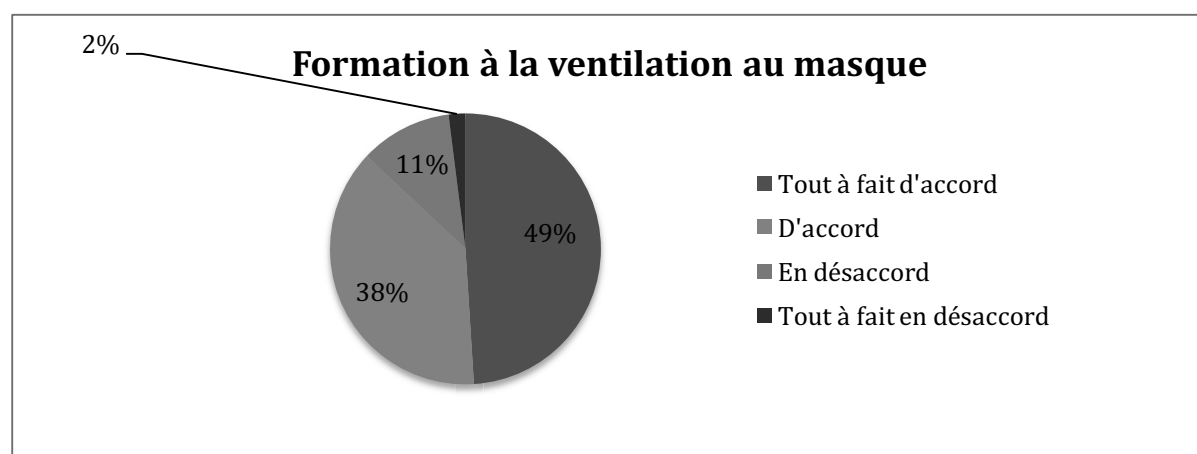


- Au massage cardiaque externe		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	50,2%	101
D'accord	37,8%	76
En désaccord	10,9%	22
Tout à fait en désaccord	1,0%	2
Répondants		201
Non répondants		10

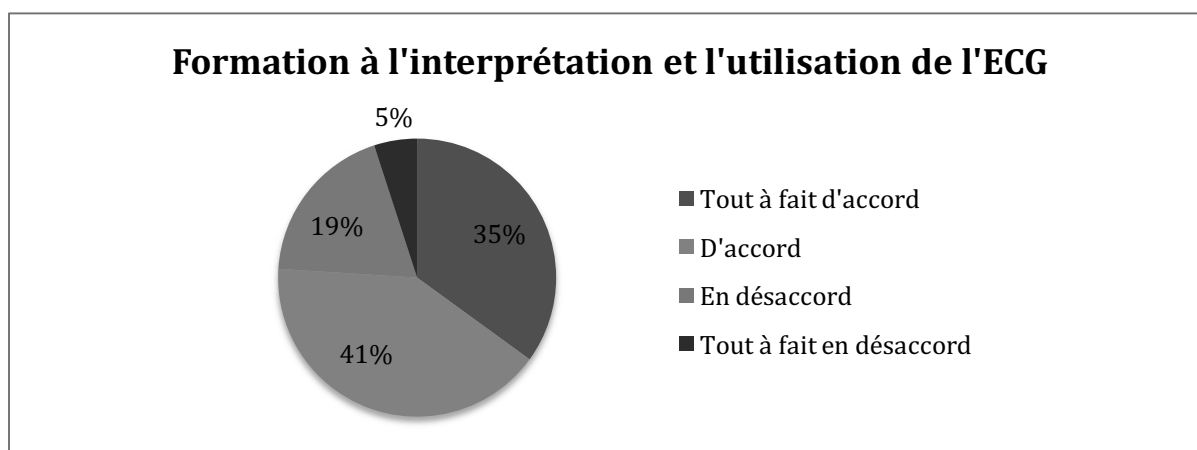
Formation au massage cardiaque externe



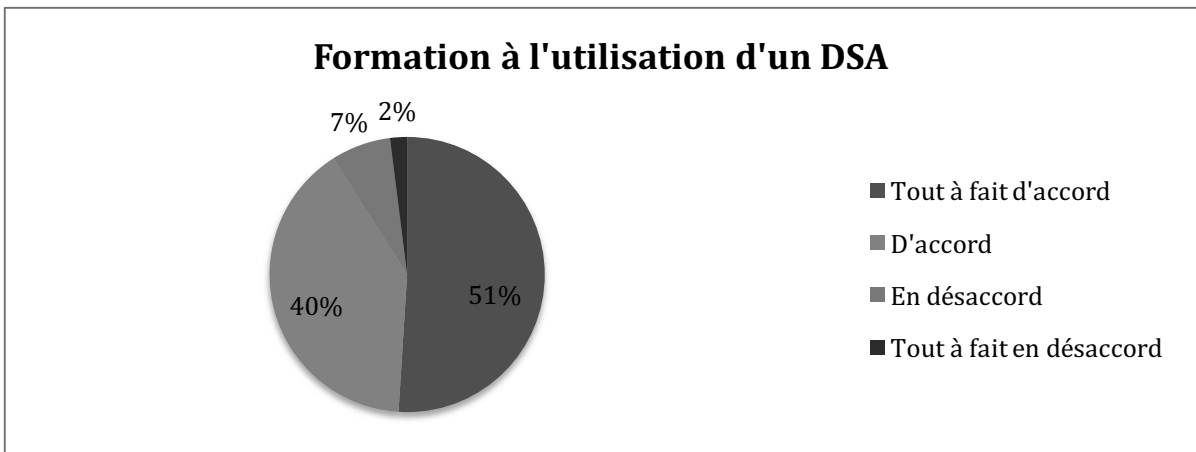
- A la ventilation au masque		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	48,5%	98
D'accord	38,1%	77
En désaccord	11,4%	23
Tout à fait en désaccord	2,0%	4
Répondants		202
Non répondants		9



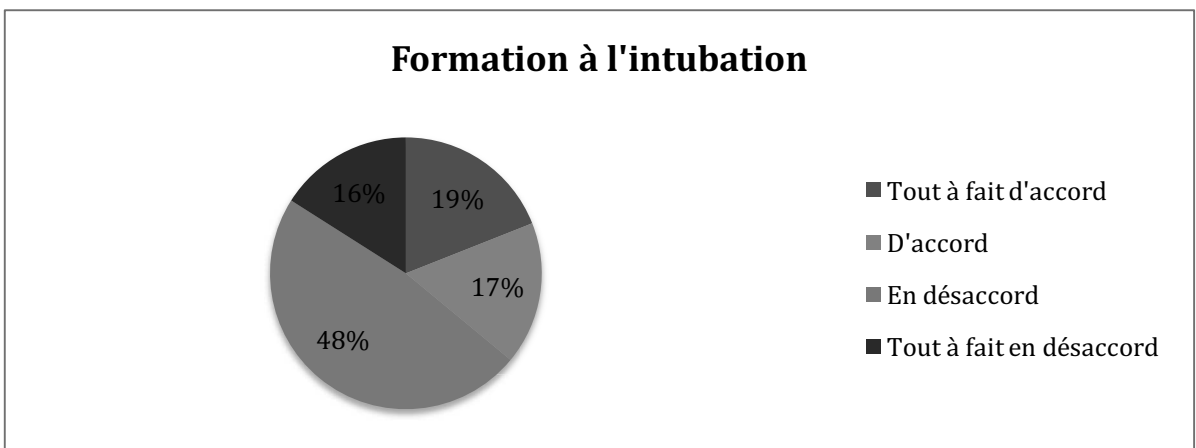
- A l'interprétation et utilisation de l'ECG :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	35,3%	71
D'accord	40,8%	82
En désaccord	19,4%	39
Tout à fait en désaccord	4,5%	9
Répondants		201
Non répondants		10



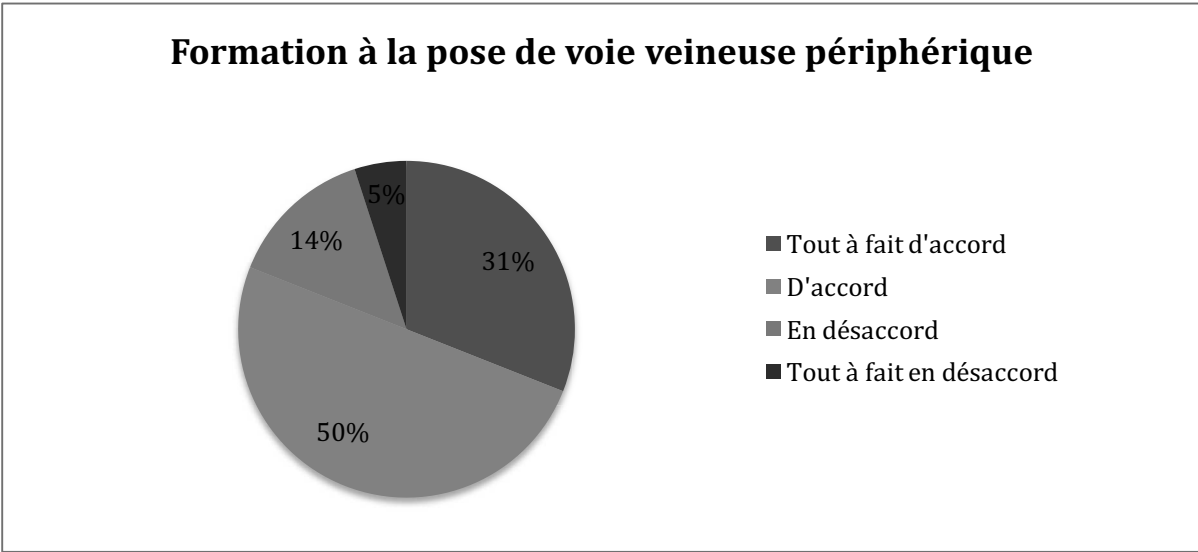
- A l'utilisation d'un défibrillateur :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	50,8%	101
D'accord	40,2%	80
En désaccord	6,5%	13
Tout à fait en désaccord	2,5%	5
Répondants		199
Non répondants		12



- A l'intubation :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	19,3%	38
D'accord	17,3%	34
En désaccord	47,7%	94
Tout à fait en désaccord	15,7%	31
Répondants		197
Non répondants		14

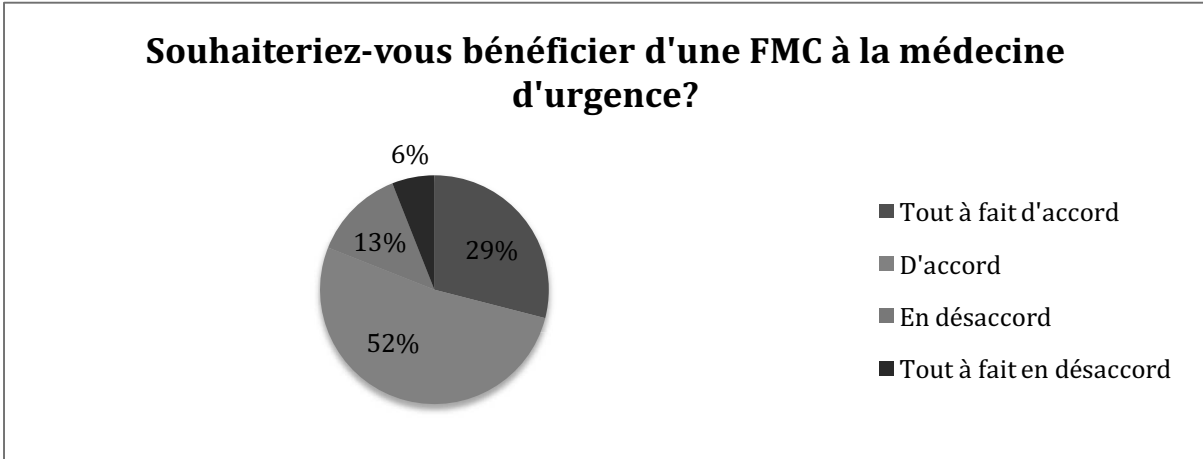


- A la pose de voie veineuse périphérique :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	31,5%	62
D'accord	50,3%	99
En désaccord	13,7%	27
Tout à fait en désaccord	4,6%	9
Répondants		197
Non répondants		14

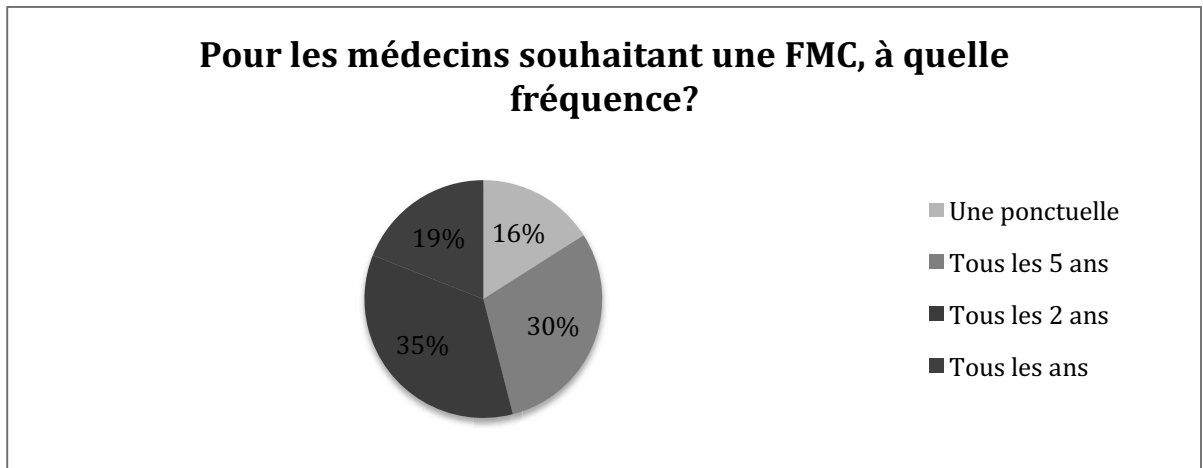


Pour 90% des généralistes il semble utile d'être formé à l'attitude à avoir face à la gestion d'une urgence vitale. 88% des médecins jugent utile d'être formé au massage cardiaque externe. 87% des médecins considèrent utile d'apprendre à ventiler au masque. 76% des médecins pensent utile d'être formé à l'utilisation et l'interprétation de l'électrocardiogramme 91% des médecins trouvent utile d'être formé à l'utilisation du défibrillateur. 36% des médecins accepteraient une formation à l'intubation oro-trachéale. Pour 81% des médecins, il est utile d'être formé à la pose de voie veineuse périphérique.

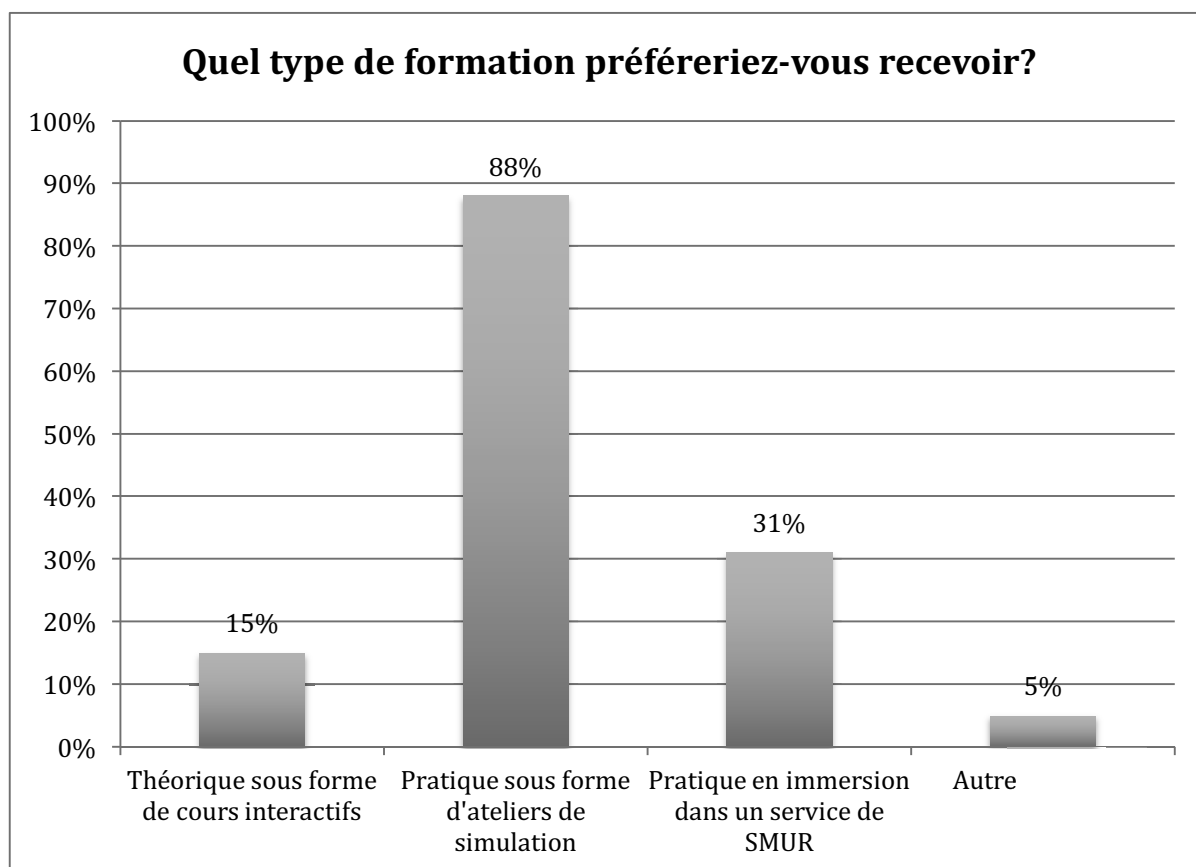
Souhaitez-vous bénéficier d'une FMC à la médecine d'urgence ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Tout à fait d'accord	29,0%	58
D'accord	52,0%	104
En désaccord	13,5%	27
Tout à fait en désaccord	5,5%	11
Répondants		200
Non répondants		11



Si OUI, quelles seraient vos attentes en termes de fréquence de formation continue à la médecine d'urgence ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Une ponctuelle	16,4%	28
Tous les 5 ans	30,4%	52
Tous les 2 ans	34,5%	59
Tous les ans	18,7%	32
Répondants		171
Non répondants		40



Quel type de formation préféreriez-vous recevoir ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
- Théorique sous forme de cours interactifs	15,0%	26
- Pratique sous forme d'ateliers de simulation	87,9%	152
- Pratique en immersion dans un service de SMUR	31,2%	54
- Autres	4,6%	8
Répondants		173
Non répondants		38



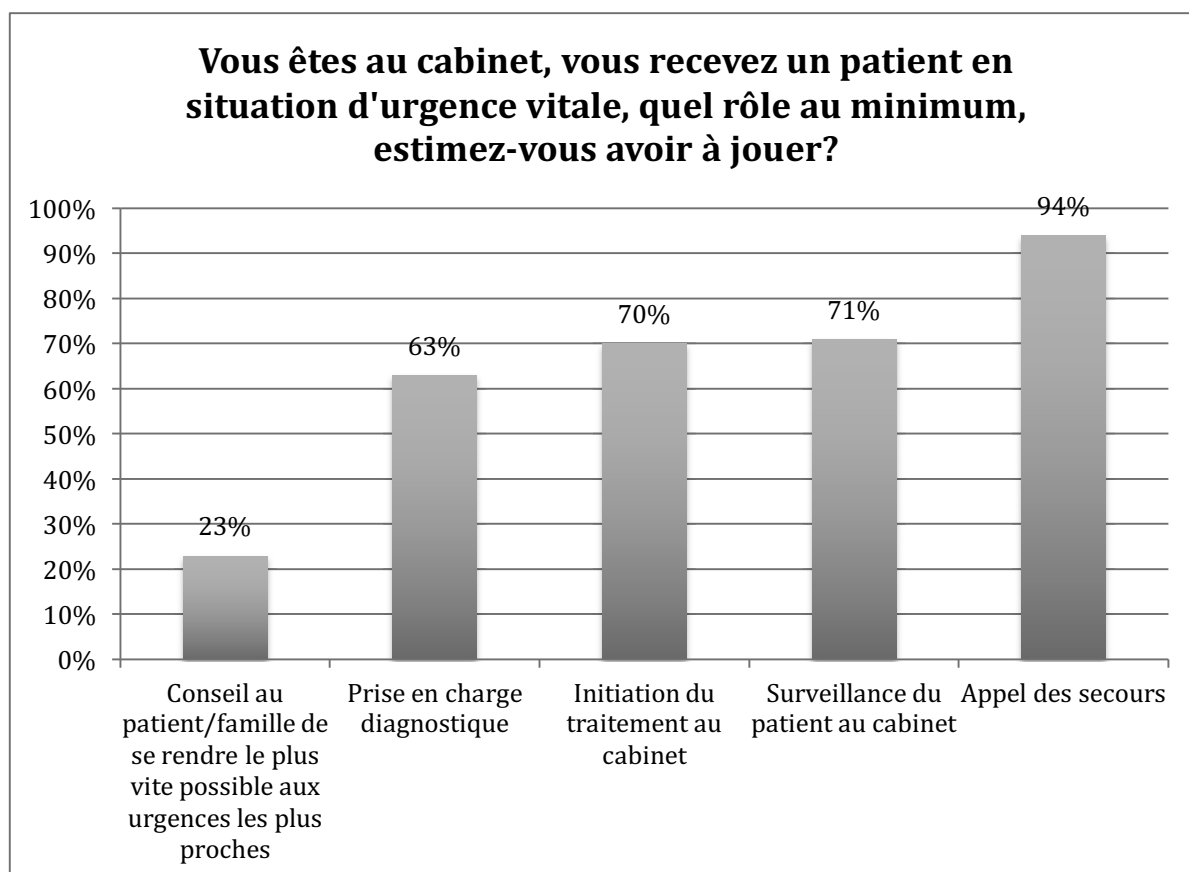
81% des médecins se disent « d'accord » ou « tout à fait d'accord pour bénéficier d'une formation continue à la médecine d'urgence.

75% des médecins voulant recevoir une FMC souhaiteraient être formés à la médecine d'urgence tous les 2 à 5 ans.

88% des médecins qui veulent être formés en continu à la médecine d'une urgence souhaitent recevoir une formation sous forme d'ateliers de simulation.

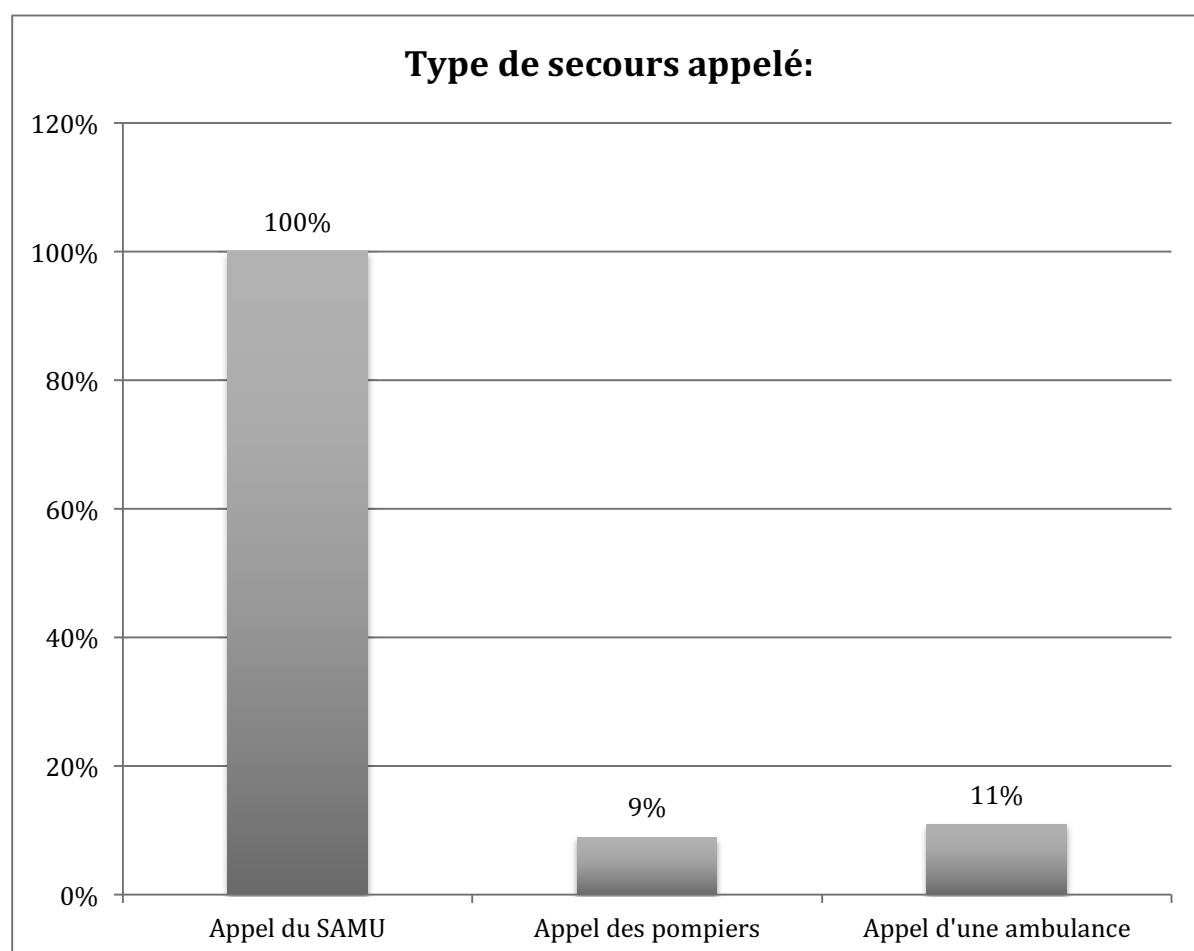
Mise en situation et évaluation des pratiques :

Vous êtes au cabinet, vous recevez un patient en situation d'urgence vitale, quel rôle au minimum, estimez-vous avoir à jouer ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Conseil au patient/famille de se rendre le plus vite possible aux urgences les plus proches	22,8%	46
Prise en charge diagnostique	63,4%	128
Initiation du traitement au cabinet	70,3%	142
Surveillance du patient au cabinet	70,8%	143
Appel des secours	93,6%	189
Répondants		202
Non répondants		9



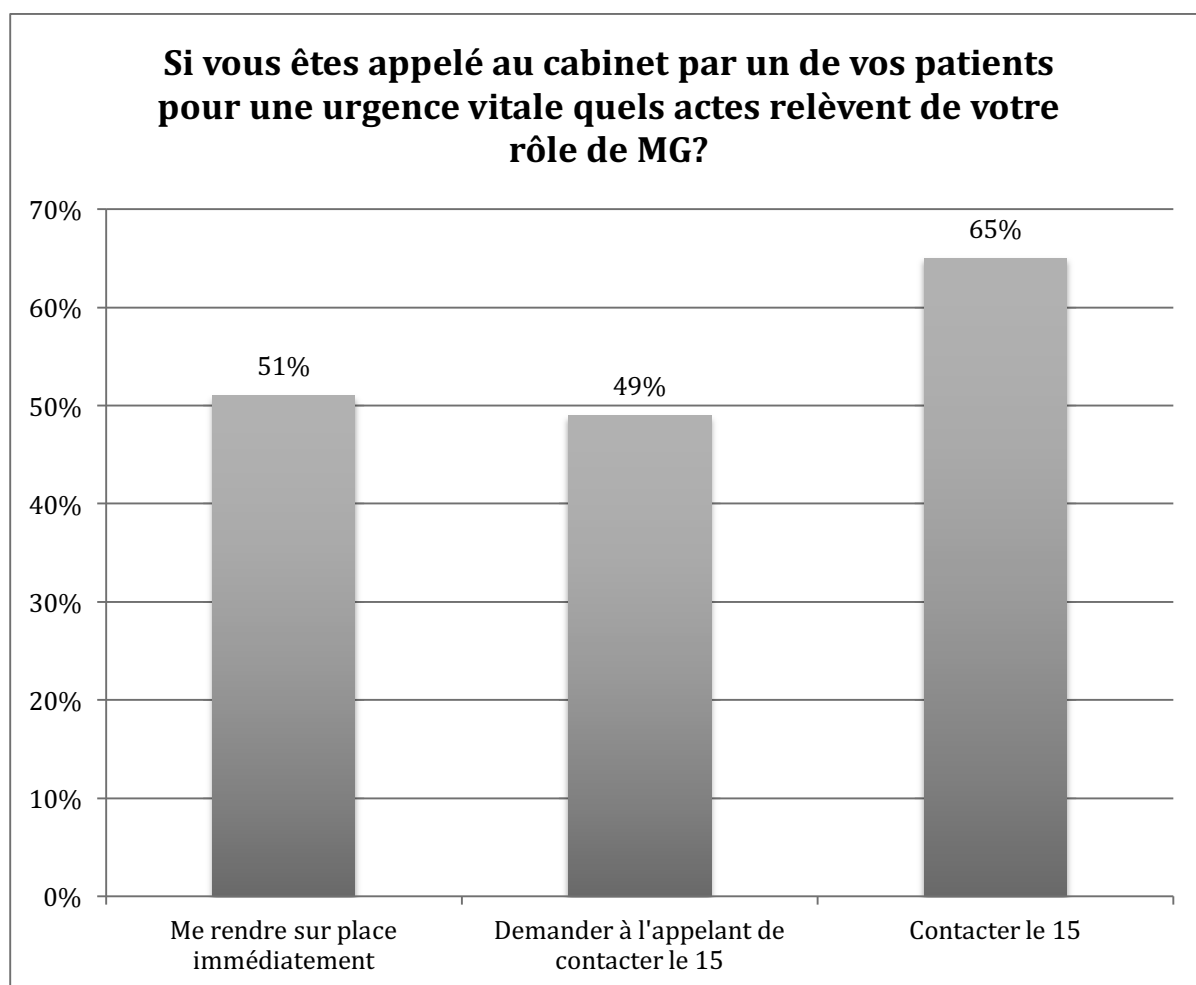
94% des médecins considèrent qu'ils ont au minimum à contacter les secours lorsqu'ils reçoivent au cabinet un patient en situation d'urgence vitale.

Si vous appelez les secours, qui contactez-vous ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Appel du SAMU	100,0%	199
Appel des pompiers	9,5%	19
Appel d'une ambulance	10,6%	21
Répondants		199
Non répondants		12



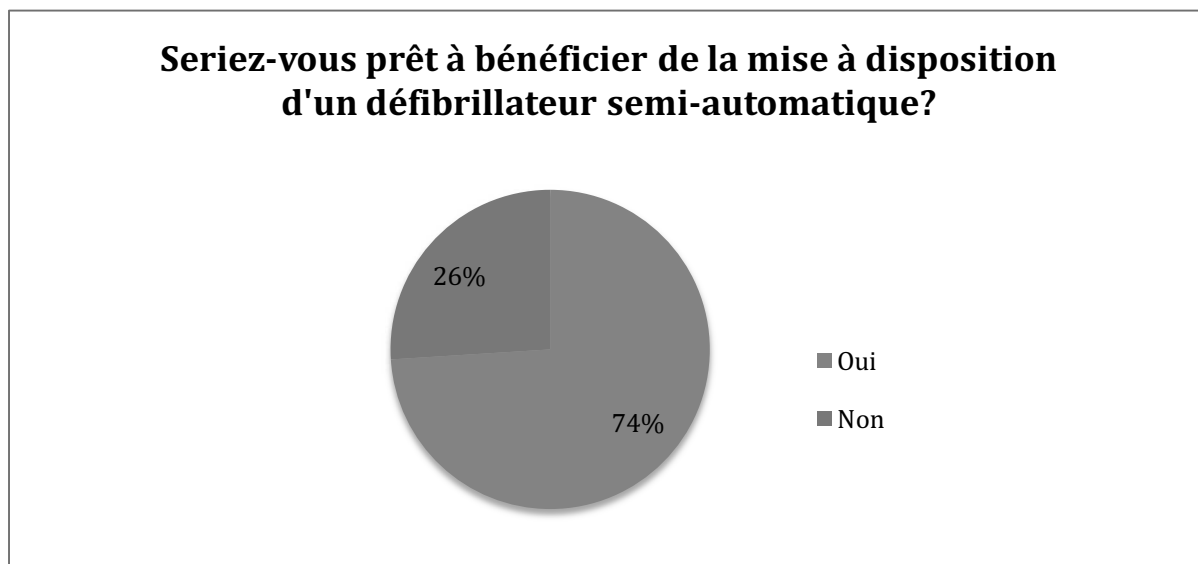
94% des généralistes appellent les secours en cas d'urgence vitale, 100% d'eux appellent le SAMU, 9% contactent les pompiers, 11% appellent une ambulance.

Si vous êtes appelé au cabinet par un de vos patients pour une urgence vitale quels actes relèvent de votre rôle de médecin généraliste ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Me rendre sur place immédiatement	50,9%	103
Demander à l'appelant de contacter le 15	49,0%	99
Contacteur le 15	65,3%	132
Répondants		202
Non répondants		9

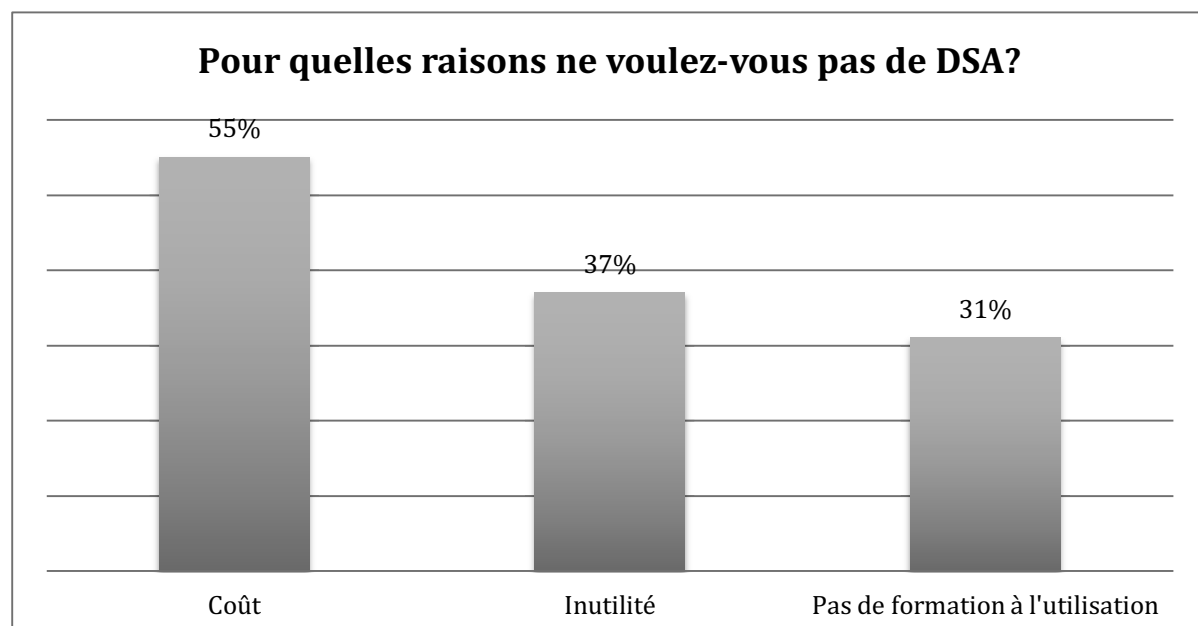


50,9% des médecins considèrent devoir se rendre sur place s'ils sont appelés par leur patient au cabinet pour une urgence vitale. 92% des médecins contacteront le 15 soit en appelant eux-mêmes soit en demandant à l'appelant de contacter le 15. 8% des médecins ne contactent pas le 15 d'emblée mais se rendent sur place.

Seriez-vous prêt à bénéficier de la mise à disposition d'un défibrillateur semi-automatique ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Oui	74,2%	147
Non	25,8%	51
Répondants		198
Non répondants		13



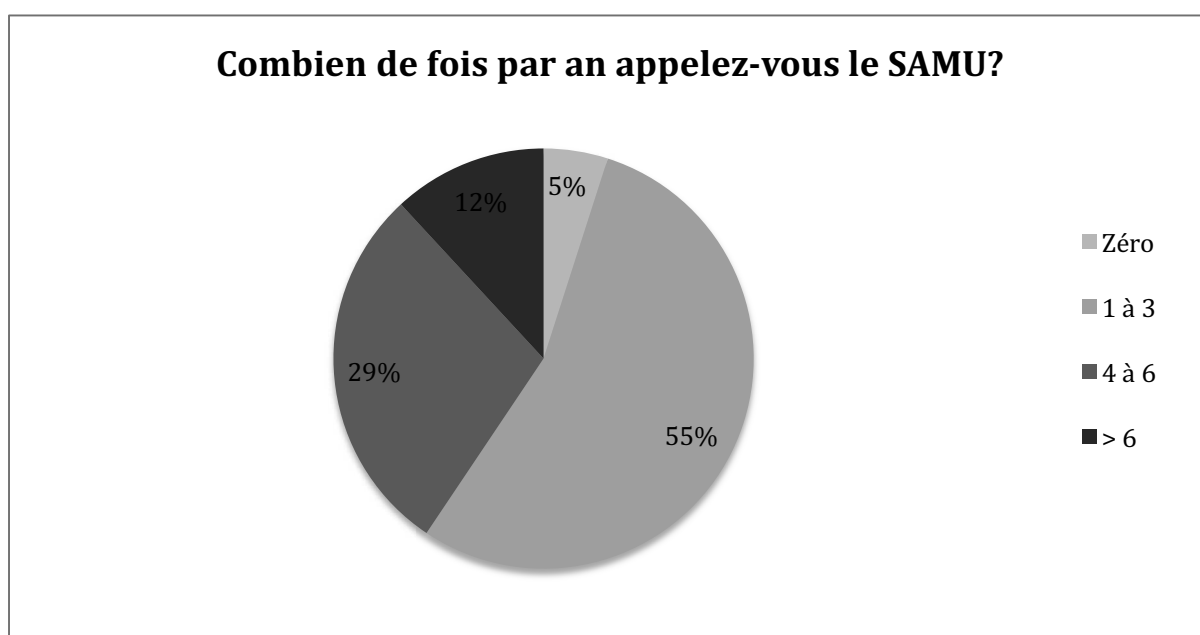
Si NON, pour quelles raisons?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Coût	54,8%	34
Inutilité	37,1%	23
Pas de formation à l'utilisation	30,6%	19
Répondants		62
Non répondants		149



74% des médecins seraient prêts à bénéficier de la mise à disposition d'un défibrillateur semi-automatique. 26% des généralistes ne souhaitent pas posséder défibrillateurs, pour plus de la moitié d'entre eux c'est à cause du coût que cela engendre.

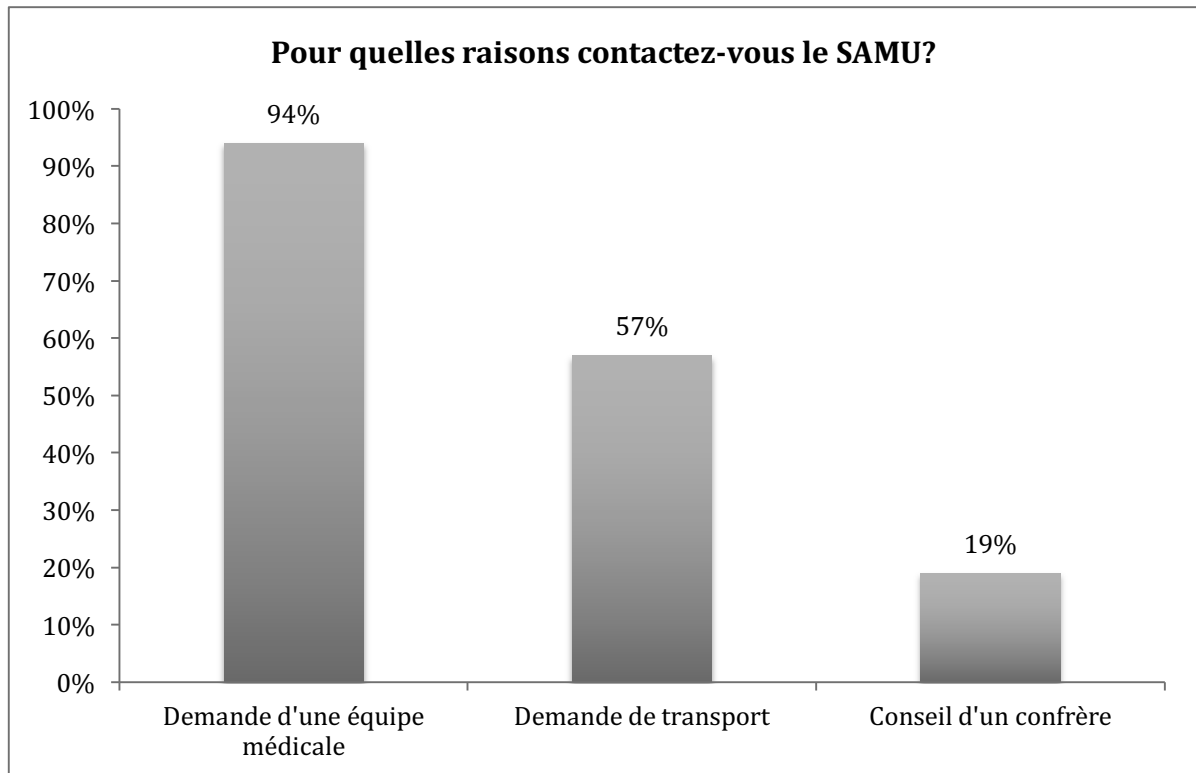
D. Quatrième partie : Relation des médecins généralistes avec le SAMU :

Combien de fois par an appelez-vous le SAMU ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
zéro	5,4%	11
1-3	53,5%	108
4-6	29,2%	59
> 6	11,9%	24
Répondants		202
Non répondants		9



Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés contactent le SAMU 1 à 3 fois par an. Plus d'un quart le contactent 4 à 6 fois par an.

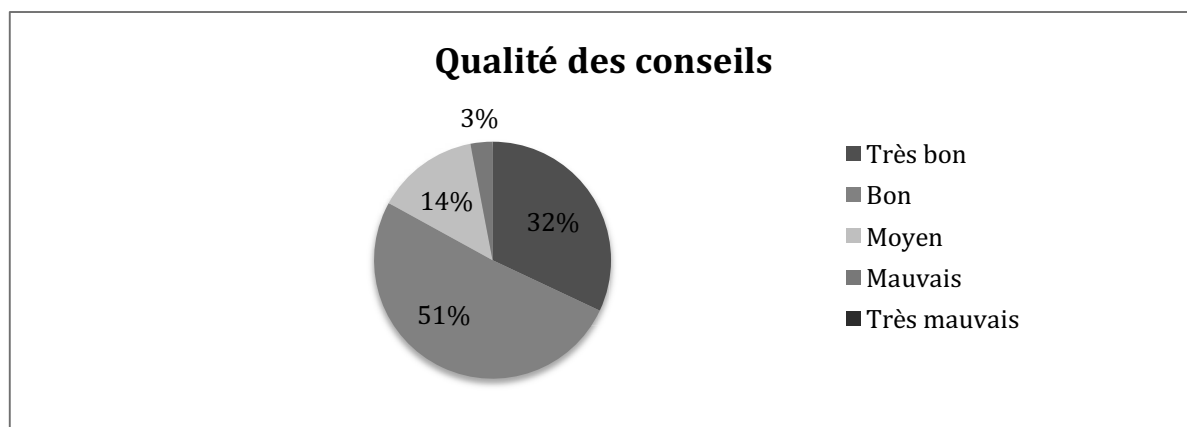
Pour quelles raisons contactez-vous le SAMU ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Demande d'une équipe médicale	93,4%	185
Demande de transport	56,6%	112
Conseil d'un confrère	19,2%	38
Répondants		198
Non répondants		13



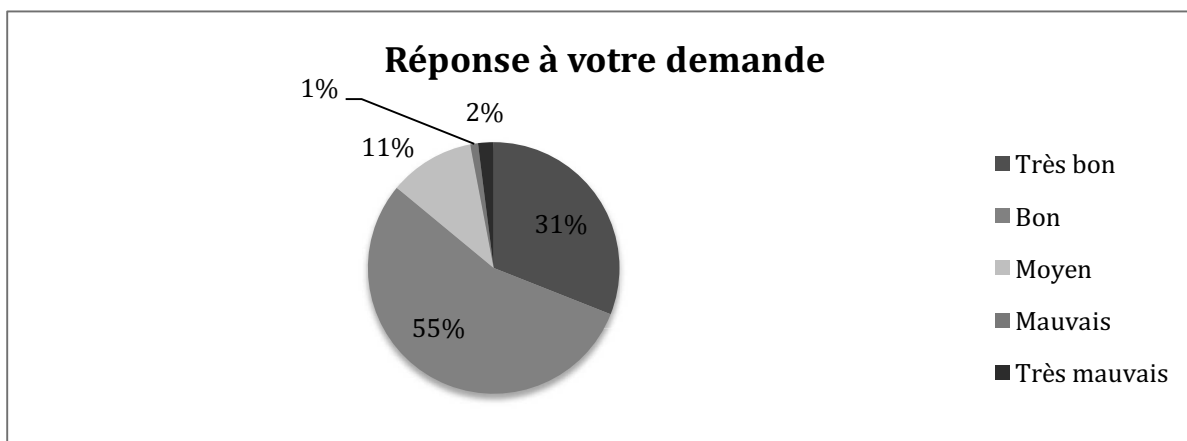
93,4% des médecins contactent le SAMU pour demander une équipe médicale, plus de la moitié appellent pour demander un transport.

Comment évalueriez-vous votre relation avec le SAMU ?

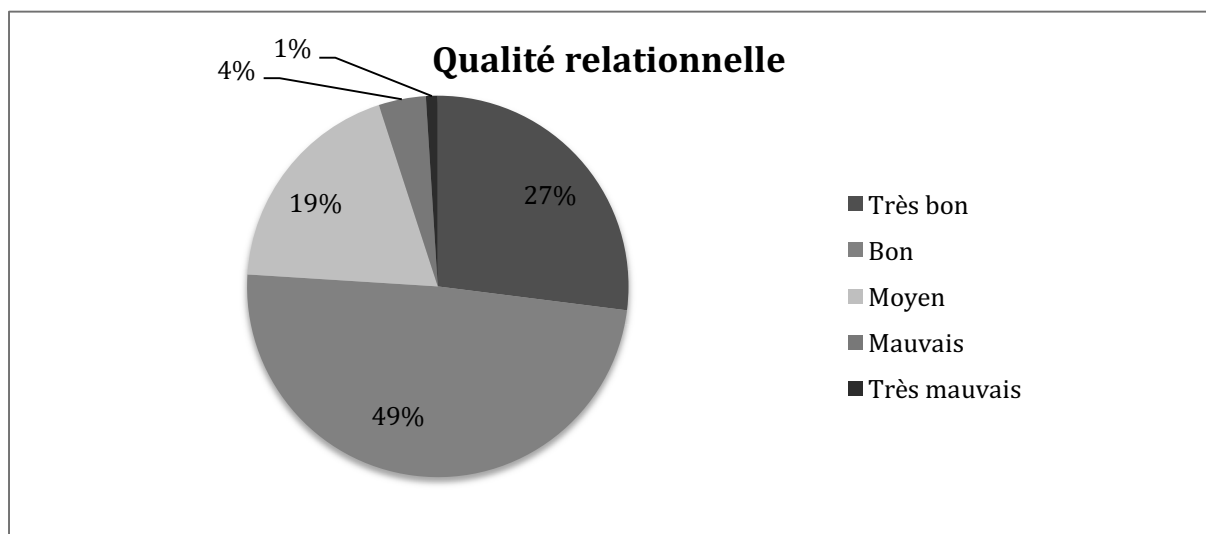
- Qualité des conseils :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
très bon	31,8%	64
bon	50,7%	102
moyen	14,4%	29
mauvais	2,5%	5
très mauvais	0,5%	1
Répondants		201
Non répondants		10



- Réponse à votre demande :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
très bon	31,3%	63
bon	54,7%	110
moyen	10,9%	22
mauvais	1,5%	3
très mauvais	1,5%	3
Répondants		201
Non répondants		10



- Qualité relationnelle :		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
très bon	27,0%	54
bon	49,0%	98
moyen	18,5%	37
mauvais	4,5%	9
très mauvais	1,0%	2
Répondants		200
Non répondants		11

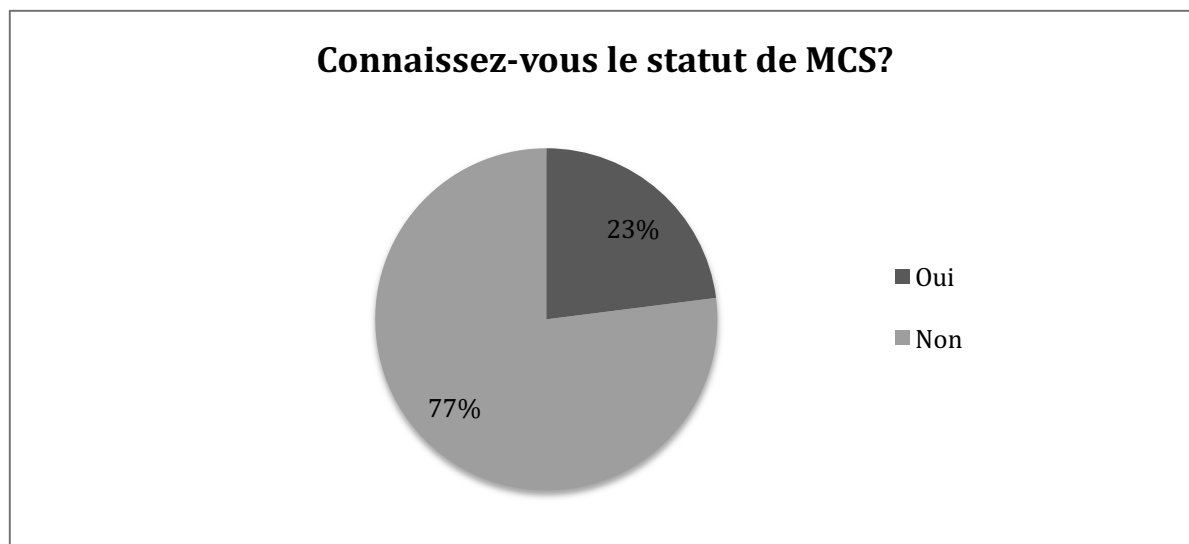


Pour plus des trois quarts des médecins leur relation avec le SAMU est jugée bonne ou très bonne selon les différents items proposés, à savoir, la qualité des conseils, la réponse à leur demande, la qualité relationnelle.

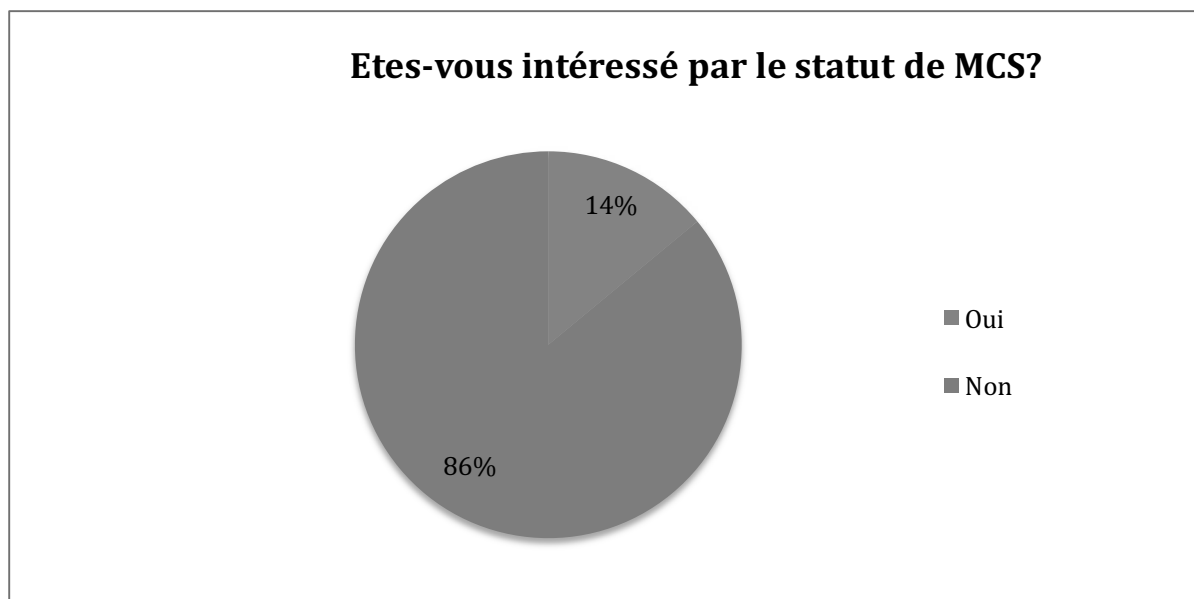
Nous avons demandé aux généralistes, sous forme de question ouverte, s'ils avaient des « axes d'amélioration » à proposer quant à leur relation avec le SAMU. Trente-sept médecins se sont exprimés.

Axes d'amélioration et thèmes à travailler pour améliorer la relation avec le SAMU	Nombre de médecins en accord avec la proposition :
Mésestime du médecin généraliste par les médecins du SAMU	14
Difficultés relationnelles	3
Manque de matériel et de moyens humains	4
Améliorer la communication avec le SAMU	8
Délais d'attente trop élevés lors d'un appel du 15	2
Former les médecins généralistes à la régulation des appels	1
Réponses du SAMU inappropriées par rapport aux demandes	1
Manque de compétences de la part des équipes du SAMU	3

Connaissez-vous le statut de Médecin Correspondant du Samu (MCS) ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	22,5%	45
non	77,5%	155
Répondants		200
Non répondants		11



Etes- vous intéressé par le statut de MCS ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	13,9%	28
non	86,1%	174
Répondants		202
Non répondants		11



Etes-vous intéressé par le statut de MCS?	Connaissez-vous le statut de MCS ?	
	oui	non
oui	5	23
non	40	132

14% des médecins généralistes de Haute-Normandie soient 28 personnes se disent potentiellement intéressées par le statut de médecin correspondant du SAMU. Sur ces 28 personnes, seulement 5 connaissaient l'existence des MCS.

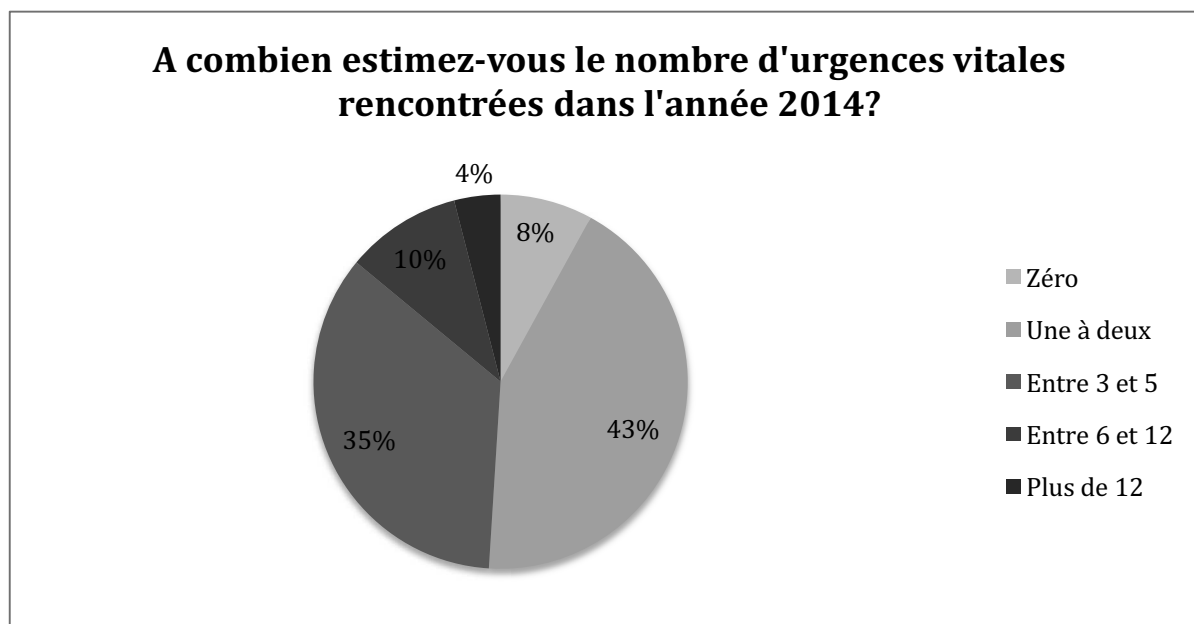
Nous avons posé la question suivante aux généralistes : « Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge d'une urgence vitale extrahospitalière ? » Plus d'un quart des généralistes s'est exprimé.

Propositions pour améliorer la prise en charge d'une urgence vitale extrahospitalière :	Nombre de répondants
Proposer des formations continues régulières à la médecine d'urgence et les indemniser	14
Mettre à disposition des généralistes du matériel d'urgence et fournir une aide à son entretien	11
Augmenter les moyens humains (augmenter le nombre d'antennes SMUR, d'augmenter le nombre de MSP, ou augmenter le nombre de MCS)	10
Valoriser financièrement les actes d'urgence	7
Augmenter les effectifs de médecins généralistes	4
Améliorer la communication entre les généralistes et le SAMU	4
Créer des protocoles d'urgence en accord avec le SAMU	3
Organiser des vidéo-conférences en cas d'urgence avec le SAMU	2
Dédier chaque jour un médecin à l'urgence dans les cabinets de médecine générale	2
Diminuer les délais d'attente lors de l'appel du SAMU ou lors de l'intervention de la SMUR	2
Informers la population quant aux réactions à avoir face à une urgence vitale.	1
Créer des centres d'accueil de premiers soins	1
Stage au SAMU obligatoire avec sorties en SMUR pour tous les internes de médecine générale	1
Créer des « paramedics » comme aux Etats-Unis	1
Adapter la trousse d'urgence des généralistes au lieu d'exercice et au profil de risque du cabinet (rural ou urbain).	1

E. Pratiques médicales des médecins généralistes

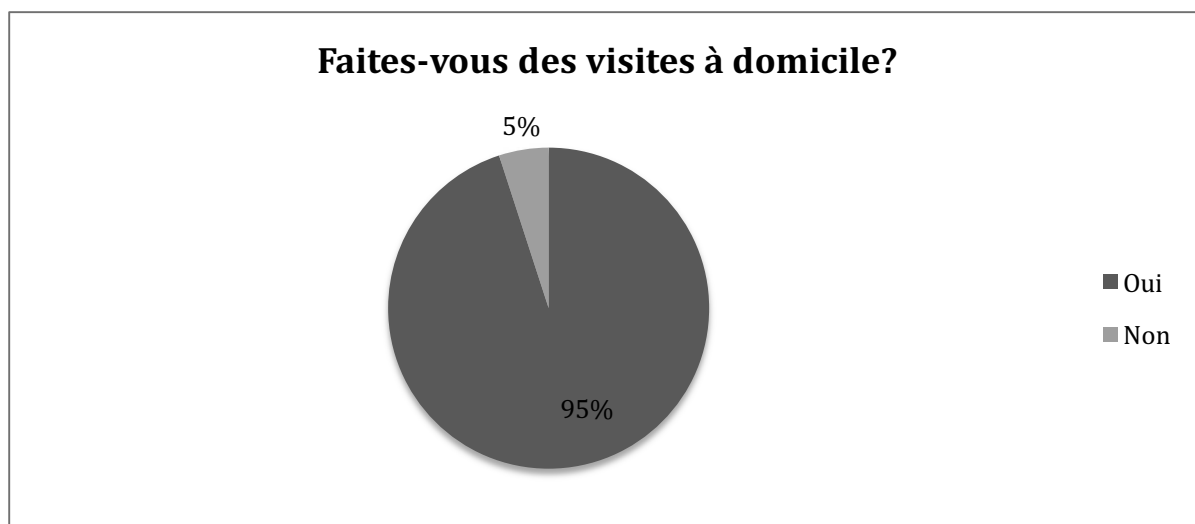
L'objectif est d'évaluer les facteurs de risque d'urgence vitale et la fréquence des urgences vitales en médecine générale.

A combien estimez-vous le nombre d'urgences vitales rencontrées dans l'année 2014 ? (telles que, la douleur thoracique, l'AVC, la détresse respiratoire, la crise convulsive, l'état de choc, l'arrêt cardiaque...)		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Zéro	8,0%	16
Une à deux	42,7%	85
Entre 3 et 5	34,7%	69
Entre 6 et 12	10,6%	21
Plus de 12	4,0%	8
Répondants		199
Non répondants		12

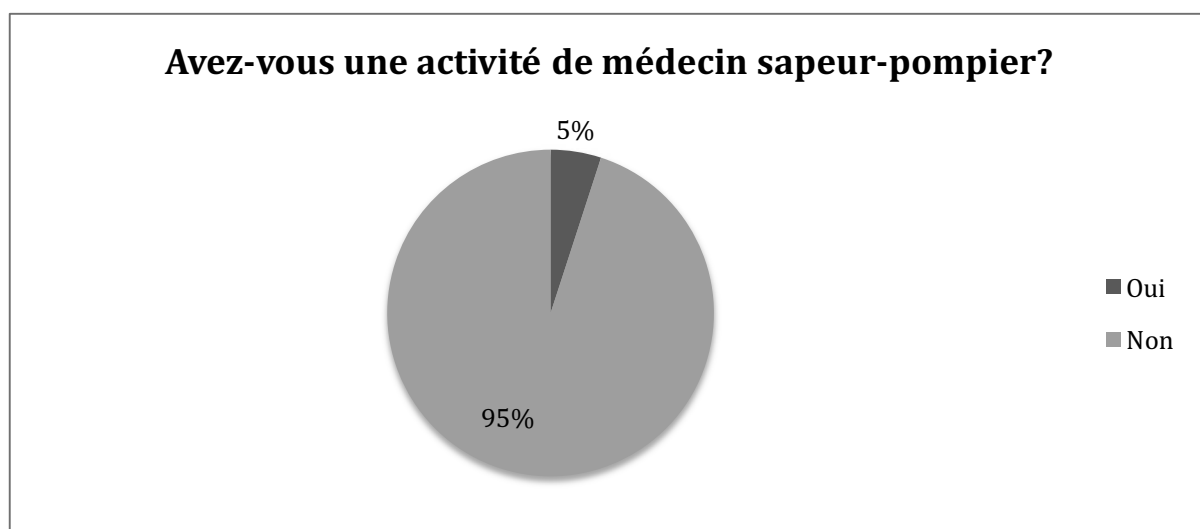


43% des médecins estiment voir une à deux urgences vitales par an ; 35% estiment en voir entre 3 et 5 par an.

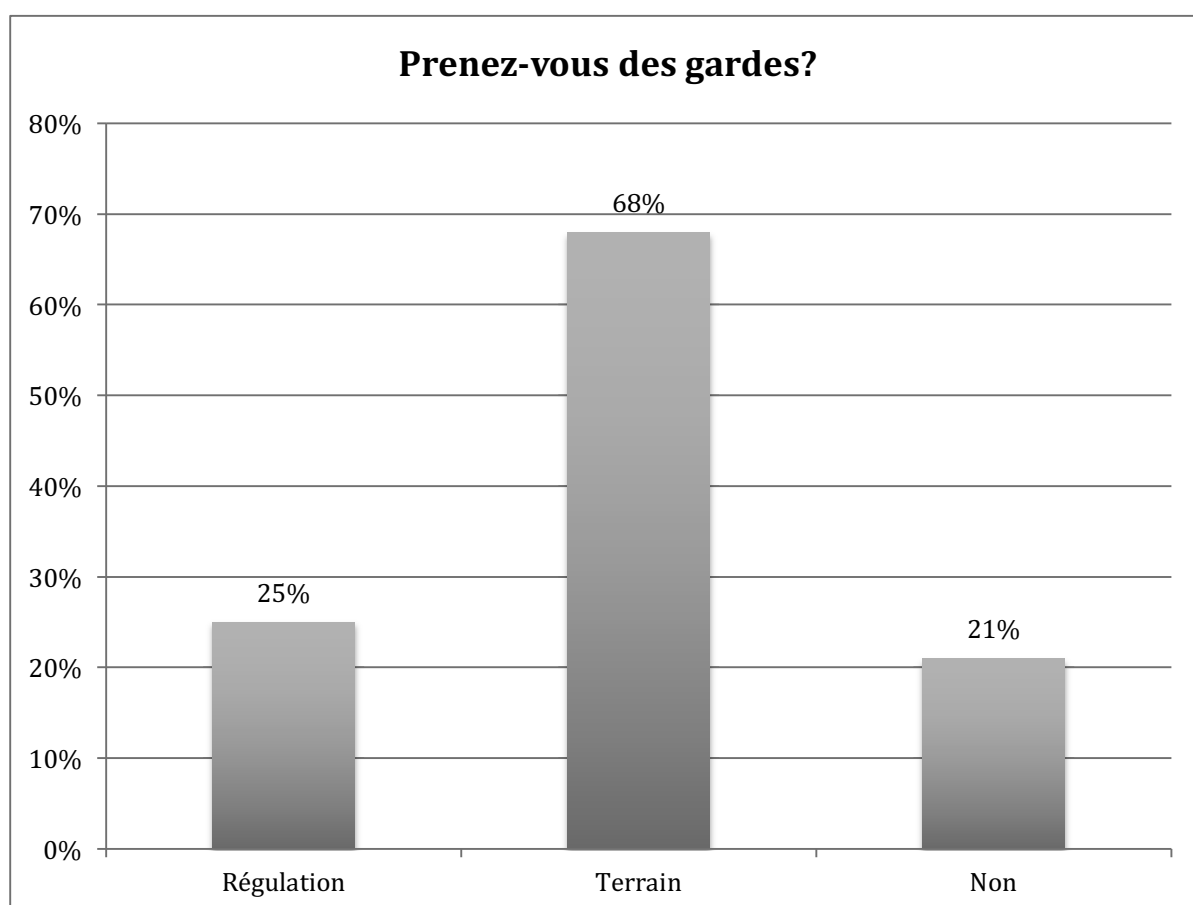
Faites-vous des visites à domicile ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	94,6%	191
non	5,4%	11
Répondants		202
Non répondants		11



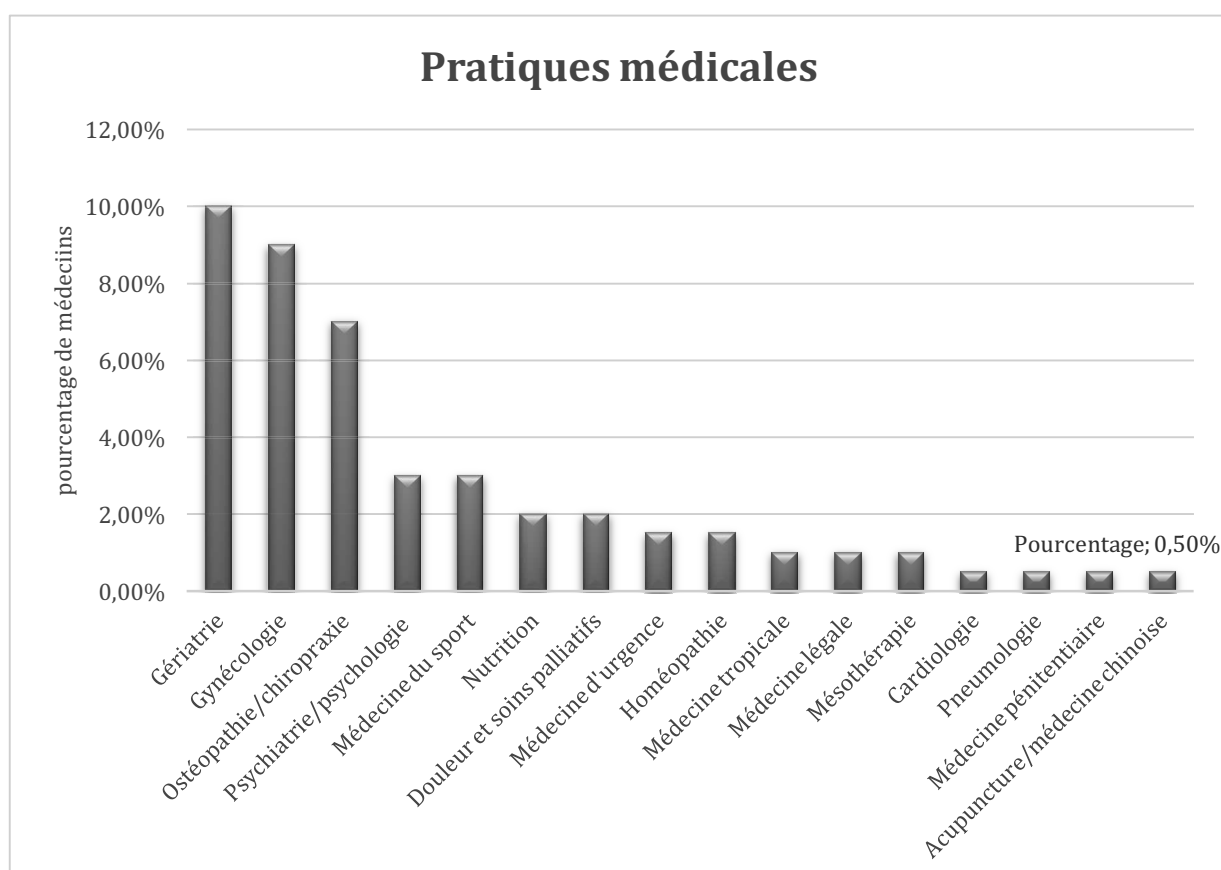
Avez-vous une activité de médecin sapeur-pompier ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	4,6%	9
non	95,4%	187
Répondants		196
Non répondants		15



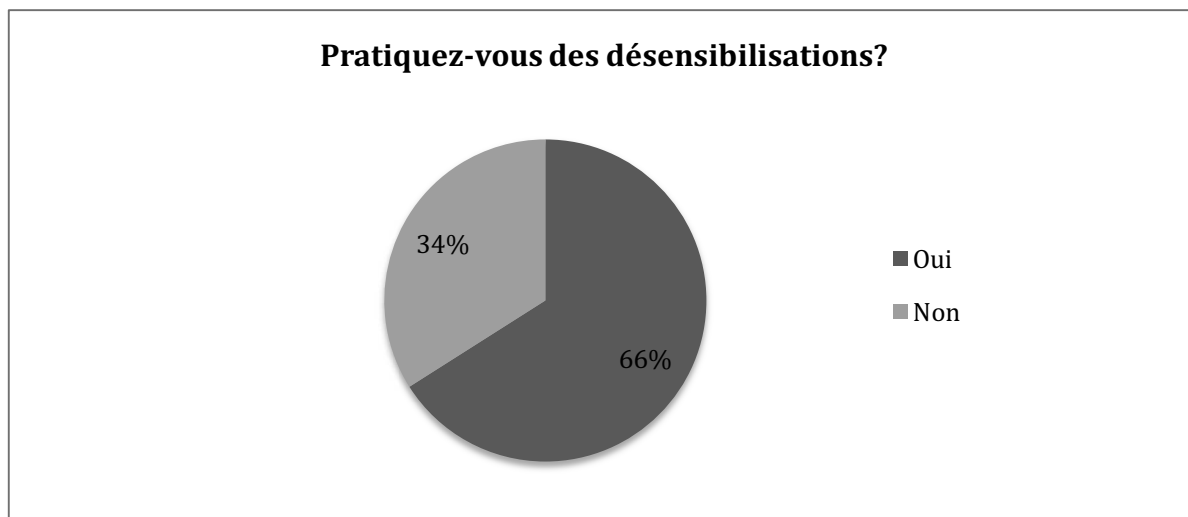
Faites-vous des gardes ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Régulation	25,0%	50
Terrain	68,0%	136
Non	21,0%	42
Répondants		200
Non répondants		11



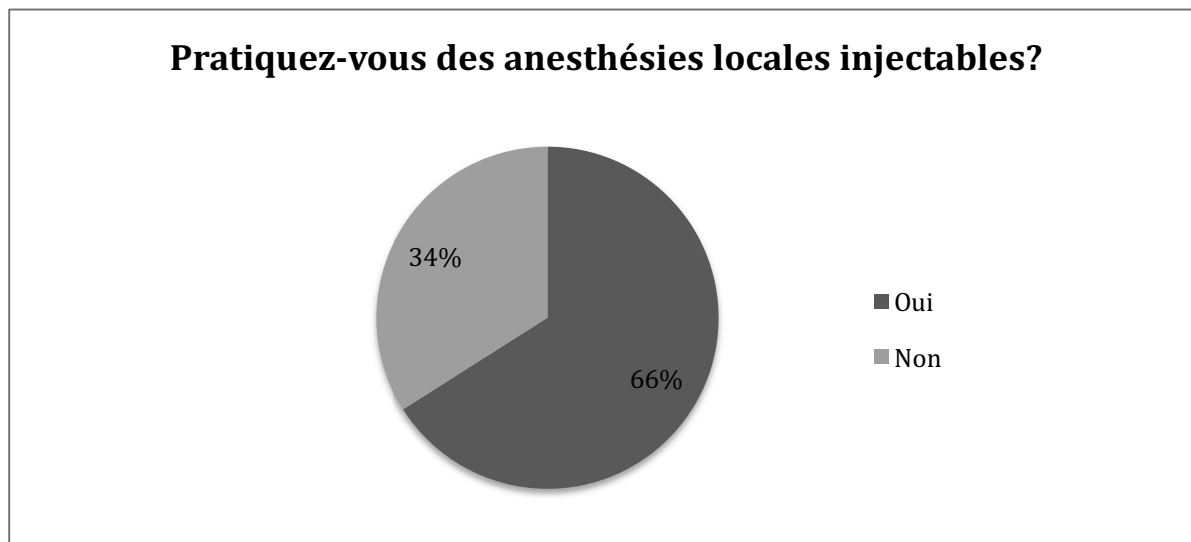
Avez-vous une pratique médicale orientée ?		
Pratiques	Pourcentage	Total
Gériatrie	10,0%	22
Gynécologie	9,0%	20
Ostéopathie/chiropraxie	7,0%	15
Psychiatrie/psychologie	3,0%	8
Médecine du sport	3,0%	6
Nutrition	2,0%	4
Douleur et soins palliatifs	2,0%	4
Médecine d'urgence	1,5%	3
Homéopathie	1,5%	3
Médecine tropicale	1,0%	2
Médecine légale	1,0%	2
Mésothérapie	1,0%	2
Cardiologie	0,5%	1
Pneumologie	0,5%	1
Médecine pénitentiaire	0,5%	1
Acupuncture/médecine chinoise	0,5%	1
NOMBRE DE REPONSES		102
NOMBRE DE REpondANTS		211



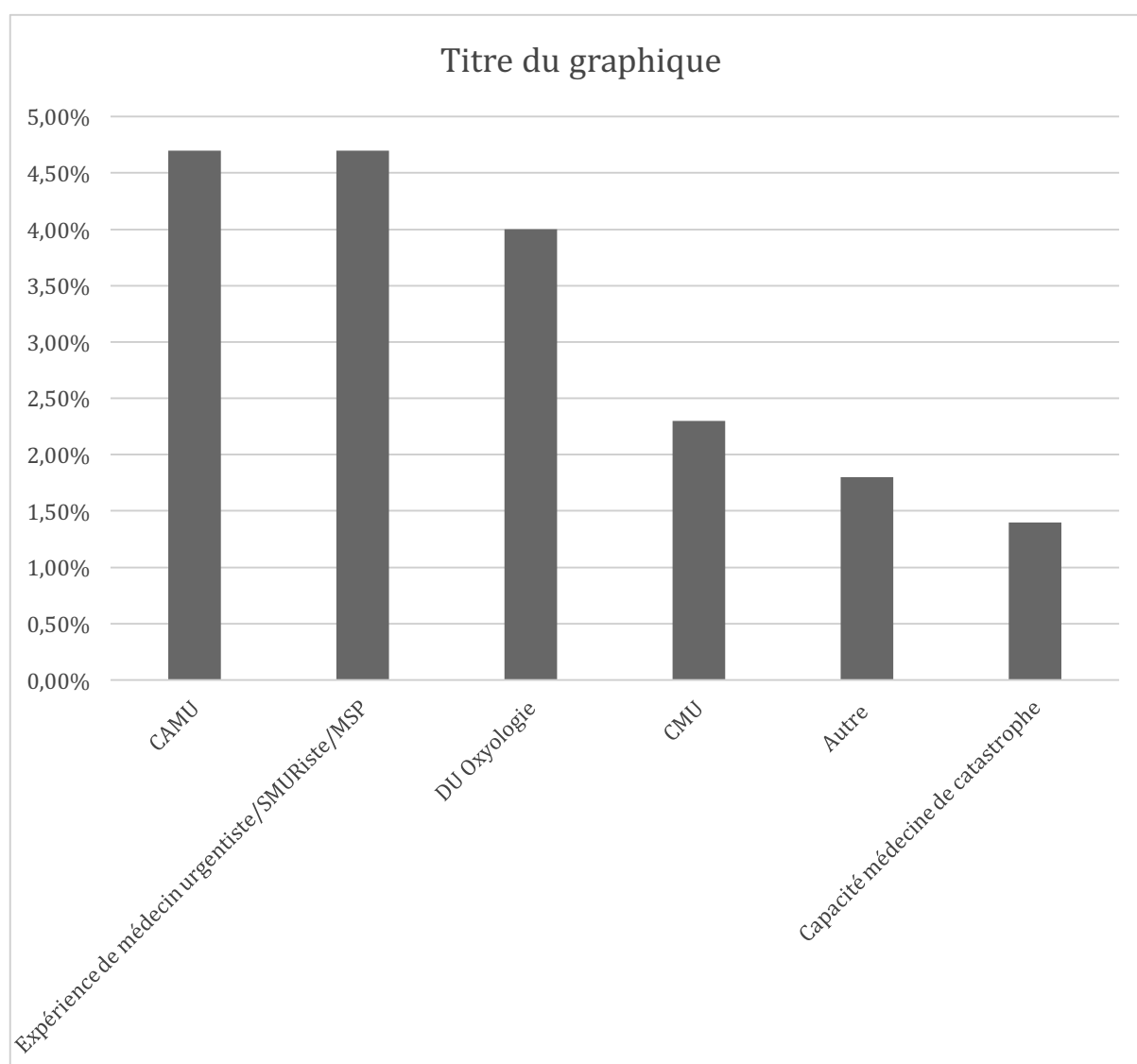
Pratiquez-vous des désensibilisations ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	66,3%	132
non	33,7%	67
Répondants		199
Non répondants		12



Pratiquez-vous des anesthésies locales injectables ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	66,2%	133
non	33,8%	68
Répondants		201
Non répondants		10

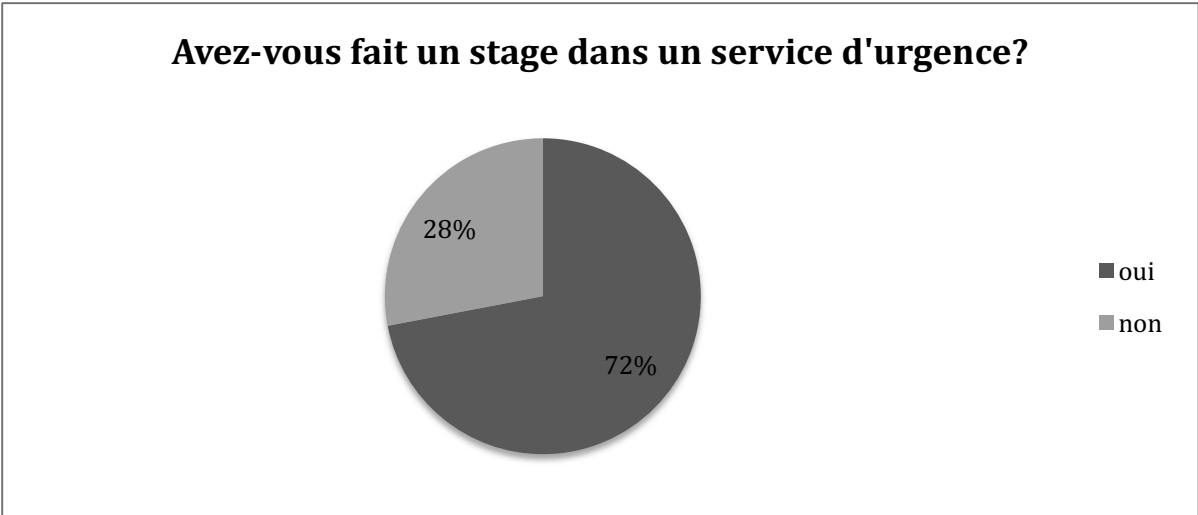


Etes-vous diplômé d'une formation dans le domaine de l'urgence?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
CAMU	4,7%	10
Expérience de médecin urgentiste/SMURiste/MSP	4,7%	10
DU Oxyologie	4%	9
CMU	2,3%	5
Autre	1,8%	4
Capacité médecine de catastrophe	1,4%	3
PSE	0,4%	1
Répondants		31
TOTAL		211

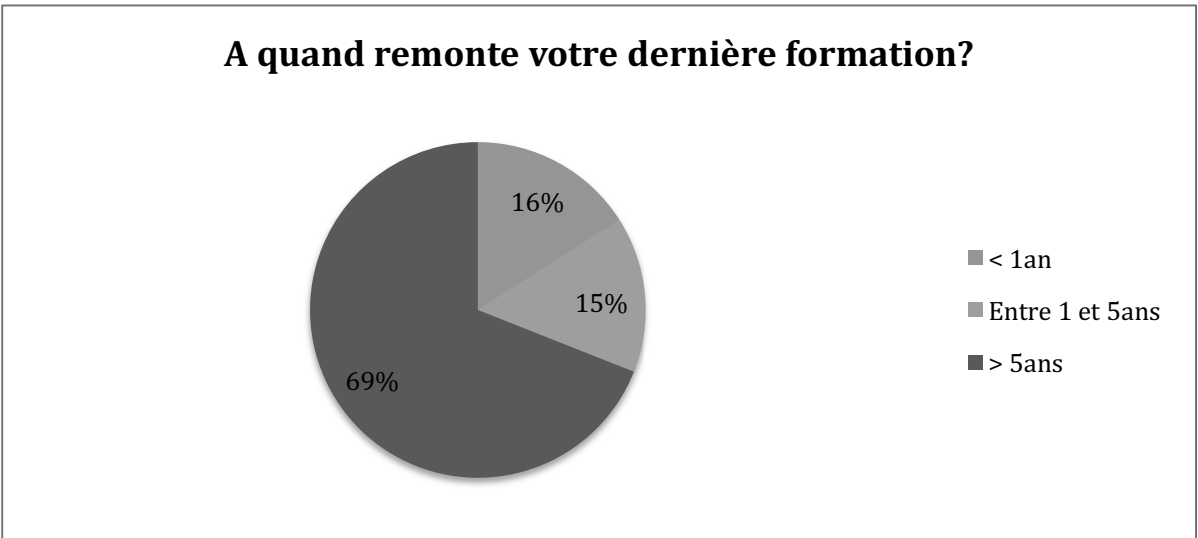


15%, (31 sur 211) des répondants ont bénéficié d'une formation spécifique à l'urgence.

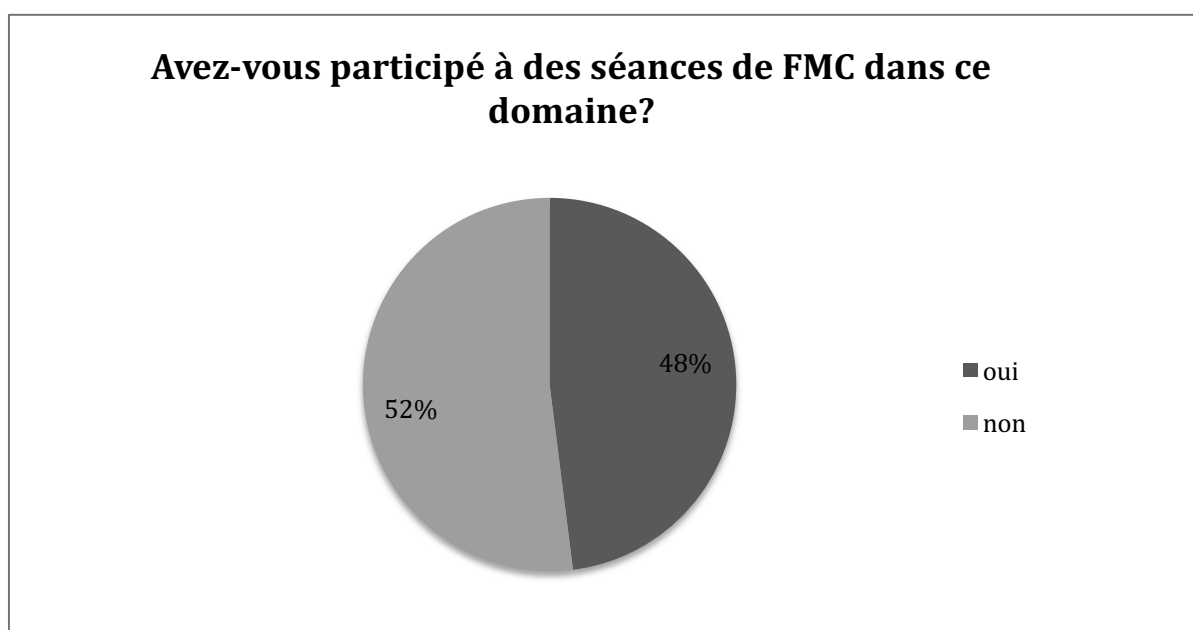
Avez-vous fait un stage dans un service d'urgence ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
Oui	71,9%	143
Non	28,1%	56
Répondants		199
Non répondants		12



A quand remonte votre dernière formation à l'urgence ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
< 1 an	15,8%	29
Entre 1 et 5 ans	14,7%	27
> 5 ans	69,6%	128
Répondants		184
Non répondants		27



Avez-vous participé à des séances de FMC dans ce domaine ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
oui	47,7%	95
non	52,3%	104
Répondants		199
Non répondants		12



Les trois quarts des répondants ont fait un stage dans un service d'urgence.

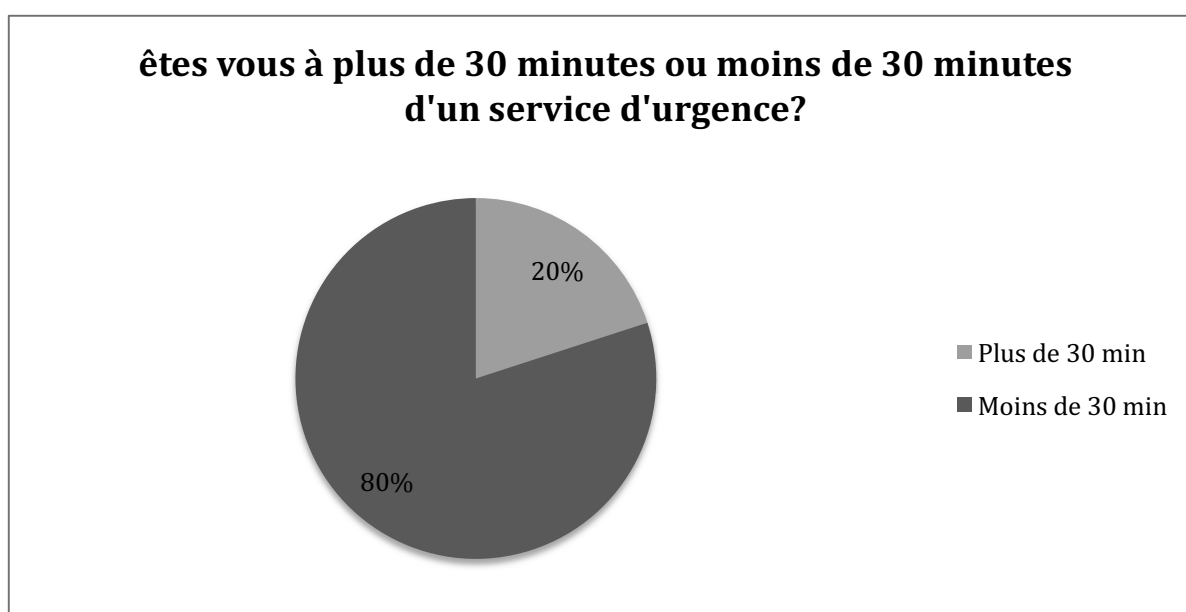
48% des répondants ont bénéficié d'une formation continue.

Pour 69% des médecins, leur dernière expérience de formation date de plus de 5ans.

A combien de minutes estimez-vous la distance entre votre cabinet et un service d'urgence ?		
Nombre de minutes	Pourcentage de réponses	Total des réponses
3	4,0%	8
5	12,0%	23
10	22,0%	43
15	18,0%	35
20	19,0%	36
25	2,0%	4
30	18,0%	35
40 ET PLUS	0,5%	9
NOMBRE DE REPONSES		193
NOMBRE DE REpondANTS		211

Il nous a semblé intéressant de dissocier deux groupes, à savoir les médecins se trouvant à plus ou moins de trente minutes d'un Service d'Accueil d'Urgence.

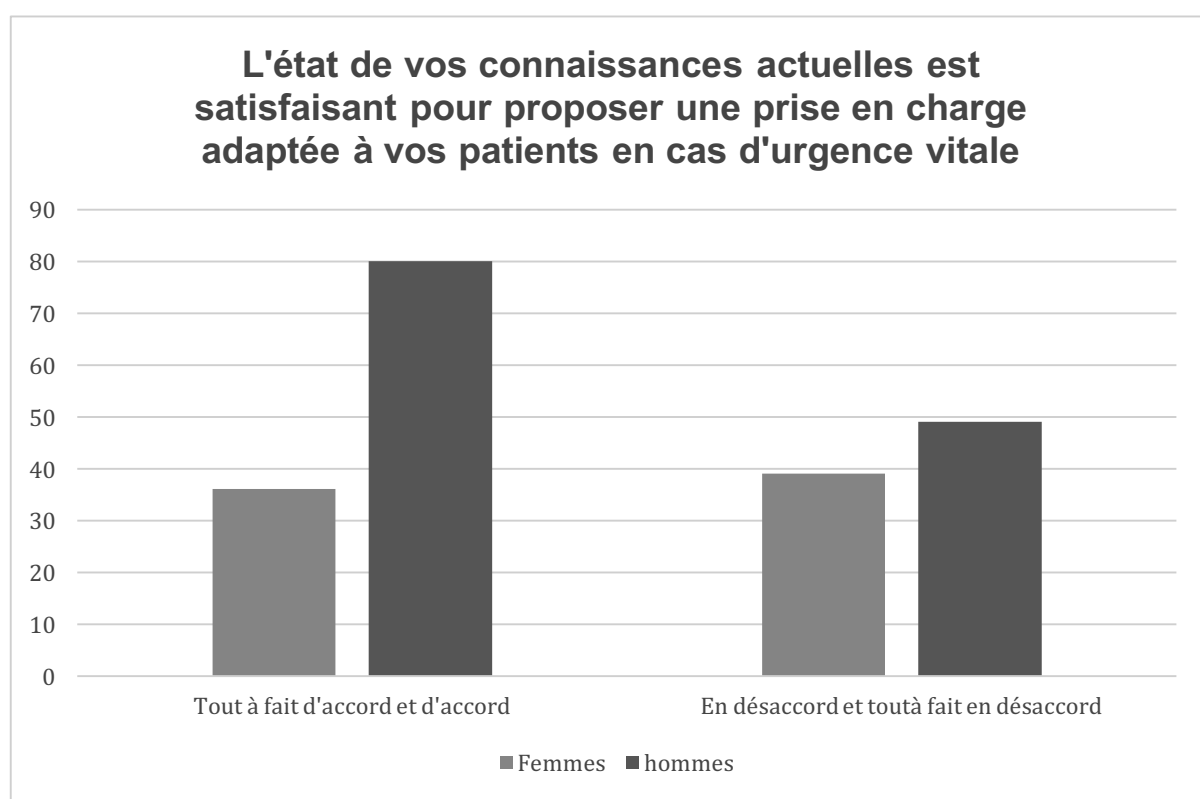
Etes-vous à plus de 30 minutes ou moins de 30 minutes d'un service d'urgence ?		
Réponses	Réponses Pourcentage	Total des réponses
plus de 30 min	20,3%	41
moins de 30 min	79,7%	161
Répondants		202
Non répondants		11



F. Analyses statistiques des résultats

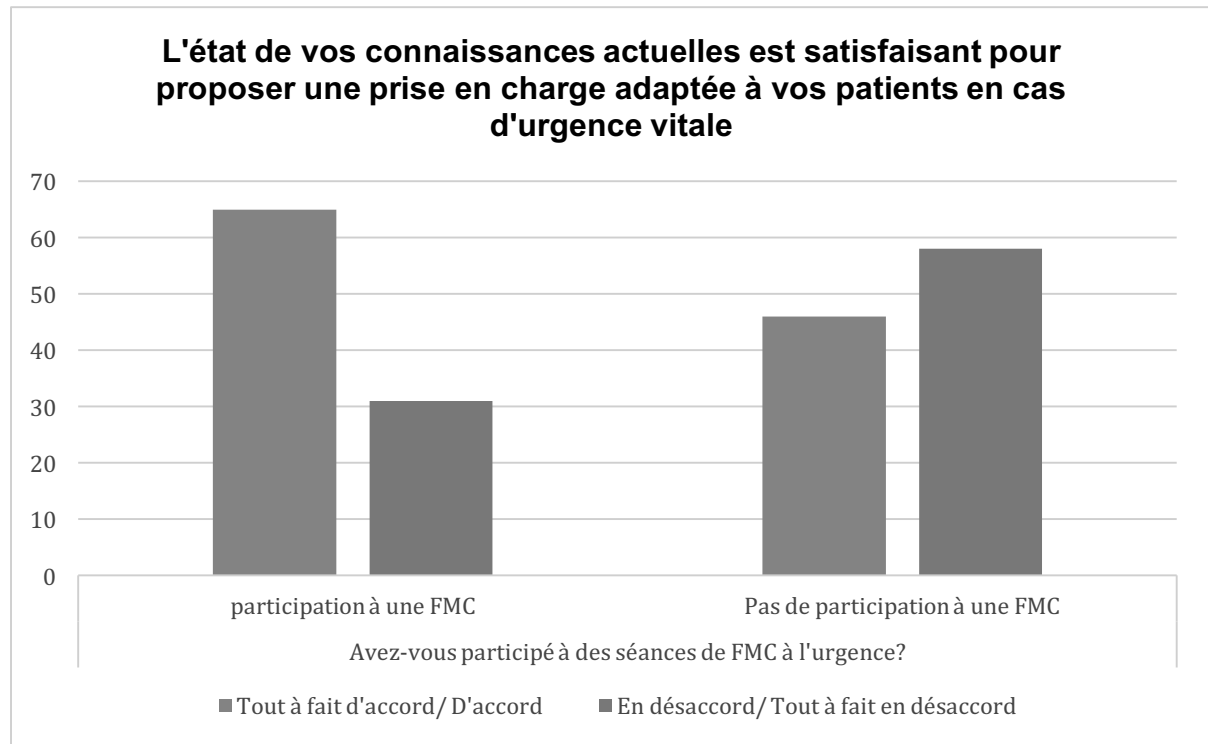
Autoévaluation des médecins généralistes et demande de FMC:

L'état de vos connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à vos patients en cas d'urgence vitale	Femmes	hommes
Tout à fait d'accord / D'accord	36	80
En désaccord/ Tout à fait en désaccord	39	49



Les hommes sont plus en accord que les femmes avec le fait que leurs connaissances actuelles soient satisfaisantes pour proposer une prise en charge adaptée à leurs patients en cas d'urgence vitale. (Chi2, $p < 0,05$)

L'état de vos connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à vos patients en cas d'urgence vitale	participation à une FMC	Pas de participation à une FMC
Tout à fait d'accord/ D'accord	65	46
En désaccord/ Tout à fait en désaccord	31	58
Nombre de répondants : 201		

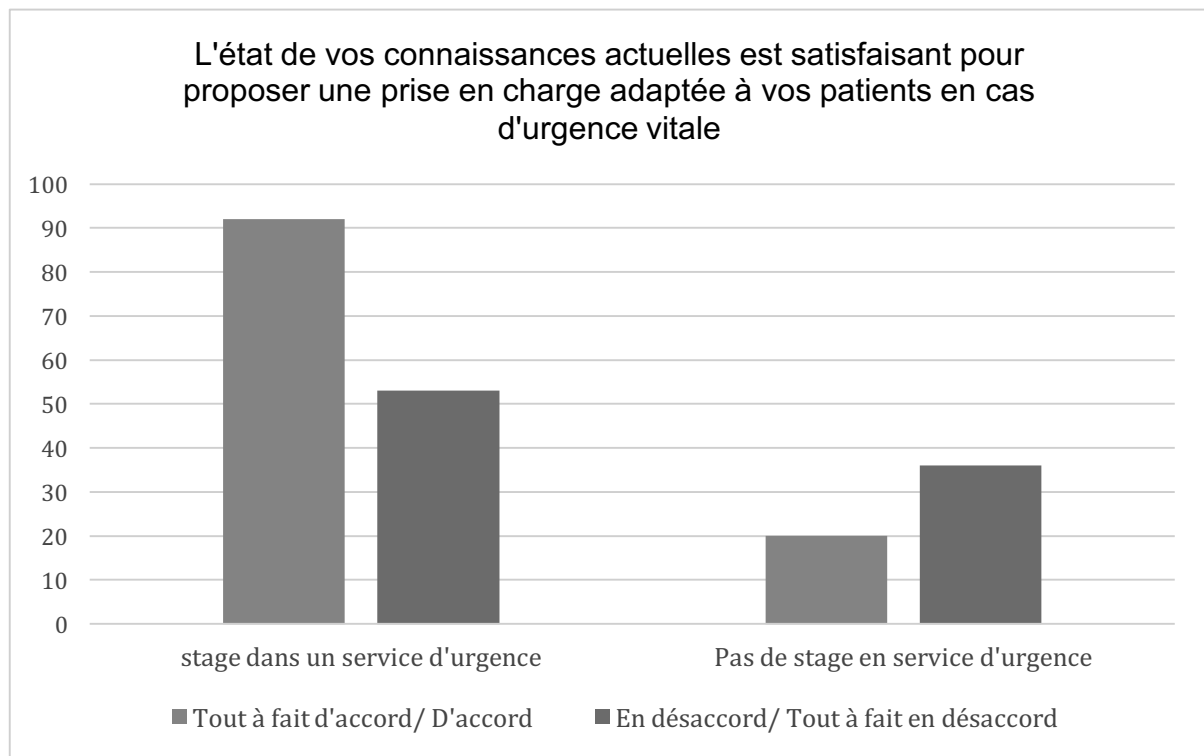


Il existe une différence significative entre les médecins ayant suivi des formations continue à la médecine d'urgence et ceux n'en ayant pas bénéficiées en termes de sentiment de capacité à pouvoir prendre en charge une urgence vitale (Chi2, $p < 0,001$).

Il existe une différence significative entre les médecins ayant suivi une FMC à l'urgence il y a plus ou moins d'un an. Les médecins ayant reçu une FMC antérieure à un an se sentent plus à l'aise pour prendre en charge une urgence vitale que ceux en ayant suivi il y a plus d'un an. (Chi2, $p < 0,05$).

Cette différence n'est pas significative pour les médecins ayant suivi une formation il y a plus ou moins de 5 ans (Chi2, $p : 0,19$).

L'état de vos connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à vos patients en cas d'urgence vitale	Stage dans un service d'urgence	Pas de stage en service d'urgence
Tout à fait d'accord/ D'accord	92	20
En désaccord/ Tout à fait en désaccord	53	36
Nombre de répondants : 201		

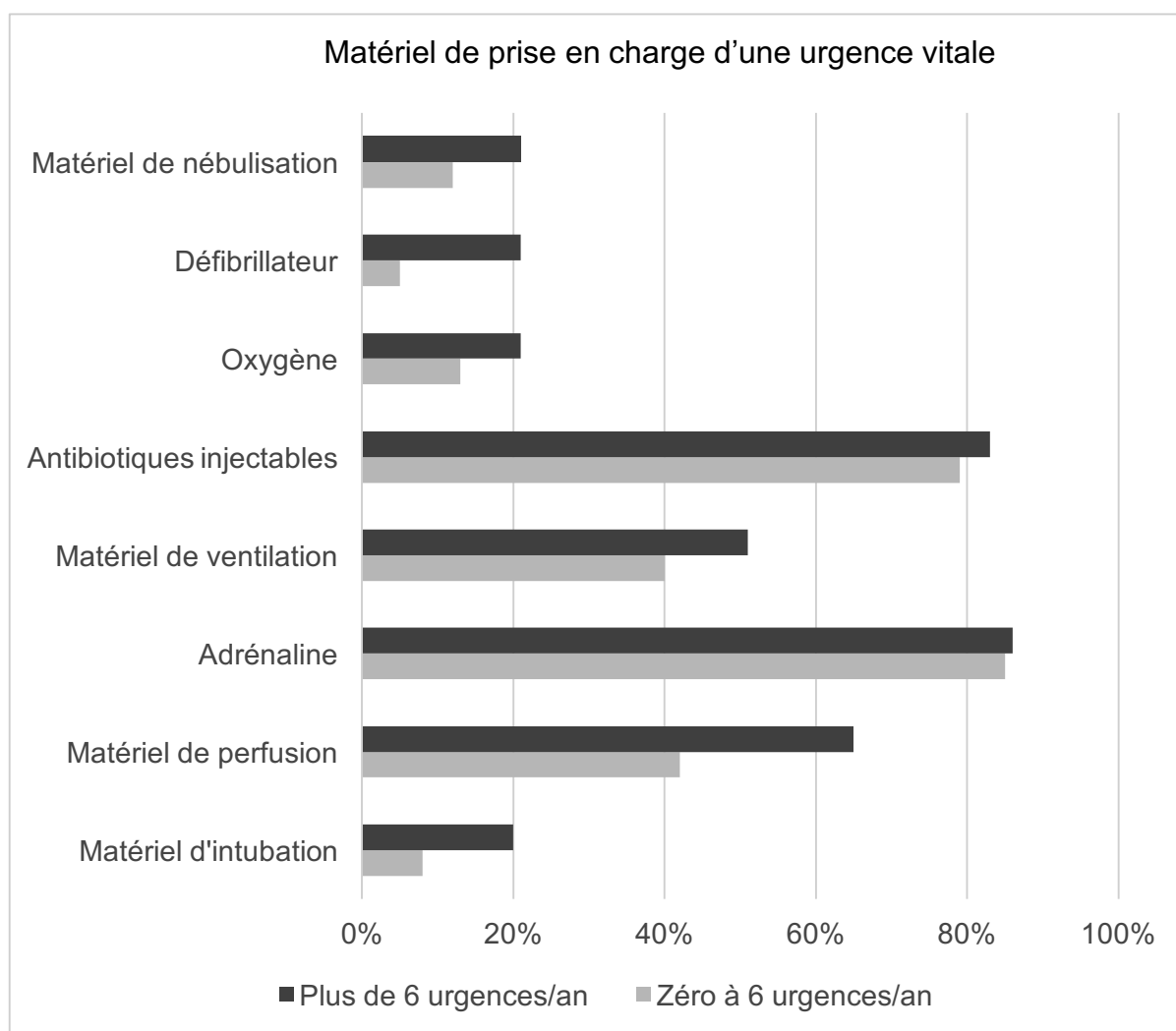


Il existe une différence significative entre les médecins ayant fait un stage d'urgence et ceux n'en ayant pas fait en termes de sentiment de capacité à pouvoir prendre en charge une urgence vitale (Chi2, $p < 0,001$).

On ne retrouve pas de différence significative en termes de demande de formation continue entre le groupe de médecins se sentant capable de prendre en charge une urgence vitale et le groupe de médecins ne s'en sentant pas capable. (Chi2, $p : 0,47$). Les médecins qui pensent que leurs connaissances actuelles ne sont pas satisfaisantes pour proposer une prise en charge adaptée à leur patients en cas d'urgence ne demandent pas plus de formations continues.

Facteurs influençant l'équipement en matériel d'urgences en médecine générale :

Matériel de prise en charge d'une urgence vitale	Zéro à 6 urgences/an	Plus de 6 urgences/an
Matériel d'intubation	8%	20%
Matériel de perfusion	42%	65%
Adrénaline	85%	86%
Matériel de ventilation	40%	51%
Antibiotiques injectables	79%	83%
Oxygène	13%	21%
Défibrillateur	5%	21%
Matériel de nébulisation	12%	21%



Les médecins voyant plus de 6 urgences vitales par an sont plus équipés en matériel d'urgence que ceux en voyant moins de 6.

Si on compare l'équipement en matériel d'urgence à visée diagnostique chez les médecins se trouvant à plus ou moins de 30 minutes d'un service d'urgence, on n'obtient pas de différence significative, (Chi2, p : 0,964).

Si on compare l'équipement en matériel d'urgence à usage thérapeutique des médecins situés à plus ou moins de 30 minutes d'un service d'urgence, on ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes. (Chi2, p : 0,572).

Les médecins situés à plus de 30 minutes d'un centre d'urgence ne sont pas plus équipés que les autres.

On ne retrouve pas de différence significative entre l'équipement en matériel d'urgence des médecins ayant bénéficié d'une formation médicale continue à l'urgence et ceux n'en ayant pas bénéficiée. (Chi2, p : 0,572).

Facteurs influençant la fréquence des urgences vitales en médecine générale :

Dans notre étude on ne retrouve pas de différence significative en termes de fréquence d'urgence vitale en cabinet de médecine générale entre les cabinets situés à plus ou moins de 30 minutes d'un centre d'urgences (Chi2, p :0,5).

Selon un test du Khi 2 on ne met pas en évidence plus d'urgences vitales chez les médecins pratiquant des désensibilisations que chez ceux n'en pratiquant pas. (Chi2, p : 0.412).

En revanche, on met en évidence une fréquence plus grande d'urgences vitales chez les médecins pratiquant des anesthésies locales injectables que chez ceux n'en pratiquant pas. (Chi2, p < 0.001).

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre les médecins qui prennent des gardes de terrain et ceux qui n'en prennent pas en termes de fréquence d'urgence vitale (Chi2 p : 0.922).

IV) Discussion

Notre échantillon est représentatif de la population de Haute Normandie au niveau de l'âge, du sexe et de la répartition géographique.

1. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'une urgence vitale

Nous sommes partis du postulat que le rôle que le médecin généraliste a à jouer aujourd'hui dans le domaine de l'urgence vitale a évolué.

Nous tentons, tout au long de ce travail, d'approcher le plus justement le rôle que le médecin généraliste considère avoir à jouer dans le domaine de l'urgence vitale au jour d'aujourd'hui en Haute-Normandie. Nous avons voulu appréhender l'implication actuelle des généralistes dans la prise en charge des urgences vitales. 66% des médecins généralistes considèrent que le médecin généraliste est un acteur important dans la prise en charge d'une urgence vitale mais seulement 41% considèrent qu'à l'avenir le généraliste devrait être plus impliqué qu'actuellement dans la gestion des urgences vitales. Nous pouvons donc en déduire que les généralistes considèrent leur rôle comme primordial dans la prise en charge d'une urgence vitale. Ils en sont, dans l'ensemble, satisfaits, ne souhaitant pas nécessairement le faire évoluer davantage.

Comme nous l'avons vu précédemment, il est inscrit dans le Code de Déontologie Médicale (4) que « *Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoive les soins nécessaires.* »

Qu'en est-il de l'avis du médecin généraliste, jusqu'où considère-t-il devoir aller dans la prise en charge d'une urgence vitale, comment délimite-t-il son rôle ?

Face à une urgence vitale survenant au cabinet médical, 94% des médecins interrogés considèrent devoir au minimum appeler les secours, 70% pensent devoir initier un traitement et surveiller le patient, 63% considèrent devoir poser un diagnostic. Seulement 23% des médecins conseillent à leur patient de se rendre aux urgences les plus proches.

A la vue de ces résultats, on peut déduire que le médecin généraliste est impliqué dans la prise en charge d'une urgence vitale et se considère comme l'un des premiers maillons de la chaîne d'urgence.

Si « *tout médecin qui se trouve informé qu'un malade ou blessé est en péril doit lui apporter les soins nécessaires.* », jusqu'où le généraliste considère-t-il devoir aller dans la prise en charge de ses patients quand il est informé par téléphone qu'ils sont en situation d'urgence vitale ?

S'ils sont informés téléphoniquement qu'un de leurs patients est en situation de détresse vitale, 50% des médecins décident de se rendre immédiatement sur place. 92% des médecins contactent le SAMU ou conseillent à l'appelant de le contacter. Ceux qui ne préconisent pas un contact avec le SAMU se rendent sur place immédiatement.

Il n'existe pas de recommandation précisant si le médecin doit se rendre sur place ou s'il est préférable de contacter le 15. On peut imaginer que, selon la distance entre le cabinet du médecin et le domicile du patient, il est préférable dans certains cas de contacter le SAMU plutôt que de se rendre sur place.

Pour tous les médecins généralistes, le SAMU représente visiblement le premier recours en cas d'urgence vitale et est intégré comme premier maillon d'une chaîne de survie.

Nous avons ensuite voulu apprécier le rôle que les généralistes considèrent devoir jouer face à une urgence vitale et nous les avons questionnés sur leur équipement en matériel d'urgence. Quels gestes d'urgence estiment-ils devoir pratiquer, disposent-ils d'un matériel adapté à leurs prérogatives ?

Concernant les gestes de secourismes aspécifiques, 98% des médecins généralistes considèrent que le massage cardiaque fait partie de leur rôle. 95% considèrent qu'ils doivent savoir mettre le patient en position latérale de sécurité.

Concernant les gestes nécessitant du matériel spécifique, 88% considèrent qu'ils doivent savoir ventiler au masque, mais 42.7% disposent de matériel de ventilation. 74% des généralistes considèrent devoir savoir utiliser l'oxygène mais seulement 14% ont de l'oxygène à leur cabinet. 74% considèrent qu'ils doivent pouvoir poser une perfusion pourtant uniquement 42.7% ont du matériel de perfusion. 86% considèrent l'injection d'adrénaline comme devant faire partie de leurs compétences, 85% en disposent. 92% pensent devoir éventuellement injecter des antibiotiques, 80.9% des médecins en ont à disposition. 96% des médecins considèrent devoir savoir mesurer la glycémie, 85% possèdent un lecteur de glycémie capillaire. 84% des médecins généralistes considèrent devoir savoir utiliser un défibrillateur, toutefois seulement 7.5% en sont pourvus.

Une étude descriptive de 2003 du Pr Le Goaziou (34) sur 272 généralistes dans le département de l'Ain a mis en évidence que 62% des médecins possédaient un nécessaire à perfusion et 34% une bouteille d'oxygène.

Les médecins généralistes Haut-Normands semblent moins bien équipés en matériel d'urgence que les médecins d'autres départements ou pays.

Une étude danoise de 2013(10) met en évidence que seulement 30% des médecins généralistes sont équipés en défibrillateurs, bien qu'il soit prouvé que le fait de disposer d'un défibrillateur augmente la survie dans les premières minutes d'un ACR (3), (1).

Les deux principales causes retrouvées à l'absence d'équipement des généralistes en défibrillateur sont le coût et l'inutilité(10). Nous avons demandé aux généralistes s'ils accepteraient d'être équipé en DSA si on le leur fournissait. 74% des médecins généralistes accepteraient. Les 26% des généralistes ne souhaitant pas être équipés en défibrillateur le justifient pour 8% d'entre eux car ils ne sont pas formés à l'utilisation, 9,6% d'entre eux jugent le fait d'en posséder un inutile, 14,2% sont indisposés par le coût que cela engendre.

Les résultats des différentes études mettent en évidence un sous-équipement des médecins en matériel d'urgence vitale (5,10,14). Selon une étude canadienne de 2002(14) sur les cabinets de médecine générale et les moyens dont ils disposent pour prendre en charge des urgences vitales, la conclusion est la suivante : « Les cabinets de médecine générale ne sont pas équipés, les généralistes ne sont pas préparés pour prendre en charge des urgences vitales ».

Nous avons cherché à comprendre pourquoi les médecins étaient si peu pourvus en matériel d'urgence. La principale raison relatée a été le coût du matériel d'urgence pour 80% des médecins généralistes.

Finalement, on peut supposer que si le matériel d'urgence n'était pas à la charge du médecin généraliste tant au niveau de l'achat que de l'entretien, les médecins généralistes en seraient mieux pourvus. En effet, les médecins ne semblent pas désintéressés par la prise en charge des urgences vitales mais plutôt en difficulté par rapport au fait de s'équiper en conséquence.

Le défaut d'équipement des médecins généraliste représente visiblement un frein à la prise en charge des urgences vitales en ville. Pourquoi les médecins généralistes qui semblent considérer avoir un important rôle à jouer dans la prise en charge d'une urgence vitale semblent moins investis en pratique qu'en théorie ? Quels sont pour eux les freins à la prise en charge d'une urgence vitale en ville ?

Pour 81% des médecins généralistes, le manque d'expérience pourrait freiner leur implication. 79% invoquent un manque de temps, 76% accusent un manque de formation. Pour 60% des généralistes c'est l'isolement du médecin face à une urgence et pour 36% c'est la charge émotionnelle que peut engendrer une urgence vitale qui peut freiner sa prise en charge.

2. Besoins en formation et propositions de formation continue à la médecine d'urgence

A. Etat des lieux sur la formation actuelle des généralistes à l'urgence et par rapport à leur ressenti face à une urgence vitale.

Nous avons interrogé les médecins sur leur ressenti quant à leur capacité à prendre en charge une urgence vitale. Seulement 56% des médecins généralistes haut-normands pensent que l'état de leurs connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à leurs patients en cas d'urgence vitale.

Nous avons cherché des facteurs influençant le sentiment de capacité à savoir gérer une urgence vitale.

Le fait d'être une femme, comme il était cité dans une étude de 2008 (9) sur la formation des médecins généralistes à l'urgence, est un facteur de risque de sentiment d'inaptitude à assurer une prise en charge d'urgence ($p : 0,04$). Ce constat serait-il en lien avec le fait que les femmes pourraient avoir une plus faible estime d'elles-mêmes ? Est-il le reflet d'une véritable lacune chez les femmes dans ce domaine ?

Nous avons pu mettre en évidence une différence significative entre les médecins généralistes bénéficiant d'une formation continue à l'urgence et ceux n'en bénéficiant pas. Les généralistes formés se sentent plus aptes à gérer une urgence vitale que ceux qui n'ont pas bénéficié de formation à la médecine d'urgence.

Il n'existe pas actuellement, pour un futur généraliste, d'autre formation à l'urgence que l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) proposée en PCEM2 et DCEM3, les cours théoriques du module Urgence pour l'examen classant national (ECN), un stage en service d'urgence de 6 mois pendant l'internat (24), (25), (26). Le médecin généraliste peut ensuite se former en continu à sa convenance.

72% des médecins interrogés ont fait un stage dans un service d'urgence. 14,7% ont un diplôme spécialisé en médecine d'urgence (CAMU, CMU, DU d'oxyologie, capacité médecine de catastrophe...)

Seulement 48% des médecins suivent ou ont suivi une FMC à la médecine d'urgence. Pour 69,6% des généralistes, leur dernière expérience en formation à la médecine d'urgence date de plus de cinq ans. Ces données sont très inférieures à celles que nous avons pu observer dans la littérature. Selon une étude danoise de 2013, 95% des médecins ont reçu une formation aux gestes d'urgence datant de moins de 4,1ans (10).

Dans notre étude, les médecins ayant reçu une FMC à la médecine d'urgence il y a moins d'un an se sentent plus à l'aise que les autres face à une situation d'urgence vitale

(Chi2, $p < 0.03$). On ne met par contre pas en évidence de différence significative entre le groupe de médecins ayant reçu une formation il y a de plus de 5 ans et celui en ayant reçu une il y a moins de 5 ans ($p : 0,19$). Les médecins ayant reçu une formation il y a 1 à 5 ans et il y a moins d'un an évaluent leur capacité à prendre en charge une urgence vitale de façon similaire ($p = 0,91$).

Le fait d'avoir reçu une FMC datant de moins d'un an augmente la confiance des médecins en leurs capacités à prendre en charge une situation d'urgence.

Dans une étude de 2013 sur la formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence (27), le fait d'avoir effectué un stage aux urgences est associé à une meilleure perception d'aptitude à effectuer des gestes d'urgences. Nous avons retrouvé des résultats similaires notre étude. Les médecins généralistes ayant fait un stage aux urgences se sentent plus à l'aise que les autres face à la prise en charge des urgences vitales (χ^2 , $p : < 0,001$) Il semble donc judicieux que ce stage reste obligatoire dans la formation des internes de médecine générale.

B. Souhaits des médecins généralistes et proposition de formation médicale continue

Si le médecin généraliste se doit de maîtriser des gestes de réanimation en cas d'urgence vitale, jusqu'où doit-aller sa formation, quelles en sont les limites, quelles connaissances doit-il au minimum posséder ?

Selon l'article 11 du code de déontologie, (28) le médecin a un devoir de formation continue. Nous pouvons nous interroger : Quel type de formation continue pouvons-nous proposer aux médecins généralistes, à quelle fréquence et quels sont leurs souhaits ?

Nous avons demandé aux généralistes s'il leur semble indispensable de recevoir une formation à l'urgence vitale. 92% des généralistes acquiescent. 81% souhaiteraient bénéficier d'une formation continue à la médecine d'urgence.

Nous nous sommes intéressés au type de formation qu'il serait judicieux de proposer afin que les médecins généralistes puissent entretenir des connaissances pertinentes quant à la prise en charge des urgences vitales en ville. Nous désirons définir des objectifs de formation en accord avec la demande des généralistes.

Nous avons voulu savoir à quels types de gestes et attitude à avoir en urgence il leur semblait utile d'être formé.

La majorité des médecins souhaite être formée à :

-l'utilisation du défibrillateur (91%),

-l'attitude à avoir face à une urgence vitale à savoir : « que faire, qui appeler, comment s'organiser face à une urgence vitale ? » (90%) ,

- au massage cardiaque externe (88%),
- à la ventilation au masque (87%),
- à la pose de voie veineuse périphérique. (81%),
- à l'utilisation et l'interprétation de l'électrocardiogramme (76%).

75% des médecins de l'échantillon souhaiteraient être formés en continu à la médecine d'urgence tous les 2 à 5 ans.

72% seraient intéressés par une formation sous forme d'atelier de simulation.

Comme nous l'avons vu précédemment, il a été mis en évidence que les exercices de simulation améliorent les compétences des professionnels.(31)

Si l'on devait esquisser un programme de formation continue à la médecine d'urgence adapté aux besoins des généralistes, il pourrait contenir les items suivants : « gestion d'une urgence vitale en cabinet de ville », « prise en charge d'un AC au cabinet ou à domicile », « utilisation du DSA », « thérapeutiques intraveineuses », « utilisation et interprétation de l'électrocardiogramme en urgence » ... Cette formation pourrait être dispensée sous forme d'ateliers de simulation « haute-fidélité ».

La fréquence à laquelle la formation doit être délivrée est discutable, nous avons mis en évidence un meilleur sentiment de capacité à prendre en charge une urgence vitale chez les médecins ayant reçu une formation médicale continue il y a moins d'un an ($p < 0,03$). Il serait donc logique de proposer une formation annuelle. Néanmoins, les généralistes ne le souhaitent pas. 75% d'entre eux, aimeraient recevoir une formation à la médecine d'urgence tous les 2 à 5 ans. Nous pouvons au moins énoncer avec certitude qu'il ne serait pas raisonnable d'espacer les formations de plus de 5 ans.

Une étude de 2009 (35) sur l'impact des entraînements à la médecine d'urgence sur la motivation des étudiants à s'investir dans cette spécialité, met en évidence que la motivation contribue à la réussite de l'apprentissage. Pour les étudiants en médecine et en soins infirmiers, les périodes de formation à l'urgence peuvent avoir des impacts positifs ou négatifs sur la motivation à entreprendre un apprentissage dans le domaine de la médecine d'urgence. Une expérience négative lors de l'apprentissage amenuisera la confiance de l'étudiant en ses capacités à réaliser des gestes d'urgence et diminuera sa motivation à s'investir dans ce domaine. Cette conclusion peut donc en partie expliquer que dans notre étude, les médecins ne se sentant pas en capacité de prendre en charge une situation d'urgence n'exprime pas plus de volonté à bénéficier d'une FMC que les autres. A la fin de

l'enseignement, les formateurs doivent s'assurer que les médecins ont validé leurs acquis afin d'assurer l'efficacité de la formation.

La formation à la médecine d'urgence est-elle la seule réponse à apporter quant à l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales en ville ?

3. Axes d'amélioration concernant la prise en charge d'une urgence vitale extrahospitalière par le médecin généraliste.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'urgence vitale est rare en médecine générale, elle représente 0,014%(7) de l'activité globale d'un médecin généraliste.

Nous avons demandé aux médecins combien d'urgences vitales ils estimaient avoir rencontrées dans l'année 2014. La majorité des médecins (78%) estime voir 1 à 5 urgences vitales par an.

Comment prendre en charge de la façon la plus adaptée possible une urgence vitale quand cet événement reste exceptionnel ? Non seulement la situation d'urgence vitale est rare mais en plus elle peut être de nature variée (11). Une urgence vitale, cela peut se décliner en de nombreuses situations cliniques (Cardiovasculaire, respiratoire, neurologique ; psychiatrique ; traumatologique...).

Nous avons demandé aux médecins généralistes de faire des propositions concernant les axes d'amélioration pour la prise en charge d'une urgence vitale en ville. Certaines réponses nous ont semblées pertinentes ;

- Certains médecins ont émis l'idée de proposer des formations continues régulières à la médecine d'urgences et qu'elles soient indemnisées. Le sujet de cette thèse portait déjà sur une proposition de formation à la médecine d'urgence. Leur indemnisation favoriserait certainement l'assiduité des médecins généralistes ce qui est possible dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu).
- Mettre à disposition des généralistes du matériel d'urgence et fournir une aide à son entretien semble également une idée pertinente quoiqu'onéreuse. On pourrait imaginer que le matériel soit accessible dans une salle dédiée pour les cabinets de groupe ou dans le camion des pompiers comme l'ont suggéré certains répondants. La maintenance, le contrôle et le renouvellement du matériel pourraient être les prérogatives d'un organisme spécifique.
- Quatre généralistes souhaiteraient que la communication entre les généralistes et le SAMU soit plus fluide. En effet, nous avons pu remarquer que plusieurs médecins (n=14) soient 6% des répondants se sont plaints d'un sentiment de mésestime de la part des médecins du SAMU. Cependant, dans l'ensemble, les médecins

généralistes sont plutôt satisfaits de leur relation avec le SAMU étant donné que plus des $\frac{3}{4}$ des répondants évaluent positivement la qualité des conseils, la réponse à leur demande et la qualité relationnelle quand ils contactent le 15. Ils appellent le SAMU 1 à 6 fois par an pour 85% d'entre eux, essentiellement pour demander une équipe médicale.

- Trois généralistes proposent de créer des protocoles d'urgence en accord avec le SAMU. Cette idée nous a semblé très pertinente. Elle permettrait de renforcer la cohésion et la communication entre généralistes et urgentistes. Or, il est prouvé qu'une organisation précoce de l'équipe qui prend en charge un patient a un impact significatif sur la qualité de la prise en charge(36). Un protocole prédéfini permettrait certainement d'améliorer la prise en charge des urgences en ville.
- Dans le même ordre d'idée, deux généralistes proposent d'organiser des vidéo-conférences en cas d'urgence avec le SAMU.
- Un médecin suggère d'adapter les trousse d'urgence des généralistes au profil de risque de leur cabinet et notamment, au lieu d'exercice (rural ou urbain).

Différentes études dégagent des facteurs de risques de prise en charge d'une urgence vitale dans l'activité du médecin généraliste (21) (9), les critères suivants influenceraient la survenue d'une urgence vitale :

- Situation reculée ou périphérique, pas d'hôpital à proximité, long délai d'arrivée des secours.
- Administration fréquente de médicaments par voie parentérale
- Cabinet de groupe ou à densité élevée de patients,

Nous avons testé point par point ces facteurs de risque d'urgence vitale.

Si nous comparons nos données avec celles de la littérature (5), les généralistes travaillant en groupe n'estiment pas voir plus d'urgences vitales que ceux travaillant seuls. Dans notre étude, le fait de pratiquer des désensibilisations n'influence pas la survenue des urgences vitales. A contrario, on retrouve bien une fréquence d'urgences vitales estimées supérieure chez les médecins pratiquant des anesthésies locales injectables. Les médecins se situant à plus de 30 minutes d'un centre d'urgence n'estiment pas significativement plus être confrontés à des urgences vitales que ceux étant plus proches (Chi2 : P=0,5). Ils sont pourtant situés dans des zones où le délai d'arrivée des secours est long, leur situation est reculée, il n'y pas d'hôpital de périphérie.

En tenant compte de nos résultats, il ne semble pas pertinent de recommander de proposer un équipement en matériel d'urgence plus conséquent aux cabinets situés à plus de trente minutes centre d'urgence. Peut-on cependant considérer que ces résultats sont fiables ? En effet nous avons recueilli des données déclaratives : nous avons demandé aux

médecins combien ils estimaient avoir vu d'urgences vitales en 2014 et à combien de minutes ils pensaient être d'un centre d'urgence. Ces données sont subjectives. Elles sont à interpréter avec prudence comparées aux résultats que l'on aurait pu obtenir si l'on avait calculé la distance réelle entre chaque cabinet et le centre d'urgence le plus proche et si l'on avait pu quantifier objectivement le nombre d'urgences vitales prises en charge par médecin en 2014.

Une autre idée avancée par certains répondants et par le gouvernement pour améliorer la prise en charge des urgences extrahospitalières serait de développer le statut de médecin correspondant du SAMU(32). Dans notre étude, 28 médecins se disent intéressés par ce statut. Il est curieux de constater que 23 des 28 médecins intéressés par le statut de MCS ne connaissaient pas préalablement l'existence des MCS. S'ils avaient connu les caractéristiques relatives au rôle de MCS, auraient-ils été intéressés ? Ce résultat est-il dû au fait que ce statut est pour l'instant méconnu étant donné que seulement 45 répondants soient 23% de notre échantillon connaissaient l'existence des MCS ?

V) Biais et limites de l'étude :

Les études sur le sujet sont rares. La plupart concernent l'intérêt d'une prise en charge précoce de l'AC et de la défibrillation mettant en exergue l'intérêt d'équiper les cabinets de médecine générale en matériel d'urgence. La plupart des études sont d'origine étrangère et prennent par conséquent, comme référence un système de santé et une prise en charge des urgences vitales très différents du notre. Nous avons voulu établir notre questionnaire à partir des données de la littérature. Le fait que notre bibliographie soit pauvre sur le sujet a pu limiter la pertinence de certaines questions.

Il existe un biais de sélection inhérent à la méthode de sélection des médecins généralistes. En effet, la sélection fut basée sur la motivation des médecins à répondre. On peut supposer que les répondants sont peut-être les plus intéressés par la question car plus investis en général dans la prise en charge des urgences vitales que la moyenne des médecins généralistes. De plus, 10 des répondants sont des médecins qui prennent des gardes de régulation médicale au SAMU de ROUEN.

Il existe un biais de classement sur la version papier/internet versus téléphone. En communiquant par téléphone les médecins ont pu nous interroger et avoir des précisions sur des questions qui auraient pu avoir été mal comprises sur papier ou par internet. Cela a pu leur permettre d'adapter leur réponse au sens réel de la question posée.

Cette étude est essentiellement descriptive, et une étude plus approfondie serait nécessaire pour établir des liens de causalité.

VI) Conclusion

Les généralistes considèrent leur rôle comme primordial dans la prise en charge d'une urgence vitale mais ne souhaitent pas nécessairement être plus impliqués qu'actuellement dans le domaine de l'urgence.

Face à une urgence vitale, les médecins généralistes considèrent devoir au minimum alerter et entrer en communication avec le SAMU. La majorité d'entre eux souhaite débiter une prise en charge au cabinet.

Le médecin est impliqué face à une urgence et ne se contente pas de réorienter son patient vers le centre hospitalier le plus proche. Il en va autrement quand son patient est en détresse vitale à son domicile. Le médecin considère alors que sa prise en charge relève surtout des prérogatives du SAMU.

Bien que les médecins généralistes se sentent impliqués dans la prise en charge d'une urgence vitale en ville, ils ne disposent pas d'un équipement adéquat à cause du coût d'achat et d'entretien que cela engendre. On peut supposer qu'une aide à l'achat, à l'entretien et éventuellement au stockage du matériel d'urgence pourrait permettre de rééquilibrer cette situation.

Le manque de temps, le manque d'expérience et le manque de formation représentent pour les médecins des freins à la prise en charge des urgences vitales.

Seulement un peu plus de la moitié des médecins généralistes se sent apte à proposer une prise en charge adaptée à un patient en situation d'urgence vitale.

Avoir reçu une FMC à l'urgence et le fait qu'elle date de moins d'un an permettent aux médecins d'avoir plus confiance en leurs capacités à prendre en charge une urgence vitale. Moins de la moitié des médecins généralistes suivent ou ont suivi une formation médicale continue à la médecine d'urgence, néanmoins 81% souhaiteraient suivre une FMC dans ce domaine. La majorité souhaiterait un rappel tous les 2 à 5 ans sous forme d'atelier de simulation.

Afin d'améliorer la prise en charge des urgences vitales en ville, créer et proposer des protocoles de prise en charge en accord avec le SAMU nous semble pertinent tout en développant le statut de MCS dans un cadre plus attractif.

BIBLIOGRAPHIE

1. Soo LH, Gray D, Young T, Huff N, Skene A, Hampton JR. Resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: is survival dependent on who is available at the scene? *Heart Br Card Soc.* janv 1999;81(1):47-52.
2. Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation.* août 2006;70(2):229-37.
3. Colquhoun MC. Defibrillation by general practitioners. *Resuscitation.* févr 2002;52(2):143-8.
4. Code de Déontologie Médicale. Article 9. Assistance à personne en danger (article R.4127-9 du code de la santé publique). 2012 [On-line] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/le-code-de-deontologie-medicale-915>.
5. Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. [Life-threatening emergencies at the office: implications for medical education and equipment of the primary care physician]. *Rev Médicale Suisse.* 20 août 2008;4(167):1768-72.
6. Toback SL. Medical emergency preparedness in office practice. *Am Fam Physician.* 1 juin 2007;75(11):1679-84.
7. M. Gouyon, «Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », *Etudes et résultats, DREES*, no. 471, mars 2006.
8. M. Gouyon, « Une typologie des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville. », in *Les professions de santé et leurs pratiques, Dossiers solidarité santé, DREES*, 2006, p. 61-67.
9. Soo L, Smith N, Gray D. The place of general practitioners in the management of out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* déc 1999;43(1):57-63.
10. Niegsch ML, Krarup NT, Clausen NE. The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: a cross-sectional study. *Resuscitation.* janv 2014;85(1):65-9.
11. Liddy C, Dreise H, Gaboury I. Frequency of in-office emergencies in primary care. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* oct 2009;55(10):1004-5.e1-4.
12. Bury G, Prunty H, Egan M, Sharpe B. Experience of prehospital emergency care among general practitioners in Ireland. *Emerg Med J EMJ.* juill 2008;25(7):450-4.
13. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2014.
14. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. *Can Fam Physician Médecin Fam Can.* sept 2002;48:1464-72.
15. Lakmini S, Ramanayake RPJC, Ranasingha S. Management of emergencies in general practice: Role of general practitioners. *J Fam Med Prim Care.* 2014;3(4):306.
16. Roger C, Lefrant J-Y, Bousquet PJ, Bonnet JM, Jaber S, Ripart J, et al. [Inadequacy of general practitioner training in emergency resuscitation procedures: study in 4 districts of southern France]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. juin 2008;37(6 Pt 1):929-34.
17. Ong MEH, Chan YH, Ang HY, Lim SH, Tan KL. Resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest by Asian primary health-care physicians. *Resuscitation.* mai 2005;65(2):191-5.
18. Kofler A, Rainer B, Lederer W, Wiedermann FJ, Kroesen G. Review on the importance of an emergency kit for physicians in out-of-hospital emergencies. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* déc 2006;13(6):380-2.
19. Polikipis M, Claessens B, Mols P. [The doctor's emergency bag must be simple but efficient: manual]. *Rev Médicale Brux.* sept 2007;28(4):232-40.
20. Nurmi J, Castrén M. Preparedness for cardiopulmonary resuscitation in primary care. *Scand J Prim Health Care.* juin 2004;22(2):87-90.
21. M. Potin V. Pittet P. Staeger L. Vallotton B. Burnand B. Yersin « Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier

recours » Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 20 août 2008.

22. P. Menthonnex et E. Menthonnex, « Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours », in Urgences 2010, SFMU, SAMU de France, 2010, p. 569-597.
23. Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence, NOR: SANP0620923A.
24. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales, NOR: MENZ9200733A. 2010.
25. Arrêté du 10 octobre 2000 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JORF., NOR: MENS0002592A. 2000, p. 16482.
26. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°233, NOR: MENS0402086A. 2004, p. 17076.
27. Audouin C, Bouzille G, Leloup M, Fanello S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. Pédagogie Médicale. août 2013;14(3):229-31.
28. Code de déontologie médicale - Article 11- Formation continue, Article R4127-11 du code de la santé publique.
29. « Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques », Observatoire régional de la santé; Union régionale des médecins libéraux, Pays de la Loire, oct. 2009.
30. Society for Simulation in Healthcare. Council for accreditation of healthcare simulation programs, accreditation standards and measurement criteria. Minneapolis: SSH; 2010.
31. Pr Jean-Claude Granry et Dr Marie-Christine Moll, La simulation en santé Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – Rapport 2012.
32. Médecins correspondants du SAMU : guide de déploiement | Juillet 2013.
33. Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS. Graphique n°24 : Pyramide des âges – région Haute-Normandie, CNOM 2013.
34. Le Goaziou MF. L'équipement du cabinet médical. La Revue «Exercer», Novembre/décembre 2003;67.
35. Pelaccia T, Delplancq H, Tribby E, Bartier J-C, Leman C, Dupeyron J-P. Impact of training periods in the emergency department on the motivation of health care students to learn. Med Educ. mai 2009;43(5):462-9.
36. Hunziker S, Tschan F, Semmer NK, Zobrist R, Spychiger M, Breuer M, et al. Hands-on time during cardiopulmonary resuscitation is affected by the process of teambuilding: a prospective randomised simulator-based trial. BMC Emerg Med. 2009;9(1):3.

Questionnaire

Rôle des médecins généralistes et besoins en formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie.

Le médecin généraliste se trouve parfois confronté à la prise en charge d'une urgence vitale en ville. Ce questionnaire a pour objectif de délimiter le rôle du MG dans la prise en charge d'une urgence vitale et de connaître vos souhaits en terme de formation à la prise en charge d'urgences vitales.

MODALITE D'EXERCICE ET EQUIPEMENT DU CABINET

Exercez-vous votre activité ?

- Seul
- En groupe de praticiens Nombre :

De quel matériel de diagnostic disposez-vous au cabinet ou en visite ?

- Saturomètre
- Appareil à ECG
- DEP (débit expiratoire de pointe)
- Appareil de mesure de la glycémie capillaire

De quel matériel de prise en charge d'une urgence vitale disposez-vous à votre cabinet ?

- Matériel de ventilation
- Matériel d'intubation
- Matériel de perfusion
- Adrénaline
- Antibiotiques injectables
- Oxygène
- Défibrillateur
- Matériel de nébulisation

ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE URGENCE EN VILLE

Le médecin généraliste est un acteur important dans la prise en charge d'une urgence vitale

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- En désaccord
- Tout à fait en désaccord

A l'avenir les médecins généralistes devraient être plus impliqués qu'actuellement dans la gestion des UV

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- En désaccord
- Tout à fait en désaccord

Selon vous, quels sont les freins à la prise en charge d'une UV par le MG?

<i>Tout à fait d'accord</i>	1
<i>D'accord</i>	2
<i>En désaccord</i>	3
<i>Tout à fait en désaccord</i>	4

- Manque d'expérience 1/2/3/4
- Manque de formation 1/2/3/4
- La charge émotionnelle 1/2/3/4
- Manque de temps 1/2/3/4
- Cout du matériel d'urgence 1/2/3/4
- Isolement 1/2/3/4

Autre :

Dans la prise en charge d'un patient présentant une urgence vitale, quels actes relèvent de votre rôle de MG ?

- Massage cardiaque externe 1/2/3/4
- Utilisation d'un défibrillateur 1/2/3/4
- Ventilation au masque 1/2/3/4
- Mise en PLS 1/2/3/4
- Utilisation d'oxygène 1/2/3/4

- Pose d'une perfusion 1/2/3/4
- Injection d'adrénaline 1/2/3/4
- Injection d'antibiotiques 1/2/3/4
- Mesure de la glycémie 1/2/3/4

BESOINS EN FORMATION D'URGENCE VITALE

Pour prendre en charge une urgence vitale, vous semble-t-il utile d'être formé :

- A L' attitude à avoir et la prise de décision face à une urgence vitale, (que faire, qui appeler ?...) 1/2/3/4
- Au massage cardiaque externe 1/2/3/4
- A la ventilation au masque 1/2/3/4
- A l'interprétation et utilisation de l'ECG 1/2/3/4
- A l'utilisation d'un défibrillateur 1/2/3/4
- A l'intubation 1/2/3/4
- A la pose de Voie veineuse périphérique 1/2/3/4

Il est indispensable qu'un médecin généraliste bénéficie d'une formation à la médecine d'urgence

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- En désaccord
- Tout à fait en désaccord

L'état de vos connaissances actuelles est satisfaisant pour proposer une prise en charge adaptée à vos patients en cas d'urgence vitale.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- En désaccord
- Tout à fait en désaccord

Souhaiteriez-vous bénéficier d'une FMC à la médecine d'urgence ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- En désaccord
- Tout à fait en désaccord

Si oui :

Quelles seraient vos attentes en termes de fréquence de formation continue à la médecine d'urgence ?

- Une ponctuelle
- Tous les 5 ans
- Tous les 2 ans
- Tous les ans

Quel type de formation préféreriez-vous recevoir :

- Théorique sous forme de cours interactifs
- Pratique sous forme d'ateliers de simulation
- Pratique en immersion dans un service de SMUR
- Autres

Vous êtes au cabinet, vous recevez un patient en situation d'urgence vitale quel rôle, au minimum, estimez-vous avoir à jouer ?

- Conseil au patient/famille de se rendre le plus vite possible aux urgences les plus proches
- Prise en charge diagnostique
- Initiation du traitement au cabinet
- Surveillance du patient au cabinet
- Appel des secours
- Appel du Samu
 - Appel des pompiers
 - Appel d'une ambulance

Si vous êtes appelé au cabinet par un de vos patients pour une urgence vitale quels actes relèvent de votre rôle de MG ?

- Me rendre sur place immédiatement
- Demander à l'appelant de contacter le 15
- Contacteur le 15

Seriez-vous prêt à bénéficier de la mise à disposition d'un défibrillateur semi-automatique ?

- Oui Non

Si non, pour quelles raisons ?

- Cout
- Inutilité
- Pas de formation à l'utilisation

RELATION AVEC LE SAMU

Combien de fois par an appelez vous le SAMU?

- zéro
- 1-3
- 4-6
- >6

Pour quelles raisons contactez-vous le SAMU:

- Demande d'une équipe médicale
- Demande de transport
- Conseil d'un confrère

Comment évalueriez-vous votre relation avec le SAMU?

- Qualité des conseils**
- très bon
- bon
- moyen
- mauvais
- très mauvais

- Réponse à votre demande**
- très bon
- bon
- moyen
- mauvais
- très mauvais

- Qualité relationnelle**
- très bon
- bon
- moyen
- mauvais
- très mauvais

Axes d'amélioration:

Connaissez-vous le statut de MCS ? Oui Non

« Le Médecin Correspondant du Samu est un médecin de premier recours, qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale grave. Il agit en collaboration avec le Centre 15, en amont

d'une éventuelle intervention SMUR. Il reçoit régulièrement une formation à l'urgence, il est équipé en matériel et médicaments spécifiques et est indemnisé»

Ce statut vous intéresse-t-il ? Oui Non

**Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge d'une UV
extrahospitalière?**

.....
.....
.....
.....

PRATIQUES MEDICALES :

**A Combien estimez-vous le nombre d'urgences vitales rencontrées dans l'année
2014 ?**

*Telles que, la douleur thoracique, l'AVC, la détresse respiratoire, la crise convulsive, l'état
de choc, l'arrêt cardiaque.*

- Zéro
- Une à deux
- Entre 3 et 5
- Entre 6 et 12
- Plus de 12

Faites-vous des visites à domicile ?

Oui Non

Prenez-vous des gardes ?

Régulation Terrain Non

Avez-vous une activité de médecin sapeur-pompier ?

Oui Non

Avez-vous une pratique médicale orientée ?

- Gériatrie
- Ostéopathie/chiropraxie
- Nutrition
- Psychiatrie
- Gynécologie

Autre : _____

Pratiquez-vous des désensibilisations ? Oui Non
Pratiquez-vous des anesthésies locales injectables ? Oui Non

CRITERES DEMOGRAPHIQUES

Quel est votre âge ?.....

Votre Code Postal :

Vous êtes

homme femme

A combien de minutes estimez-vous le temps d'accès au service d'urgences le plus proche ?

.....
...

Etes-vous diplômé d'une formation dans le domaine de l'urgence ?

DU oxyologie

CAMU

CMU

Autre:.....

Avez-vous fait un stage dans un service d'urgence ?

Oui Non

A quand remonte votre dernière expérience de stage ou de formation en urgence ?

<1 an

entre 1 et 5 ans

>5ans

Avez-vous participé à des séances de FMC dans ce domaine?

RESUME :

Le système de santé et la médecine d'urgence ont évolué. Le médecin généraliste semble moins investi dans la prise en charge des urgences vitales qu'auparavant. Quel rôle les généralistes haut-normands considèrent avoir dans le système de santé actuel dans la prise en charge d'une urgence vitale ? Existe-t-il pour eux des besoins en formation dans ce domaine ?

Matériel & méthodes :

Notre étude est prospective, descriptive et transversale. 211 médecins (13% des généralistes Haut-Normands) ont répondu à un questionnaire sur une période de trois mois.

Résultats :

Notre échantillon est représentatif de la population de médecins généralistes de Haute-Normandie au niveau de la répartition géographique (Chi2, p : 0.702), du sexe (Chi2, p : 0.485), de l'âge (Chi2, p : 0,998).

66% des médecins considèrent que le généraliste a un rôle important à jouer face à une urgence vitale. 56% des médecins généralistes se sentent aptes à prendre en charge une urgence vitale. 75% des répondants ont fait un stage dans un service d'urgence, 48% ont bénéficié d'une formation continue. 81% voudraient bénéficier d'une FMC à la médecine d'urgence. 72% souhaitent que la formation soit dispensée sous forme d'atelier de simulation. Les médecins se sentent plus à l'aise pour prendre en charge une urgence vitale quand ils ont suivi une FMC à la médecine d'urgence (Chi2, p<0,001), quand ils ont fait stage dans un service d'urgence (Chi2, p<0,001), quand leur formation date de moins d'un an (Chi2, p<0,05).

Conclusion :

Les médecins généralistes considèrent être des acteurs de l'urgence. Ils souhaitent bénéficier d'une formation continue régulière à l'urgence sous forme d'ateliers de simulation. Un matériel d'urgence facilement accessible et adapté aux conditions d'exercice du médecin, une bonne communication entre généralistes et SAMU sont des pistes pouvant participer à l'amélioration de la prise en charge des urgences vitales en médecine générale.

Mots clés : urgence vitale, médecine générale, formation médicale continue, simulation