



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anne MAURY

Née le 6 octobre 1990 à PARIS

**Déterminants de la
réalisation d'une
formation aux gestes
de premiers secours
par la population
majeure d'Ille-et-
Vilaine : freins,
motivations, et
attentes vis-à-vis de
leur médecin
généraliste, une
étude qualitative.**

**Thèse soutenue à RENNES
Le Vendredi 23 octobre 2020**

devant le jury composé de :

Éric WODEY

PU-PH, CHU Rennes / *Président du jury*

Patrick JEGO

PU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Erwan FLECHER

PU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Éric MENER

Professeur Associé, DMG de Rennes / *Assesseur*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Frédéric BEUNEUX

MSU, Médecine générale, Vern-sur-Seiche /
Directeur de thèse



**UNIVERSITE
BRETAGNE
LOIRE**

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Anne MAURY

Née le 6 octobre 1990 à PARIS

**Déterminants de la
réalisation d'une
formation aux gestes
de premiers secours
par la population
majeure d'Ille-et-
Vilaine : freins,
motivations, et
attentes vis-à-vis de
leur médecin
généraliste, une
étude qualitative.**

Thèse soutenue à RENNES
Le Vendredi 23 octobre 2020

devant le jury composé de :

Éric WODEY

PU-PH, CHU Rennes / *Président du jury*

Patrick JEGO

PU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Erwan FLECHER

PU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Éric MENER

Professeur Associé, DMG de Rennes / *Assesseur*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU Rennes / *Assesseur*

Frédéric BEUNEUX

MSU, Médecine générale, Vern-sur-Seiche /
Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Éric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
COGNE	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Éric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHNASKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'Urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Éric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Éric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE	François	Professeur des Universités EMERITE	Physiologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités en surnombre	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Éric WODEY,

Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger mon travail, acceptez mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick JEGO,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury, permettez-moi de vous adresser mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Erwan FLECHER,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous adresse mes sincères remerciements pour votre participation à ce jury.

A Monsieur le Professeur Éric MENER,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de vous joindre à ce jury. Je vous prie d'accepter ma sincère gratitude pour votre disponibilité.

A Monsieur le Docteur Alain CAUBET,

Pour me faire l'honneur de prendre part à ce jury. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté si promptement.

A Monsieur le Docteur Frédéric BEUNEUX,

Pour avoir dirigé ma thèse, et contribué à l'aboutissement de ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Clémentine RIFLART, ma co-thésarde,

Merci d'avoir fait équipe avec moi, et merci pour ton enthousiasme pour ce projet de thèse !

Aux quatorze personnes qui ont accepté de me donner de leur temps pour participer aux entretiens et contribuer à mon travail, un grand merci.

Merci aux médecins généralistes qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale :

Avant tout le Docteur Martine Thomazon, mon médecin depuis l'enfance, au contact de qui c'est devenu une évidence pour moi.

Puis mes maîtres de stage qui m'ont confortée dans cette voie, et apporté de précieux conseils : les Docteurs Etienne Maes, Fanny Jebli, Anne-Hélène Rault-Michard, et Alain Le Noan.

Merci aussi aux équipes qui m'ont accueillie au sein de leurs services au cours de mon internat, et m'ont fait tant aimer le travail d'équipe.

A ma mère, merci pour tes mots justes et ton soutien, et surtout merci pour ta force et ton amour inconditionnel, qui m'ont portée, toujours. Je suis fière et si reconnaissante d'être ta fille.

A Simon, merci pour ton soutien et ta patience, que je suis heureuse de t'avoir à mes côtés !

Aux autres membres de ma toute petite famille : ma grand-mère (enfin Docteur !) et Christophe.

A mes amis à Nantes, dix ans déjà que j'ai la chance de vous avoir, et nous voilà enfin presque tous réunis.

A mon amie Morgane, un jour je l'espère, nous pourrons travailler ensemble !

A mes co-internes et amies Agathe et Paola, dont la présence a été si réconfortante et réjouissante pendant l'internat.

A mes amis ici et ailleurs, je ne peux pas tous vous citer mais vous m'êtes très chers, merci pour toutes ces belles rencontres !

Résumé

Contexte : La formation aux gestes de premiers secours est insuffisamment suivie en France, ce qui se traduit par une perte de chance pour les victimes, notamment en cas d'arrêt cardio-respiratoire.

Objectif : L'objectif de l'étude était d'étudier les déterminants de la réalisation d'une formation aux gestes de premiers secours, et d'évaluer le rôle du médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de la population majeure d'Ille-et-Vilaine. Quatorze participants ont été recrutés par un questionnaire en ligne, diffusé dans le cadre de l'étude quantitative conjointe réalisée par Clémentine Riflart. Les entretiens ont été menés entre avril et juin 2020. Les données ont été analysées de façon thématique, après un double codage des verbatims.

Résultats : L'étude a mis en évidence l'importance des gestes de premiers secours et de leur apprentissage dans la population générale. Des freins à la réalisation d'une formation ont été identifiés, dont le manque de sollicitation, le manque de disponibilité, le coût de la formation et l'appréhension des situations d'urgence. Parmi les sollicitations souhaitées, la formation dans le cadre du travail suscitait le plus l'adhésion, et une obligation de formation a été évoquée. La formation des enfants dans le cadre scolaire a été plébiscitée. Les participants ont souligné le manque de visibilité des formations, et la nécessité de répéter des campagnes de prévention. Peu de participants avaient imaginé leur médecin généraliste jouer un rôle dans ce cadre. Néanmoins, la mise en place d'une information en salle d'attente, et d'un conseil minimal pour des populations ciblées, ont été jugés pertinents et adaptés.

Conclusion : Des mesures se mettent en place pour généraliser la formation aux gestes de premiers secours, mais semblent insuffisantes. Le médecin généraliste pourrait participer à la promotion de l'information sur les gestes de premiers secours, notamment par le biais d'un conseil minimal.

Abstract

Background : First aid training is lacking in France. This results in lower chances of survival for the victims, especially in the case of cardiopulmonary arrest.

Aims : We aimed to qualitatively explore the factors influencing first aid training implementation and evaluate the role of the general practitioner.

Methods : Fourteen adults living in Ille-et-Vilaine were included via an online survey deployed as part of a joint quantitative study, conducted by Clémentine Riflard. Semi-structured one-on-one interviews were conducted between April and June 2020. The interviews were audio-recorded, transcribed verbatim and analysed by two researchers using thematic analysis.

Results : This study highlighted how important first aid skills and training are in the overall population. Obstacles to carrying out training have been identified, including lack of solicitation, lack of availability, training costs and fear of emergency situations. Among the desired solicitations, work-based training was the one that received the most support. It was suggested that training should be made mandatory. Children's training in the school setting was widely approved. The participants stressed the lack of exposure of the trainings and the need of repeated prevention campaigns. Few participants had envisioned their general practitioner in this setting. The implementation of information in the waiting room, and a minimal advice for targeted populations, were nevertheless considered relevant and appropriate.

Conclusions : Actions are being implemented to extend first aid training but appear to be insufficient. The general practitioner could be involved in first aid training information and promotion, particularly by providing minimal advice.

Table des matières

Remerciements	6
Résumé	8
Abstract	9
Table des matières	10
Introduction	11
Matériels et méthodes	13
1. Type d'étude	13
2. Population de l'étude	13
3. Guide d'entretien	13
4. Collecte et analyse des données	14
5. Ethique	14
Résultats	14
1. Caractéristiques de l'échantillon	14
2. Analyse des données	14
a. La description des gestes de premiers secours et leur importance	14
b. La formation	15
c. Les motivations	16
d. Les freins	17
e. Face à une situation d'urgence	17
f. Les incitations souhaitées	19
g. Le rôle du médecin généraliste	21
h. Avis sur la question de recherche	24
Discussion	24
1. Forces et limites de l'étude	24
a. Forces de l'étude	24
b. Limites de l'étude	25
2. Analyse des principaux résultats et comparaison avec la littérature	25
a. Formation aux gestes de premiers secours	25
b. Face à une situation d'urgence	26
c. Freins et motivations	27
d. Les incitations souhaitées	29
e. Le rôle du médecin généraliste	31
Conclusion	33
Bibliographie	34
Glossaire	39
Annexes	40
Annexe 1 : Formations proposées aux citoyens et ministères de gestion	40
Annexe 2 : Guide d'entretien	41
Annexe 3 : Formulaire d'information et consentement	42
Tableau 1 : Description des participants	43
Liste des tableaux	
Tableau 1 : Description des participants	43
Liste des figures	
Figure 1 : La chaîne de survie	11

Introduction

Les gestes de premiers secours (GPS) sont définis comme étant l'ensemble des actions et mesures d'évaluation effectuées sur des personnes victimes d'un problème compromettant à court terme leur état de santé, par exemple un arrêt cardio-respiratoire (ACR) (1,2).

L'arrêt cardio-respiratoire est défini par l'interruption, en générale brutale, de toute activité mécanique efficace du cœur (3). En France, plus de 40 000 arrêts cardiaques sont recensés chaque année (4,5). L'ACR extrahospitalier touche majoritairement les hommes, avec un âge moyen de 65 ans, et la survenue se fait principalement à domicile (3,4,6). Sa prise en charge fait l'objet de recommandations internationales régulièrement actualisées, pourtant, le taux de survie global n'a pas changé de manière significative en près de trois décennies (3,7,8).

La survie après un arrêt cardiaque dépend d'une séquence d'interventions. Le concept de chaîne de survie met l'accent sur le fait que toutes ces interventions, sensibles au facteur temps, doivent être optimisées pour maximiser les chances de survie (9).

Il existe quatre maillons à cette chaîne :

- 1- Reconnaissance précoce et appel à l'aide
- 2- Réanimation cardio-pulmonaire précoce
- 3- Défibrillation précoce
- 4- Soins post-réanimation



Figure 1 : La chaîne de survie (9)

Aujourd'hui, 80 % des décès d'origine coronaire surviennent en dehors de l'hôpital (10,11). Un témoin est présent dans 70 % des cas, mais celui-ci ne débute un massage cardiaque que dans environ 4 cas sur 10, et l'utilisation d'un Défibrillateur Automatique Externe (DAE) est extrêmement rare (1 %) (3,4). Pourtant, les données actuelles suggèrent que l'initiation précoce de la réanimation cardio-respiratoire peut réduire la mortalité (8,12). En effet, la survie après un ACR extrahospitalier est significativement augmentée lorsqu'il existe un témoin, notamment lorsque celui-ci réalise un massage cardiaque. L'application d'un DAE est quant à elle associée à près d'un doublement de la survie (7,13). La précocité de la réalisation de ces gestes de premiers secours après l'effondrement de la victime est essentielle (13). Au-delà de 5 minutes d'arrêt du cœur sans tentative de réanimation, les lésions cérébrales deviennent irréversibles (14). Si la réanimation n'est pas réalisée dans les 10 minutes, le taux de survie est proche de zéro (15).

Le citoyen est le premier maillon de la chaîne de survie. Or une enquête menée par l'Institut français d'opinion publique (IFOP) en 2016 révélait que seul 53 % de la population majeure avait suivi une formation aux gestes de premiers secours (16). Le taux de formation de la population française est parmi les plus bas d'Europe (17-19). La formation est inégale, non seulement d'un pays à l'autre, mais également d'une région à l'autre au sein d'un même pays (20,21). C'est le cas en France, où il existe une hétérogénéité majeure du taux de survie entre les différentes régions : il varie en effet de moins de 10 %, à plus de 40 % (21).

En France, il existe plusieurs formations à destination du citoyen, toutes gérées par des ministères différents : Apprendre à Porter Secours (APS), Alerter Masser Défibriquer (AMD), Initiation aux Gestes de Premiers Secours (IGPS) et Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1) (Annexe 1) (19). Ces modules varient de 1 heure pour l'AMD à 7 heures pour le PSC1, qui est la plus développée des formations dispensées aux citoyens, et dont le coût est de 60€ en moyenne. Ce coût est à la charge exclusive du citoyen qui engage la démarche de formation (19,22).

Il existe de nombreux organismes délivrant ces formations : l'Association nationale des premiers secours, la Croix-Rouge française, la Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France, la Fédération des secouristes français (Croix Blanche), l'Ordre de Malte, la Protection civile, les Sauveteurs en mer, la Fédération française de sauvetage et de secourisme, etc. (22,23).

Il est recommandé aux personnes qui ont déjà suivi une formation aux GPS de suivre un programme de recyclage tous les 5 ans, comme le préconise l'Académie nationale de médecine (4,24).

Les années 2015 et 2016 ont marqué un tournant dans la sensibilisation du grand public. Après les attentats qui ont frappé la France, de nombreux français ont exprimé le souhait de connaître les gestes utiles pour sauver des vies (17,25). En 2016, le gouvernement a fait de ce sujet « *une grande cause nationale* » avec la mise en place d'une campagne de formation ayant pour but de « *diffuser au plus grand nombre la connaissance de ces gestes et faire de ces citoyens un premier maillon de la chaîne des secours* » (17). Cette campagne a permis de former 73 822 personnes sur l'ensemble du territoire national en 2016 (25,26). Un module de sensibilisation aux « *Gestes Qui Sauvent* » d'une durée de 2 heures a été institué, pour toucher un plus large public (27).

L'objectif annoncé est de former 80 % de la population aux gestes qui sauvent (28). De nouvelles réformes ont été mises en place dans ce sens, et rendent notamment obligatoire la formation des plus jeunes. L'Education nationale tient un rôle essentiel, avec une sensibilisation aux gestes qui sauvent par l'APS dès le primaire pour tous les enfants scolarisés, puis la formation PSC1 proposée au collège avec à minima une sensibilisation aux gestes qui sauvent, et enfin une formation continue au lycée, basée sur les connaissances de la PSC1 (29,30). Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la mise en place d'une formation aux gestes de premiers secours dès l'école primaire (31-33). Le gouvernement s'est également engagé à ce que 80 % des agents de la fonction publique soient formés d'ici 2021 (28). Pour le reste de la population, la formation aux gestes de premiers secours est globalement basée sur le volontariat. Comme nous l'avons vu, elle est peu suivie. Dans l'hypothèse où l'intégralité de la formation repose sur le système scolaire, un objectif de 80 % de la population formée impliquerait un temps de formation de 40 à 50 ans (19).

Les gestes de premiers secours ou *First Aid* sont de plus en plus étudiés, comme le montre l'augmentation exponentielle du nombre d'occurrences sur PubMed (34). Cependant, il existe peu d'études sur les moyens de sensibilisation de la population, ou encore sur les freins existant à la formation. Il paraît indispensable d'explorer les questions de l'éveil de l'intérêt aux gestes de premiers secours, et de la manière de susciter la motivation à s'y former.

Le médecin généraliste tient une place centrale dans les domaines de la prévention et de l'éducation à la santé (35). Pourrait-il avoir un rôle à jouer dans ce cadre ?

L'objectif de cette étude était d'étudier les déterminants de la réalisation de la formation aux gestes de premiers secours en Ille-et-Vilaine, et d'évaluer le rôle du médecin généraliste dans cette formation, en fonction des attentes exprimées lors d'entretiens individuels. Les freins et motivations à suivre une formation ont été analysés, ainsi que les sollicitations et moyens d'information souhaités par les participants.

Une étude quantitative a été menée conjointement par Clémentine Riflart, pour évaluer le besoin de formation aux gestes de premiers secours exprimé par la population majeure d'Ille-et-Vilaine (36).

Matériels et méthodes

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, menée auprès de 14 participants par des entretiens individuels semi-dirigés.

2. Population de l'étude

Les participants ont été sélectionnés parmi les répondants au questionnaire en ligne de l'étude quantitative réalisée conjointement par Clémentine Riflart.

Sur les 409 répondants, 101 avaient indiqué leurs coordonnées en vue d'être contactés, et 79 d'entre eux entraient dans les critères d'inclusion : être majeur, et habiter en Ille-et-Vilaine. Nous avons contacté les répondants ayant communiqué leur adresse e-mail, soit 56 personnes, avec deux relances entre février et mai 2020.

Chacun des 14 participants ayant répondu positivement a été recontacté pour convenir d'une date d'entretien. Ces entretiens ont été réalisés entre avril et juin 2020.

3. Guide d'entretien

Les entretiens se sont déroulés en trois parties : la présentation de notre sujet de thèse, le recueil des données socio-démographiques des participants, puis les questions du guide d'entretien.

Le guide d'entretien (Annexe 2) comportait huit questions dont sept questions ouvertes, et s'est enrichi au fil des entretiens.

Il cherchait à évaluer pour chaque participant : l'importance des gestes de premiers secours, le type de formation reçue, les motivations pour suivre une formation et les freins ressentis dans cette démarche, les réactions et capacités ressenties face aux situations d'urgence, le type de sollicitation et d'incitation souhaitées pour suivre ou compléter la formation, et le rôle de leur médecin généraliste.

4. Collecte et analyse des données

Les participants ont été interrogés au cours d'entretiens individuels semi-dirigés, après signature d'un formulaire de consentement (Annexe 3). En raison du contexte sanitaire de la COVID-19, les échanges ont été réalisés par visioconférence, majoritairement via Skype®.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

La partie audio a été enregistrée numériquement, puis les entretiens ont été retranscrits manuellement en verbatim, sur le logiciel de traitement de texte Word®. L'anonymat des participants a été respecté.

Une analyse thématique des données a permis de faire émerger des thèmes et sous-thèmes d'analyse, puis un double codage de l'ensemble des entretiens a été réalisé selon une grille de codage.

5. Ethique

Ce travail a reçu l'accord du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes (Avis n° 20.26). Une information de conformité a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Les 14 participants aux entretiens ont été inclus dans l'étude.

Ils étaient âgés de 26 à 65 ans, avec une majorité de femmes (3 hommes et 11 femmes), et 3 d'entre eux exerçaient un métier en lien avec la santé.

Les caractéristiques des participants, ainsi que le type et l'ancienneté de leur formation, sont précisés dans le tableau 1.

2. Analyse des données

L'analyse des données a permis de faire émerger sept thèmes. Nous présentons pour chacun d'eux les principaux résultats.

a. La description des gestes de premiers secours et leur importance

Les gestes de premiers secours étaient généralement décrits comme une conduite à tenir avec des gestes ou des actions à réaliser en situation d'urgence. Leur connaissance permettait de savoir réagir

sans paniquer, et sans aggraver la situation, ce qui s'avérait essentiel pour les participants. Le fait de donner l'alerte ou d'appeler les secours était considéré comme une priorité dans 8 des 14 entretiens.

« Ce sont des petits gestes ou des petits réflexes auxquels on ne pense pas forcément, et qui ont deux avantages, d'abord l'avantage de ne pas s'affoler justement, et d'avoir un petit peu un protocole à suivre » (E5).

« Avoir les bons gestes face à une situation qui est un peu difficile » ; « C'est face à un accident, savoir exactement qu'est-ce qu'il faut faire ou ne pas faire plus exactement » (E10).

Le fait de pouvoir aider autrui était aussi mis en avant : *« Si je peux aider quelqu'un qui en a besoin (...) faire ce que je peux, à mon niveau » (E4).*

Les gestes de premiers secours étaient considérés comme importants par 12 des 14 participants, que ce soit dans la vie quotidienne ou au travail. Certains participants ont utilisé les termes de *« vital » (E1)* ou *« essentiel » (E11)*.

Il y avait quelques réserves chez deux participants, dues en partie au fait que l'utilité dans la vie courante ne leur apparaissait pas évidente : *« J'en ai pas vraiment besoin dans la vie de tous les jours » (E8) ; « C'est certainement quelque chose d'important, mais dont personnellement je ne suis pas préoccupé, parce qu'en fait j'ai toujours été un petit peu allergique à tout ce qui est médical » (E2).*

C'était rarement un sujet de préoccupation ou de discussion pour les participants, sauf pour ceux qui avaient été confrontés plusieurs fois à des situations d'urgence.

Plusieurs ont souligné l'importance que tout le monde soit formé, pour savoir réagir et appliquer les gestes qui sauvent :

« Même si on n'a pas forcément les automatismes, je pense, en population générale, c'est bien justement d'avoir quand même un minimum de connaissances » (E9).

« J'ai toujours eu l'impression qu'on était vraiment pas assez formé euh... aussi bien en population générale que, que en, dans nos études de médecine » (E11).

« Si tout le monde savait les faire, ces gestes-là je pense que vraiment... on gagnerait des vies probablement » ; « On en parle, mais tout le monde devrait savoir les gestes de base » (E14).

b. La formation

Parmi les participants, trois n'avaient suivi aucune formation aux gestes de premiers secours, cinq en avaient suivi une seule, six en avaient suivi deux ou plus. L'un d'eux ne se souvenait pas du type de formation suivie, ni de son ancienneté.

Les moyens de formation étaient peu diversifiés. Huit participants s'étaient formés dans le cadre de leur travail, dont quatre en raison d'une obligation professionnelle (domaine de la santé ou accueil d'enfants).

Un participant observait : *« C'est quelque chose qui est rentré dans les entreprises » (E12).*

Une participante avait suivi une formation obligatoire dans le cadre scolaire, un s'était formé dans le cadre associatif, et une s'était formée à son initiative personnelle, par l'intermédiaire des Sapeurs-Pompiers.

La Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD) a été le moyen de formation initial de trois participants, qui ont ensuite tous renouvelé la formation dans le cadre de leur travail.

À noter que parmi les participants ayant suivi une formation, trois ont précisé qu'elle avait été prise en charge financièrement, mais la question n'a pas été posée de façon systématique.

Pour ce qui est des sollicitations que les participants avaient reçues pour se former : six avaient reçu une ou plusieurs sollicitations par le biais de leur travail, une au lycée lors de sa scolarité, mais aucun ne se souvenait d'autres types de sollicitations.

Trois ont mentionné le fait que leur statut (embauche récente, contractuel de la fonction publique, etc.) ne leur permettait pas d'avoir accès aux formations proposées sur leur lieu de travail.

Concernant les organismes proposant des formations au public, la moitié des participants a cité au moins l'un d'entre eux (en grande majorité les Pompiers), et l'autre moitié ne savait pas à qui s'adresser pour se former.

Dans les deux cas, ils ont souligné le manque d'information sur les offres et possibilités de formation, et le fait que ce n'était pas évident de faire la démarche spontanément.

c. Les motivations

Nous avons répertorié deux types de motivations. D'une part, les motivations personnelles qui ont amené ou amèneraient les participants à suivre une formation, et d'autre part, les motivations qui, selon eux, conduiraient la population dans son ensemble à en suivre une.

Les motivations personnelles conduisant à suivre une formation aux gestes de premiers secours étaient très diverses.

Sept participants ont évoqué la nécessité de savoir réagir en cas de confrontation à une situation d'urgence inopinée :

« Le jour où ça vous arrive, si vous avez le minima bah au moins c'est moins stressant » (E12).

« Être un petit peu moins pris au dépourvu en cas de besoin » ; « Vraiment la motivation c'est ça : de pas être complètement démunie » (E2).

« Quand j'étais dans le secteur associatif (...) j'étais plus motivé parce que je me disais que ça pouvait me servir au jour le jour » (E3).

Quatre participants ont évoqué leurs proches, en particulier si un membre de leur entourage avait des problèmes de santé : *« En tant que maman j'en ai ressenti le besoin aussi bah parce que y'a des accidents domestiques assez fréquents » (E5) ; « Mon père a des problèmes de santé » (E1).*

Cinq participants ont cité leur travail, soit parce que leur métier était en lien avec la santé, soit parce que leur entreprise proposait et encourageait la formation.

Trois participants ont évoqué le souhait d'aider et se rendre utile, et un participant a cité l'obtention d'un label pour un club sportif qu'il encadrerait.

Globalement, les motivations qu'ils imaginaient pour la population générale étaient les mêmes : essentiellement les proches, le travail et la possibilité d'être confronté à tout instant à une situation d'urgence.

d. Les freins

Parmi les freins personnels majeurs ont été cités les manques de sollicitation et/ou d'information sur les formations aux gestes de premiers secours :

« *Je pense qu'il n'y a pas assez de personnes qui me l'ont proposé* » (E1).

« *Y'a pas de communication clairement là-dessus* » (E3).

« *On n'entend pas beaucoup parler hein de ça* » (E7).

Le manque de disponibilité et de temps pour suivre une formation ressortait ensuite :

« *C'est le temps qui manque (...) c'est à des horaires où quand vous travaillez le soir c'est impossible* » ;

« *pour aller faire des formations faut prendre des congés* » (E14).

« *On m'a repropose dans le cadre de mon travail des remises à jour et... et à chaque fois j'ai été obligée de refuser parce que ça ne correspondait pas à mon emploi du temps* » (E5).

Certains participants n'envisageaient pas de suivre une formation aux GPS car ils jugeaient qu'ils ne pourraient pas la mettre en pratique en situation d'urgence. Ils invoquaient des raisons physiques ou psychologiques :

« *J'aurais peut-être pas pu euh assurer de toute façon (...) je ne suis pas capable (du fait d'un handicap physique)* » (E4).

« *J'ai une appréhension par rapport à ça* » ; « *tout bêtement je ne me vois pas faire ce geste-là euh de façon professionnelle* » (E10).

« *Moi s'il y a une blessure je me sens pas bien donc je ne serais pas très opérationnel* » (E2).

D'autres participants ne percevaient pas son utilité, ou se sentaient moins concernés par le sujet :

« *Moi non parce que je suis en retraite* » (E4).

« *J'en ai pas vraiment besoin dans la vie de tous les jours (...) je suis un petit peu casanière* » ; « *Ici il n'y a pas assez de monde pour ça* » (E8).

Ont également été évoqués le coût des formations et la difficulté d'y accéder au sein des entreprises :

« *Si on veut la refaire c'est à nous de faire une demande et tout ça, et faut attendre qu'il y ait des places et tout, et elle est payante* » (E7).

« *C'est un coût quand même* » (E8).

Un participant a cité la peur de la responsabilité engendrée par le fait d'être formé, qui sous-entendait une obligation d'agir en situation d'urgence.

Les freins qu'ils imaginaient pour la population générale étaient dans l'ensemble les mêmes: le manque de sollicitation, le manque de temps, l'appréhension et le coût de la formation.

e. Face à une situation d'urgence

Dans l'ensemble, les participants avaient été confrontés au moins une fois à une situation d'urgence.

Les situations décrites étaient diverses mais avaient toutes nécessité des gestes de premiers secours.

La réaction majoritaire était la panique (10 des 14 entretiens), avec l'inaction qui en découlait :

« *J'étais assez choquée* » ; « *le fait de ne pas trop savoir quoi faire c'est...comment est-ce qu'on gère la panique (...) comment est-ce qu'on gère le stress que ça génère chez nous* » ; « *je ne savais même pas quel conseil lui prodiguer* » (E13).

« *On se sent tellement diminué, on ne sait pas quoi faire ! on ne sait pas comment réagir* » (E1).

« *C'est pas moi qui me suis jetée sur le patient pour faire le massage cardiaque, c'est l'infirmière à côté de moi, et du coup je me suis dit « bah qu'est-ce que t'attendais ! » » ; « on est plus en état de choc » (E11).*

Plusieurs participants ont dépassé leur stress, leur permettant d'être actifs. Ils ont ainsi pu alerter et sécuriser les lieux, comme dans la majorité des cas, ou prodiguer des soins.

Lorsqu'ils ont été interrogés sur les possibles causes d'inaction de la population générale en situation d'urgence, le terme « *panique* » ressortait de nouveau :

« *La première chose qui me vient à l'esprit c'est c'est la panique, le fait d'essayer de se souvenir de ce qu'on a... de ce qu'on a vu auparavant, enfin on bloque quoi* » (E8).

« *Il y a une part de sidération* » (E11).

Le choc ressenti face à un événement inattendu potentiellement grave pouvait inhiber les réactions des témoins, avec des peurs de différentes natures : le manque de pratique et donc de réflexes, ou encore la peur de mal faire et d'aggraver la situation.

« *Quand on est vraiment incompetent, à la limite on, on peut assez facilement se dire qu'on va aggraver les choses* » (E2).

« *Je pense que c'est la première chose : ils ont peur de d'aggraver la situation (...) on m'a beaucoup répété dans ma jeunesse que les gens aggravaient les choses* » (E5).

« *C'est aussi de ne pas le faire souvent finalement* » (E6).

« *Il y a un manque de formation, les gens vont avoir peur (...) on est pas habitué* » (E14).

Deux participants ont également évoqué le dégoût inspiré par le bouche-à-bouche, et la peur de contamination associée.

Deux participants ont exprimé leur incompréhension face à l'inaction des autres.

« *On pensait pas que les gens resteraient comme ça à ce point sans sans...(Sans réagir)* » (E11).

« *On était que deux sur quand même une vingtaine à se mettre à l'eau.* » ; « *Là je me suis senti quand même déconvenu par rapport à ça* » (E10).

Ce participant, qui raconte avoir porté secours à une personne dont la voiture était tombée dans une rivière, a été fortement marqué d'avoir été un des seuls à réagir. Il avait pourtant exprimé au cours de l'entretien sa peur de pratiquer des gestes de premiers secours, et expliquait qu'il ne souhaitait pas s'y former.

Un seul participant avait la notion de l'existence du projet de loi de 2018 dit du « *Bon samaritain* » ou du « *Citoyen Sauveteur* », qui vise à protéger d'un point de vue légal la personne qui porte secours à une victime, en cas de préjudice. En revanche, tous y étaient favorables. Aucun n'avait pensé à la peur de retombées légales comme cause d'inaction face à une situation d'urgence.

Nous avons voulu connaître leur capacité ressentie à mettre en pratique des gestes concrets comme le massage cardiaque, et l'utilisation d'un défibrillateur.

Les réponses étaient globalement négatives pour ce qui était du massage cardiaque. Seuls quatre participants estimaient en être capables, les autres étaient soit catégoriques sur leur incapacité à le pratiquer, soit indécis tout en précisant qu'ils essaieraient si besoin :

« *Aujourd'hui non, j'aimerais savoir, mais non je ne sais pas faire* » (E1).

« Dans l'état actuel de mes connaissances euh je sais pas » ; « Si j'étais tout seul ... je suppose que j'essaierais » (E2).

« Non, j'essaierai de le faire, mais je ressens surtout le besoin de refaire une formation » (E5).

Pour ce qui était de l'utilisation d'un défibrillateur, les réponses étaient partagées :

« Je suis pas sûre de prendre le défibrillateur et de, de l'utiliser, même en lisant le mode d'emploi, je suis pas sûre » (E6).

« Je ne sais pas, après j'imagine qu'il y a une notice, mais est ce qu'on a le temps de lire la notice dans ces situations-là ? » (E1).

« Ça je n'utiliserai pas » ; « j'aurais peur » ; « je ne saurais absolument pas l'utiliser » (E13).

Plusieurs participants avaient déjà regardé la notice pour se préparer à une éventuelle utilisation.

Ils étaient aussi nombreux à avoir repéré les défibrillateurs sur leur lieu de travail ou à proximité de leur lieu de vie (9 sur 14), y compris ceux qui n'étaient à priori pas intéressés par ce sujet.

Globalement, ils connaissaient les lieux publics dans lesquels on pouvait trouver un défibrillateur.

En revanche, ils ne se sentaient pas forcément capables d'en trouver un dans l'urgence, et n'avaient en grande majorité pas connaissance des applications mobiles répertoriant les défibrillateurs, comme « *Staying Alive* ».

f. Les incitations souhaitées

Nous avons cherché les incitations souhaitées par les participants, qui pourraient les motiver à se former aux gestes de premiers secours.

Dans l'ensemble, ils avaient le sentiment d'un manque de sollicitation extérieure :

« Qu'on me fasse la proposition déjà ! » ; « Peut-être cette démarche là que vous faites ! Parce que moi j'y pensais pas donc euh... ça peut suffire hein d'avoir un... une petite sollicitation quoi » (E1).

« Je pense qu'on n'en parle pas assez » ; « Si on en parle partout, si il y a de la « pub » entre guillemets partout, ça amène la curiosité » (E6).

« Si je voyais une annonce, quelque chose, j'y penserais » (E14).

À l'exception d'un entretien, il n'est pas ressorti de volonté de se former spontanément, et les participants étaient nombreux à attendre une sollicitation de la part de leur employeur ou sur leur lieu de travail.

« Je pense que ça devrait être quelque chose qui se fait dans... n'importe quelle profession » (E1).

« Si on me propose un certain nombre de créneaux pour le faire, je pense que je ne me poserais pas beaucoup de questions » (E3).

« Le département ne nous offre pas la possibilité, je demande chaque année pour le principe (...) il devrait y avoir plus de formations » (E13).

Certains proposaient l'obligation de formation comme une solution :

« Obligatoire pour tout le monde, et à plus forte raison pour tous les métiers de l'éducation, pour tous les métiers de l'animation, enfin voilà, tous les métiers où on est amené à être en contact avec beaucoup de gens quoi » (E5).

« C'est vrai que, voilà, il faudrait qu'il y ait une forme de contrainte (...) une forme d'obligation » (E3).

Une personne a suggéré la gratuité de la formation pour la rendre plus accessible, et une autre de la rémunérer.

Les participants ont souvent souligné le besoin de répéter la formation pour maintenir leurs connaissances à jour, proposant une fréquence de tous les deux ans, voire tous les ans :

« Si on est peut-être plus encadré à ce niveau-là, disons tous les ans ou tous les deux ans, bah ce serait bien » (E1).

« Je crois qu'il faut la refaire chaque année, je crois (...) c'était de la redite un peu, mais c'est toujours bien d'avoir de la redite » (E8).

« Je pense qu'il faut s'actualiser quand même régulièrement, en plus ça change, les recommandations » (E9).

Une participante critiquait le fait que les formations étaient très denses et ne permettaient pas de tout retenir : « Elle est trop courte, enfin ... faut assimiler plein de choses, et en peu de temps (...) j'ai pas eu le temps de prendre des notes sur ce que je voulais retenir » (E8).

Pour ce qui est des vecteurs de sensibilisation qu'ils jugeaient convaincants, le plus important était leur emploi :

« Je pense qu'il faut que ça passe par mon employeur » (E3).

« Je pense que au travail, dans les entreprises, ce serait peut-être le premier (...) interlocuteur » (E9).

« Toute entreprise devrait, devrait proposer à tous ses, à tous les salariés des formations de cet, de cet ordre-là » (E11).

Les campagnes de prévention étaient jugées importantes, et certaines citées en exemple :

« Campagne voire campagne télévisée ou radio ou... ça reste quand même des vecteurs importants de de communication quoi » (E2).

« Vous voyez là avec le Covid, on en reparle, on parlait du fait que ce soit... que sur les réseaux sociaux, on avait toujours la petite phrase sur le Covid » (E8).

« En fait au même titre que la sécurité routière » ; « Moi je fais un parallèle avec... par exemple les campagnes qu'on a eues pendant des années sur le VIH, ou en ce moment « Mangez cinq fruits et légumes par jour » » (E13).

« Comme pour les dons du sang, tout ça, pour les plaquettes tout ça, ils le font dans toutes les communes, ça amène du monde » (E1).

Puis ont aussi été citées les actions au niveau local, par exemple dans leur commune, dans les lieux publics ou encore lors d'évènements culturels :

« Ce serait (bien), qu'au niveau de la municipalité ils puissent faire des choses comme ça » (E1).

« Des affiches dans tous les lieux collectifs et évidemment salles d'attente, et écoles, et même salles de concert peut-être, dans les dans les couloirs d'attente, dans tout ce qui donne lieu à des rassemblements » (E5).

Les participants ont été nombreux à présenter la formation des plus jeunes, dès l'école, comme le meilleur vecteur de sensibilisation de la population :

« *C'est une bonne chose aussi que les enfants sachent (...) le meilleur moyen c'est les enfants* » ; « *Le fait que ça se mette en place dans les écoles, ça va se mettre en place chez les adultes* » (E8).

« *C'est des choses qui devraient être travaillées à l'école* » ; « *pour favoriser la propagation de ce genre de de de campagne de prévention, c'est l'école (...) enfin pour moi l'école... c'est le point de départ* » (E13).

Deux participants avaient le sentiment que la France avait du retard dans le domaine de la prévention et de la formation des plus jeunes, en comparaison avec d'autres pays.

Les médias étaient cités comme des moyens efficaces de sensibilisation, majoritairement la publicité et la télévision :

« *Je trouve que même dans les médias, à la télévision, on n'en parle pas assez. On ne le voit pas, enfin je trouve hein, je trouve qu'on en fait pas la pub !* » (E1).

« *La télévision, les gens sont toujours devant leur télé, je pense (...) des grandes émissions, voire même dans les journaux télévisés aussi, c'est ce que les gens regardent le plus* » (E4).

« *Je trouvais ça super la pub qu'ils avaient fait c'était, c'était en Angleterre sur euh comment, le massage cardiaque, sur la musique de, pour être en rythme etc. enfin je pense que voilà ça c'est des choses qu'il faut, qu'il faut absolument faire (...) qui diffusent pas du tout en France* » (E11).

« *Des spots qui sont très très percutants, voire même un peu choquants parfois, ça reste quand même à l'esprit* » (E13).

Mais également la presse, la radio, les applications mobiles et le bouche à oreille.

Trois participants ont suggéré les cabinets médicaux comme lieu de sensibilisation.

g. Le rôle du médecin généraliste

Les avis divergeaient quant au rôle possible du médecin généraliste : peu de participants l'imaginaient spontanément s'inscrire dans ce cadre, qui relève de la prévention, et la plupart étaient hésitants.

« *C'est assez intéressant de mettre ce sujet-là au cœur aussi des missions d'un médecin généraliste* » ; « *En termes de prévention y a le rôle du médecin généraliste, il est central* » ; « *Je trouve ça hyper intéressant comme approche. Je serais pour* » (E13).

« *Je ne me suis pas posé la question (...) si on prend son rôle sur la santé en général, oui c'est son rôle* » (E10).

« *Non je ne pense pas, c'est quelque chose à part* » (E1).

Plusieurs participants ont évoqué la charge de travail de leur médecin généraliste, ce qui leur semblait incompatible avec l'ajout d'une « mission » supplémentaire.

Aucun d'entre eux n'avait été sollicité par leur médecin sur ce sujet-là.

Dans l'ensemble, après réflexion, c'est surtout un rôle de sensibilisation qui ressortait, et seules deux personnes souhaitaient qu'il ait un rôle de formateur aux gestes de premiers secours :

« Il pourrait en parler » ; « (rôle) d'informer, de donner justement toutes les... les moyens pour pouvoir avoir accès à la formation » (E6).

« Je crois que les généralistes pourraient sensibiliser toute leur patientèle... à ces gestes-là » ; « Quand la sollicitation vient d'un professionnel, euh, bon en particulier de celui auquel on a affaire couramment, euh c'est peut-être plus convaincant » (E2).

« C'est un interlocuteur évidemment qu'il est très intéressant de côtoyer, qui est vraiment présent dans nos vies mais quand même un peu extérieur, et je trouve que le charger de cette formation-là ça peut avoir deux avantages, mieux le connaître et qu'il nous connaisse mieux, et avoir un référent qui soit vraiment spécifiquement un soignant qui est proche de nous » (E5).

Quelques-uns ont émis spontanément l'idée de mettre à disposition en salle d'attente des messages sur la formation.

Nous avons ensuite voulu savoir ce qu'ils pensaient d'une information sous forme de documentation en salle d'attente, et quelle forme leur semblait la plus adaptée et efficace.

Au total, ils y étaient tous favorables à l'exception d'un participant. D'après lui, ce n'était pas un moyen efficace de motiver les gens, notamment parce qu'il y avait déjà beaucoup d'informations en salle d'attente et qu'aucune ne ressortait clairement.

Le fait que l'attente chez leur médecin soit parfois longue a été mentionné plusieurs fois comme un argument en faveur, puisque cela permettait de prendre le temps de lire.

« On a le temps de lire tous ces prospectus, et c'est sûr que moi je... voilà je pense que les gens regardent » (E1).

« On passe quand même facilement une demi-heure, une heure dans une salle d'attente donc euh... à la limite ça rentre tout seul, même si on n'a pas envie de regarder, on finit par regarder un peu tout, hein. Ça peut, de toute façon ce serait efficace ouais » (E2).

« Personnellement quand je suis dans la salle d'attente je regarde toujours. » ; « Je trouve que d'avoir l'idée de faire cette formation-là par des affiches ou des informations, oui je trouve que ce serait une bonne idée » (E5).

Sur la question de la forme, les affiches étaient globalement perçues comme un bon moyen d'information, pouvant être marquant et permettant de délivrer des messages clés.

Pour ce qui est des flyers ou prospectus, les avis étaient plus mitigés. En effet, s'ils permettent de conserver l'information avec soi et de la consulter ultérieurement, leur impact et leur mémorisation pourraient être moindres, puisque leur lecture peut être différée. Dans ce cas, ils ne joueraient pas assez leur rôle de sensibilisation.

« Je trouve que le message se perd parmi tous les flyers qu'on reçoit, je pense qu'il faudrait quand même les cibler » (E5).

« Des affiches sur les murs, mais pas sur la table (...) les gens ils vont prendre, ils vont jeter » (E8).

« Très bien, les flyers c'est encore mieux parce qu'on les emmène, on les lit tranquillement chez soi. » (E14).

« Le flyer vous allez le prendre, vous allez le mettre dans le sac et puis un moment vous allez le ressortir et dire « Ah mince j'ai pas le temps » » (E12).

Une participante a également suggéré une télévision diffusant des vidéos dans les salles d'attente équipées.

Trois participants ont émis l'idée de les mettre à disposition dans d'autres lieux de soins également, par exemple en pharmacie ou dans les cabinets infirmiers.

Ensuite, la question de l'intérêt d'une information sur les gestes de premiers secours lors d'une consultation a été abordée : serait-elle bien accueillie, et quelles approches les participants trouvaient-ils pertinentes ?

Dans l'ensemble, ils ne souhaitaient pas de consultation dédiée. En revanche, il leur semblait adapté qu'il leur soit demandé, à l'occasion d'une consultation, s'ils étaient formés aux gestes de premiers secours, et si une formation les intéressait.

Le rôle du médecin pourrait alors être l'orientation vers les différents organismes de formation.

« Je pense pas qu'il faille une consultation justement, je pense qu'il faut que ce soient des choses qui arrivent au cours de, au cours de la consultation (...) surtout orienter vers... les, les organismes qui réalisent ces formations, ça pourrait être pertinent et favorable » (E3).

« On pourrait imaginer que ça fasse partie de notre interrogatoire, savoir si, si nos patients sont formés. Juste poser la question au moins, et s'ils seraient intéressés (...) si ça m'intéresse m'orienter vers une structure qui pourrait me proposer une formation » (E11).

Les participants ont trouvé intéressant d'aborder le sujet des premiers secours dans certains cadres relevant de la prévention, comme par exemple les consultations des jeunes parents, l'éducation thérapeutique dans des maladies chroniques ou encore les consultations pour les certificats sportifs.

« Quand j'ai vu des médecins pour mes pour mon fils qui est épileptique, ou alors quand ils se sont fait des petites choses qui ont nécessité des pansements assez élaborés, du coup ça m'aurait pas choquée que le médecin me dise : « est-ce que vous avez suivi une formation, ça peut être intéressant », enfin dans des cadres précis, pas du but en blanc bien sûr mais lié à des pathologies précises » (E5).

« Cibler peut-être une population qui est en bonne santé, qui saurait réagir (...) les jeunes parents. » (E9).

« Quand on fait une consultation qui est (...) une consultation annuelle, qui est plus de prise de licence (...) un certificat médical » (E10).

« Sur un créneau de consultation, justement sur de la prévention, il faut effectivement trouver le temps de délivrer cette information-là » ; « Dans l'éducation thérapeutique (...) il y a peut-être aussi ce public-là au niveau des aidants familiaux » (E13).

Enfin, nous leur avons demandé le type de contenu qu'ils imaginaient sur une documentation de type affiche ou prospectus, pour inciter la population à se former aux gestes de premiers secours.

Plusieurs estimaient qu'il fallait insister sur le fait que cette formation est accessible à tous, et nous concerne tous : les gestes de premiers secours sont utiles dans des situations de la vie courante, et ne relèvent pas uniquement de situations exceptionnelles.

« Bien mettre en évidence le fait (...) qu'on en a besoin y compris dans les toutes petites choses de la vie courante » (E5).

« Leur dire que cette formation elle s'adresse à tout le monde et qu'elle est accessible à tout le monde, et qu'elle peut sauver... une vie » (E8).

La majorité des participants proposait de montrer certains gestes sous forme de schémas ou pictogrammes simples, avec des messages clés comme l'appel du « 15 ».

Les participants étaient également demandeurs d'informations pratiques et concrètes sur la formation : où s'adresser, comment elle se déroule, quel est son prix. Le médecin généraliste pourrait fournir ces informations en fonction de ce qui est pratiqué localement :

« *Si on se rend compte que c'est pas très loin de chez soi (...) ça pourrait être un déclencheur* » (E3).

« *Avoir les référents (...) savoir à qui s'adresser pour avoir cette formation* » (E5).

« *Bien entendu en parlant du peu que ça coûte* » (E8).

« *Plutôt où trouver la formation, les tarifs (...) « adressez-vous à tel endroit, voilà les tarifs, le numéro de téléphone, l'adresse mail, parlez-en à votre médecin généraliste »* » (E13).

h. Avis sur la question de recherche

Les participants ont dans l'ensemble manifesté leur intérêt pour le sujet d'étude, notamment le rôle du médecin généraliste. Ils étaient demandeurs de plus d'informations sur les gestes de premiers secours, et de plus de sollicitations vis-à-vis de la formation : « *C'est une belle initiative, c'est très bien ce que vous faites* » (E1) ; « *Mais c'est vrai que c'est intéressant, d'ailleurs je pense que suite à ça je vais aller regarder, vous m'avez rendue un peu curieuse du coup* » (E12) ; « *c'est intéressant je trouve effectivement de le voir comme ça* » (E13).

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

Cette étude est à notre connaissance la seule à explorer les freins et les motivations à suivre une formation aux GPS dans la population. Une étude auprès des employés de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF) de Marseille avait suggéré que le médecin traitant puisse avoir un impact en termes de sensibilisation aux gestes qui sauvent auprès de ses patients, ou en tant que formateur, mais aucune étude n'a exploré son rôle de façon plus large (37).

La méthode qualitative est adaptée pour recueillir le ressenti et les expériences vécues de notre population, pour explorer les freins et motivations à suivre une formation aux GPS, et les avis quant au rôle du médecin généraliste.

Nos participants présentaient une diversité intéressante en termes de formation, de lieu de vie, de catégorie socio-professionnelle et d'âge.

Les entretiens étaient initialement prévus en présentiel. Nous avons dû nous organiser différemment en raison du contexte sanitaire lié à la COVID-19. Les entretiens réalisés par visioconférence ont permis aux participants de rester à leur domicile, dans leur zone de confort, ce qui a permis des réponses complètes et sincères.

L'analyse en double codage a permis de limiter la subjectivité de l'analyse des résultats.

b. Limites de l'étude

Nous retrouvons, comme dans l'étude quantitative réalisée conjointement par Clémentine Riflart, un biais de recrutement et de sélection, puisque les participants ont dans un premier temps répondu au questionnaire diffusé en ligne. Ils ont accepté de nous laisser leurs coordonnées, puis de participer aux entretiens après avoir été sollicités par e-mail. Les réponses aux questionnaires étant basées sur le volontariat, les personnes ayant répondu favorablement à la demande d'entretien étaient probablement plus sensibilisées au sujet.

Les entretiens par visioconférence ont parfois été perturbés par la qualité du réseau.

2. Analyse des principaux résultats et comparaison avec la littérature

a. Formation aux gestes de premiers secours

Les gestes de premiers secours étaient dans l'ensemble considérés comme importants par les participants, et il leur semblait essentiel que la population y soit formée, qu'ils le soient eux-mêmes ou non.

Des résultats similaires concernant la prévention des accidents de la vie courante ont été retrouvés dans une étude IFOP pour la Croix-Rouge en 2016, dans laquelle 87 % des personnes interrogées étaient favorables à un travail de prévention et de formation de la population à ces risques (16).

La majorité des personnes interrogées dans notre étude avait suivi une formation, pour la plupart dans le cadre de leur travail. Une seule personne l'avait réalisée de son initiative personnelle. Dans l'étude quantitative menée conjointement, 56,7 % des répondants s'étaient formés par le biais de leur travail, et 10,9 % s'étaient formés spontanément (36). La démarche de se former n'est pas simple à entreprendre, et au sein des entreprises, l'accès aux formations peut être freiné par le statut et l'ancienneté de l'employé.

Certains participants ont fait la comparaison avec d'autres pays et nous jugeaient « *en retard* », pointant le fait que ce n'était « *pas ancré dans notre culture* ». Le décalage entre l'importance ressentie de la formation aux gestes de premiers secours et le taux de personnes formées a déjà été décrit dans une étude réalisée en 2000 : en France, malgré un taux de formation de la population de 32 % (à titre de comparaison, il était alors de 81 % en Allemagne et 44 % au Royaume-Uni), 93 % des personnes interrogées jugeaient important l'apprentissage des gestes qui sauvent (18).

Les attitudes vis-à-vis des gestes de premiers secours sont influencées par des facteurs culturels, comme le fait remarquer un rapport de la Croix-Rouge de 2009 : il est noté une différence en termes de formation et d'organisation des soins entre d'un côté les pays nordiques et anglo-saxons, où il est observé plus d'engagement individuel et citoyen, et de l'autre les pays d'Europe du Sud et de l'Est, où des systèmes plus centralisés reposent sur les services d'urgence (38).

Selon les participants, outre la connaissance des gestes de premiers secours, la formation permettait aussi d'acquérir la capacité à réagir de façon adaptée, sans paniquer et sans aggraver l'état de la

victime. Ils avaient pour la plupart déjà été confrontés à une situation d'urgence, et la réaction qui ressortait le plus souvent était la panique, avec l'inaction qui en découlait.

La formation doit donc tenir compte de l'aspect émotionnel pour être efficace. Une étude américaine de 2018 a étudié l'impact émotionnel des formations au massage cardiaque chez des lycéens, et a montré une amélioration significative des réponses émotionnelles positives et négatives après une séance de formation : ils se sentaient plus en confiance pour réagir face à une situation d'urgence (39).

b. Face à une situation d'urgence

En situation d'urgence, l'appel aux secours semblait être une priorité pour les participants, mais les numéros d'urgence ne sont pas tous intégrés par la population. Dans une étude de 2013 sur les accidents de la route, le premier geste à réaliser était d'appeler les secours pour 55 % des sondés. Les numéros appelés étaient d'abord le « 18 », puis le « 15 » ou le « 112 », puis le « 17 ». 9 % des réponses étaient de faux numéros et 2 % d'anciens numéros des renseignements téléphoniques (40).

Le numéro d'urgence européen « 112 » est sous-utilisé en France, comme le rapportait une note d'analyse du Gouvernement de 2013, possiblement du fait de difficultés à mémoriser un nouveau numéro pour la population, alors que certains pays européens comme le Danemark ou la Suède ont opté pour le numéro d'urgence unique (41). Une gestion commune des services de secours pourrait permettre une amélioration de la communication entre les services, une « *diminution des coûts de fonctionnement et une meilleure lisibilité du système pour l'utilisateur* ». En Ile-et-Vilaine, les appels aux « 112 » sont gérés par les Sapeurs-Pompiers (42).

Plusieurs participants ont eu le sentiment d'avoir attendu longtemps les secours, dont le délai moyen d'intervention est de 13 minutes en France (17,19). Une étude suédoise de 2019 s'est intéressée aux émotions ressenties lors de l'attente de l'ambulance : la personne ayant appelé les secours pouvait ressentir une grande solitude, de la vulnérabilité ou encore de l'impuissance, et le lien téléphonique était un lien vital (« *lifeline* ») en attendant de pouvoir reporter la responsabilité au personnel qualifié (43). Dans l'étude sur les accidents de la route, 89 % des personnes avaient l'impression d'avoir pu être utiles lors de cette attente (40).

Pour ce qui est des capacités ressenties à mettre en pratique certains gestes comme le massage cardiaque et l'utilisation d'un DAE, peu de réponses positives sont ressorties, y compris chez les participants ayant reçu une formation. La formation semble ne pas suffire à lever les peurs suscitées par ces gestes particuliers. Dans le sondage IFOP de 2016, 46 % des personnes interrogées rapportaient savoir réagir en cas d'ACR pour 53 % de personnes à avoir suivi une formation, ce qui semble plus rassurant, mais les comparaisons sont à prendre avec précaution du fait du caractère déclaratif des réponses (16). Dans l'étude quantitative menée conjointement, 53,3 % des participants se sentaient assez formés pour savoir quels gestes réaliser en cas d'ACR, avec une différence significative selon qu'ils aient suivi une formation ou non (36).

À titre de comparaison, une étude norvégienne publiée en 2017 a montré que parmi ceux qui avaient été confrontés à une situation d'urgence depuis leur dernière formation, 78 % se sont sentis correctement préparés (44). 90 % de la population de l'étude était formée aux gestes de premiers secours, avec une médiane d'ancienneté de la dernière formation de 4 ans. On ne retrouvait en

revanche pas de corrélation entre ce ressenti et le nombre de formations réalisées, ni même l'ancienneté de la formation. Ce taux est cependant à relativiser puisque les résultats de l'évaluation de leurs connaissances théoriques n'étaient pas aussi satisfaisants que leurs déclarations.

Le recensement des DAE n'était pas suffisamment connu, alors que de nombreuses applications mobiles se sont développées, et que la déclaration de la localisation des DAE a été rendue obligatoire par un arrêté de 2019 (33,45-48). En revanche, il était rassurant de constater que les participants savaient majoritairement dans quel type de lieu les DAE sont situés. Plusieurs d'entre eux en avaient repéré dans leur environnement habituel, ce que l'on peut interpréter comme un signe d'intérêt et de sensibilisation aux gestes qui sauvent. Cependant, dans l'étude quantitative menée conjointement, les participants ne se sentaient majoritairement pas en capacité de trouver un défibrillateur en cas d'urgence (36).

Il semble nécessaire de familiariser le grand public à l'utilisation des DAE afin de réduire l'appréhension qu'elle suscite. Une étude publiée en 2017 avait relevé des disparités régionales majeures quant à la densité géographique en DAE et la formation de la population à l'utilisation de ceux-ci, alors qu'il y avait une corrélation significative entre ces deux paramètres et la survie des victimes d'ACR extra hospitalier. Le taux de survie était multiplié par 2 quand la densité en DAE de la région était supérieure à la médiane sur l'ensemble du territoire français, et multiplié par 4 quand le taux de formation de la population était supérieur à la médiane (49). De même pour le massage cardiaque, une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en collaboration avec le SAMU réalisée en 2013 sur 60 départements français a comparé le taux de survie des ACR survenus pendant une activité sportive (21). Cette étude a montré une variabilité de moins de 10 % à plus de 40 % de survie, et a identifié l'initiation d'un massage cardiaque comme étant le seul élément expliquant ces disparités : il avait été initié dans 15% des cas en moyenne dans les 29 départements à faible survie, et dans plus de 80 % des cas dans les 3 départements où la survie était supérieure à 40 %.

Le rapport de 2009 pour la Croix-Rouge évoquait aussi la peur d'encourir des poursuites légales, qui pourrait inhiber l'action de porter secours, mais aucun des participants de notre étude n'a cité cette crainte (38). Ils étaient en revanche tous favorables à une loi dite du « *Bon samaritain* » ou du « *Citoyen Sauveteur* », qui vise à protéger d'un point de vue légal la personne qui porte secours à une victime en cas de préjudice. Initialement proposition de loi en 2018, cette loi a été votée en juillet 2020. Elle avait été préconisée dès 2009 par la Croix-Rouge, ainsi que dans le rapport Pelloux-Faure de 2017 et celui de l'Académie nationale de médecine de 2018 (4,17,19,38).

c. Freins et motivations

Après s'être intéressé aux réactions face aux situations d'urgence, pour mieux communiquer et inciter la population à se former aux GPS, il est aussi nécessaire de comprendre les motivations et freins à la formation.

La motivation principale citée par les participants était le travail : la formation leur avait été proposée dans le cadre du travail, ou leur métier était en lien avec la santé ou le médico-social. Il est intéressant que certains participants aient cité la proposition de formation comme motivation : la sollicitation peut

suffire à susciter la motivation. Une revue systématique de la littérature réalisée entre 2000 et 2015 relevait que le secourisme occupe une place de plus en plus importante dans le milieu du travail, même si les réglementations ne suivent pas dans de nombreux pays (50).

Il ressortait aussi qu'une situation d'urgence pouvant se présenter à tout instant, il valait mieux y être préparé.

L'aspect citoyen a également été cité, ainsi que la capacité à réagir pour pouvoir porter secours à son entourage, notamment en cas de fragilités de santé, ou en ce qui concerne les accidents domestiques. Cette responsabilité civique à l'égard d'autrui a été mise en avant dans un rapport de 2010 par l'Académie nationale de médecine, qui considérait le secourisme comme une démarche civique, et souhaitait en faire une cause nationale (51).

Le manque de sollicitation ressortait comme un frein majeur. Dans l'ensemble, les participants n'exprimaient pas d'intention de se former de leur propre initiative, et attendaient donc des sollicitations extérieures fortes. Ils avaient le sentiment d'un manque d'information et de communication sur le sujet des premiers secours. Ils avaient peu connaissance des lieux et organismes où s'adresser pour bénéficier de formations, en dehors des Sapeurs-Pompiers, organisme qui a été le plus fréquemment cité. Le manque de temps et de disponibilité étaient également des freins importants à la formation, ainsi que la peur de ne pas être capable de réagir en situation d'urgence.

Les participants les moins intéressés et concernés par une formation aux GPS habitaient en milieu rural ou semi-rural, et l'une d'entre eux était retraitée. La moindre densité de population a été citée comme un facteur de ce désintérêt, car mise en lien avec un risque moins élevé de confrontation à une situation urgente.

Puis le coût des formations a été cité, principalement comme un frein qu'ils imaginaient exister dans la population, sans qu'ils ne le citent comme un frein personnel.

La plupart des freins cités par les participants sont effectivement évoqués dans plusieurs sources. Le rapport Pelloux-Faure de 2017 déplorait que la formation demande une démarche volontariste, le manque de lisibilité sur les offres de formation (ne serait-ce que sur leurs noms et acronymes), ou encore le coût des formations, et avait avancé un certain nombre de propositions pour y remédier (19). L'Académie nationale de médecine regrettait quant à elle dans son rapport de 2018 les obstacles limitant « *la diffusion et l'extension de l'éducation du grand public aux gestes qui sauvent* » : l'absence de centralisation pour la gestion des différentes formations avec 5 ministères différents et donc l'absence de source unique exhaustive pouvant permettre de dresser un bilan d'évaluation des formations proposées, ou encore le manque de visibilité des formations, notamment les sensibilisations plus courtes qui sont pourtant simples et accessibles à tous (4).

Dans l'étude quantitative réalisée conjointement, moins d'un tiers des répondants pensaient réaliser une formation aux gestes de premiers secours dans l'année, alors que 91,7 % considéraient avoir besoin de se former davantage (36). Ce décalage entre le besoin ressenti de formation et l'intention de suivre une formation a déjà été relevé dans le sondage IFOP de 2016 : seuls 22% des sondés avaient le projet de se former, alors que 70% estimaient en avoir besoin (16). 38 % jugeaient ne pas avoir le temps de se former, et 10 % n'étaient pas intéressés. Parmi les 30 % qui pensaient ne pas avoir besoin

de se former, 13 % pensaient qu'appeler les secours était suffisant, 9 % ne se sentaient pas capables d'agir en situation d'urgence, et 8 % n'étaient pas intéressés.

d. Les incitations souhaitées

Nous avons voulu connaître les sollicitations et incitations que nos participants souhaitaient recevoir, et quels moyens ils considéraient efficaces pour les convaincre de réaliser une formation aux gestes de premiers secours.

La demande de sollicitations dans le milieu du travail est ressortie de nouveau très clairement, et des changements semblent se mettre en place dans ce sens. En effet, en France, de plus en plus de métiers et formations nécessitent le PSC1 comme prérequis (24). De plus, le Gouvernement s'est engagé à former aux gestes de premiers secours 80 % des agents publics d'ici 2021, et exige maintenant que des actions de sensibilisation soient proposées dans les plans de formation par les employeurs de la fonction publique (28). Le rapport Pelloux-Faure de 2017 préconisait effectivement de cibler la fonction publique dans une « *notion d'exemplarité et d'engagement citoyen* », ainsi que d'augmenter le nombre de Sauveteurs secouristes au travail (SST) (19).

Recourir à une obligation a été proposé par certains des participants comme une solution au manque de formation, et d'autres études ont montré que la population semblait favorable à des mesures de ce type. Dans l'étude quantitative menée conjointement, 97,4 % des répondants y étaient favorables (36). Dans l'étude de 2013 de la Croix-Rouge sur les accidents de la route, 98 % des sondés étaient favorables à la mise en place d'une formation obligatoire lors de l'obtention du permis de conduire (40). Dans l'étude sur les employés de la SNCF de Marseille, 98 % étaient favorables à une obligation de formation aux GPS, et 95 % à un renouvellement annuel de la formation (37).

Des rapports antérieurs ont déjà préconisé des obligations de formation ciblant certains métiers ou activités, comme l'Académie nationale de médecine en 2010 ou la Croix-Rouge en 2009 (38,51). L'argument économique du coût engendré par la formation était compensé par une meilleure gestion des risques au travail avec une diminution des accidents du travail et donc des blessures et arrêts de travail. Des obligations de formation ont été mises en place à plusieurs niveaux de la vie quotidienne et professionnelle dans de nombreux pays d'Europe, comme pour l'obtention du permis de conduire en Autriche ou en Hongrie, ou dans le cadre scolaire en Norvège (38).

La formation des enfants dans le cadre scolaire a été spontanément suggérée par un grand nombre de participants, or il existe des études démontrant l'efficacité d'une formation la plus précoce possible, avec un effet d'entraînement sur les adultes. Une étude pilote belge a par exemple montré que la dispensation d'une formation lors des cours d'éducation physique et sportive (EPS) était une option pertinente et que l'on pouvait espérer une transmission des connaissances en famille, avec une sensibilisation des parents par exemple (32). Une étude japonaise a quant à elle étudié l'impact d'une formation au massage cardiaque chez des élèves de 10 à 16 ans (52). Il est ressorti de façon significative que les plus jeunes (10 et 11 ans) réagissaient de façon plus positive à la formation, et se sentaient ensuite plus aptes à réagir et à réaliser un massage cardiaque. Ces résultats suggèrent qu'il est approprié de commencer la sensibilisation aux gestes qui sauvent le plus précocement possible. Un article de 2010

rapportait également l'efficacité d'expérimentations de formation dès le primaire à Rennes en 1995, mais pointait du doigt un manque d'enseignants-moniteurs PSC1 par rapport à la demande (31). Les enseignants étaient insuffisamment formés, et donc peu à même de former des élèves dans ces conditions. Un de nos participants, enseignant, a effectivement raconté avoir dû former ses élèves à des notions de secourisme sans y avoir été formé lui-même.

Le rapport Pelloux-Faure insistait sur le rôle essentiel de l'Éducation Nationale dans le parcours de formation de la population (19). Depuis 2016, de nouvelles réformes sont mises en place en France dans cette optique, avec une sensibilisation aux gestes qui sauvent dès le primaire, puis la formation PSC1 au collège, et enfin une formation continue basée sur les connaissances du PSC1 au lycée (29). Le Ministère de l'Intérieur avait annoncé en 2018 un objectif de formation aux gestes de premiers secours de tous les élèves de troisième d'ici 2022 (28,30).

La mise en place effective de ces formations sera à évaluer. Il peut y avoir des obstacles d'un point de vue pratique et organisationnel, comme l'a constaté une étude danoise (53). Malgré la législation en vigueur au Danemark, qui rend obligatoire la formation à la réanimation cardio-pulmonaire à l'école, celle-ci n'était pas appliquée de façon systématique, même si la majorité des enseignants et directeurs y étaient favorables. Les freins étaient notamment la méconnaissance des réglementations, le manque de formation des enseignants, ou encore le manque de matériel.

Il est aussi ressorti que les participants ressentaient le besoin de mettre à jour leurs connaissances et de réactualiser leur formation régulièrement, certains proposant des rappels tous les ans ou tous les deux ans. La Croix-Rouge préconisait en 2009 que les brevets de secourisme aient une date limite au-delà de laquelle il faudrait réactualiser ses connaissances (38). L'Académie nationale de médecine ou certains organismes de formation comme les Sauveteurs sans Frontières recommandent une remise à niveau tous les 5 ans (4,24).

Pour ce qui est du coût de la formation, certains participants suggéraient sa gratuité ou même sa rémunération. Certains imaginaient pour le PSC1 un coût très élevé et ont été surpris d'apprendre qu'il était de l'ordre de 60€ (19,22). La gratuité ou le remboursement des formations sont des propositions qui ont déjà été émises pour renforcer la généralisation de la formation dans la population, mais qui ne sont pas mises en place. L'Académie nationale de médecine proposait déjà en 2010 la gratuité pour certaines catégories de personnes (51). La mise en place d'un crédit d'impôt pour toute personne se formant aux gestes de premiers secours sur son temps personnel a été proposée par le centre d'analyse stratégique du Gouvernement en 2013, et a été l'une des propositions du rapport Pelloux-Faure de 2017 (19,41).

Les médias que les participants considéraient efficaces pour les atteindre étaient variés. Comme le recommandait une note d'analyse du Gouvernement en 2013, il semble important d'utiliser de nouvelles méthodes de communication : « *rénover les modes d'information sur les gestes de premiers secours* », diffuser des messages plus courts, et cibler des moments et lieux où la population est disponible et réceptive (gares, aéroports, etc.) (41). Il faudrait « *s'appuyer sur des supports numériques et des campagnes régulières* », comme l'a fait la British Heart Association en 2011 : un clip vidéo avait été réalisé, montrant un célèbre joueur de football réaliser un massage cardiaque sur le rythme de la

chanson « *Staying Alive* ». Une de nos participantes l'avait d'ailleurs cité comme exemple de communication réussie.

Les applications mobiles sont en pleine expansion, et certaines permettent de tester ses connaissances, s'inscrire à des formations, cartographier les DAE localisés à proximité, ou même être prévenu d'une situation d'urgence pour pouvoir intervenir en tant que « *citoyen volontaire* », à l'instar de « *Staying Alive* » ou « *Sauv Life* » (47,48,54,55). Nous pouvons néanmoins regretter cette multiplication d'applications ayant des fonctionnalités comparables, ce qui peut diluer leur efficacité et leur visibilité.

Les campagnes de prévention notamment télévisées ont été fréquemment citées dans les entretiens, et la comparaison avec les campagnes de prévention de la Sécurité Routière a été faite par des participants qui les considéraient comme percutantes et efficaces, et donc un modèle dont il faudrait s'inspirer. En 2010, l'Académie nationale de médecine pointait déjà la nécessité d'une forte implication politique en matière de secourisme, au même titre que la Sécurité Routière en 2002, qui avait été annoncé comme un des trois chantiers prioritaires du quinquennat du Président de la République Jacques Chirac (51).

Les campagnes de prévention peuvent se montrer efficaces, comme l'a montré le bilan de la campagne « *Adoptons les comportements qui sauvent* » de 2016, qui a été organisée à la suite des attentats de 2015 (26). Pendant un mois, des sessions de formation de 2 heures ont été organisées sur l'ensemble du territoire. Elles ciblaient les actions à mener dans les situations engendrant de nombreuses victimes, et dans les situations d'arrêt cardiaque. Au total, plus de 72 000 personnes ont été formées, ce qui est un bilan positif et encourageant. À titre de comparaison, environ 33 000 formations PSC1 sont délivrées chaque mois. Les organismes de formation ont jugé le format d'initiation de 2 heures adapté pour éveiller un intérêt à ce sujet, et espérer un approfondissement par la suite (19). Or il a été observé une forte augmentation des inscriptions à la PSC1 après cette campagne. L'instauration de ce « *module de sensibilisation aux gestes qui sauvent* » a ensuite été concrétisée par un arrêté en 2017 (14).

Des plans d'action au niveau local, à l'échelle d'une ville ou d'une commune, ont aussi été plébiscités par les participants. Comme le conseillait le rapport Pelloux-Faure : il faudrait inciter les communes à organiser des sessions de formation avec les associations agréées (19). Et dans 2 études publiées par l'Inserm en 2013 et 2017, il a été souligné que les formations par des initiatives locales, plutôt que par les programmes nationaux, semblaient faire une différence sur les réactions de la population en situation d'urgence. Cela se traduisait par la mise en pratique plus fréquente du massage cardiaque face à un ACR, et par un taux de survie supérieur dans les départements concernés (21,49).

Enfin, les lieux de soins pourraient également être un espace légitime de sollicitation et d'information selon certains participants.

e. Le rôle du médecin généraliste

Initialement, peu de participants avaient fait le lien entre le cadre de prévention dans lequel s'intègre la formation aux gestes de premiers secours, et leur médecin généraliste. Celui-ci tient pourtant un rôle clé en termes de prévention et d'éducation à la santé, qui font partie de ses compétences (60). Dans l'étude quantitative réalisée conjointement, 44,4 % des participants considéraient qu'il avait un rôle à jouer (36).

Néanmoins, les médecins généralistes eux-mêmes ne sont possiblement pas assez formés, comme le constatait une étude réalisée en 2008 dans 4 départements du Sud de la France : 52 % des médecins généralistes interrogés devaient réaliser des gestes d'urgence au moins 1 fois par an, et 68% estimaient connaître la technique de la RCP, mais 30 % ne maîtrisait aucun geste de réanimation d'urgence (56).

Le rôle du médecin généraliste qui ressortait majoritairement des entretiens était celui de sensibilisation et d'information de ses patients. Les participants souhaitaient que le sujet soit abordé en consultation, par exemple par une question simple : « Etes-vous formé aux gestes de premiers secours ? » « Etes-vous intéressé par une formation ? ». Cela se rapprocherait d'un conseil minimal, qui a démontré son efficacité notamment pour le tabac (57). Ce conseil minimal pourrait s'adresser à des consultations et populations particulières : jeunes parents, maladies chroniques lors de l'éducation thérapeutique ou encore consultations pour certificats sportifs.

Le rapport de 2009 pour la Croix-Rouge préconisait déjà de promouvoir la formation aux gestes de premiers secours parmi les proches des personnes cardiaques (38). Le centre d'analyse stratégique du Gouvernement proposait de cibler les jeunes parents à la maternité, en dispensant une initiation aux gestes de premiers secours et des conseils préventifs, notamment en ce qui concerne les accidents domestiques (41). Une formation dédiée à la prévention des accidents domestiques, dispensée à l'occasion d'une grossesse, séduisait 54 % des parents interrogées dans une thèse de 2018 (58).

Une étude réalisée en 2018 auprès de médecins généralistes de trois départements bretons a étudié la faisabilité et l'impact d'un conseil minimal aux gestes qui sauvent, lors de consultation pour la réalisation d'un certificat de sport (59). Si les patients étaient intéressés par la formation, un flyer leur était remis, comprenant : les données sur la mort subite du sportif, l'iconographie des gestes qui sauvent (alerter, masser, défibriller), ainsi que les coordonnées des principaux centres de formation aux gestes qui sauvent en France. La durée et le coût approximatifs des formations y étaient notés. À trois mois de ce conseil minimal, 4,1 % des patients ayant reçu un flyer s'étaient formés aux gestes qui sauvent, et d'autres ont exprimé le souhait de se former dans l'année, ce qui est un bilan positif.

Certains participants de notre étude évoquaient une surcharge de travail de leur médecin généraliste, semblant incompatible avec l'ajout d'une mission supplémentaire. Or dans l'étude citée précédemment, la réalisation de ce conseil minimal a été évaluée auprès des médecins généralistes concernés : 100 % la considéraient faisable lors d'une consultation pour un certificat sportif, et 97 % la considéraient facile. Ces résultats ouvrent la voie à une possible généralisation de ce conseil minimal lors de consultations spécifiques, afin de sensibiliser davantage la population.

Les participants de notre étude étaient majoritairement favorables à la mise en place de documents informatifs en salle d'attente, notamment sous forme d'affiches. Certains ont fait le lien entre le temps d'attente et la propension à lire ces documents.

Une étude réalisée en 2015 auprès de deux cabinets de médecine générale révélait que 60 % des patients venant consulter lisaient les affiches, et 46 % pouvaient citer un ou plusieurs conseils présents sur ces affiches (60). Ces taux augmentaient de manière significative si l'affiche était la seule présente dans la salle d'attente et que le message n'était donc pas dilué parmi d'autres. Il n'existait cependant pas de corrélation avec le temps d'attente en salle d'attente. Une étude de 2018 sur le ressenti des

patients vis-à-vis de ces affiches montrait un ressenti assez ambivalent, avec d'un côté une sensation de nécessité et d'utilité, et de l'autre un sentiment d'inquiétude (61). Cette étude retrouvait la préférence des patients pour des affiches plutôt que des prospectus.

Pour ce qui est du contenu souhaité des affiches, il est ressorti que pour être convaincant, on peut interpeller par une phrase d'accroche sur le fait que chacun est concerné, et que la formation est accessible à tous. Étaient ensuite attendus des pictogrammes simples avec des messages clés, pouvant correspondre au message « *Alerter Masser Défibiller* » de la chaîne de survie (9).

Enfin, les participants souhaitaient avoir des informations pratiques sur les formations : organismes les proposant, lieux, dates de réalisation et prix.

Conclusion

La formation aux gestes de premiers secours reste insuffisamment suivie en France, même si des mesures incitatives se mettent en place.

L'utilisation d'un DAE ou la réalisation du MCE sont insuffisamment maîtrisées, même parmi les personnes ayant suivi une formation, ce qui a un impact négatif sur la survie des ACR en France.

Il est cependant encourageant d'observer que les gestes de premiers secours et leur apprentissage étaient jugés comme important par les participants, qui ressentaient la nécessité de s'y former davantage, et réclamaient de plus nombreuses sollicitations.

Les freins à la réalisation d'une formation identifiés dans cette étude étaient le manque de disponibilité, le manque de sollicitation, le manque d'information concernant les formations et leur coût.

Parmi les sollicitations souhaitées, la formation dans le cadre du travail et la formation des enfants dans le cadre scolaire ont majoritairement emporté l'adhésion des participants. Il serait également possible de s'appuyer sur une obligation de formation, qui semble plébiscitée par la population, et a fait ses preuves dans d'autres pays. Le manque de visibilité des formations a été souligné, et une multiplication des campagnes de prévention serait souhaitable.

Ces résultats soulignent la nécessité de réfléchir aux vecteurs d'information et de communication mis en œuvre concernant les gestes de premiers secours.

Le médecin généraliste n'a pas encore de rôle dédié dans le « *parcours citoyen* » des gestes qui sauvent, et peu de participants avaient en effet envisagé leur médecin généraliste dans le cadre d'une formation ou d'une information aux gestes de premiers secours. Néanmoins, la mise en place de supports d'information en salle d'attente, et d'un conseil minimal pour des populations ciblées, a été jugée pertinente et adaptée.

Ces résultats ouvrent de nouvelles perspectives dans les missions d'éducation à la santé et de prévention qui sont celles du médecin généraliste. Désormais, il faudrait établir un cadre précis pour pouvoir le développer et en évaluer l'impact au travers d'un travail de recherche complémentaire.

Bibliographie

1. Ribordy V, Yersin B, Schoettker P. Accès aux soins d'urgence : organisation et utilité de la chaîne des secours. *Rev Med Suisse* 2006;2:1830-35.
2. Définition Formation aux premiers secours. Editions Tissot. [consulté le 24 août 2020]. Disponible sur: <https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1176&definition=Formation+aux+premiers+secours>
3. Dumas F, Bougouin W, Geri G, Cariou A. Épidémiologie de l'arrêt cardio-respiratoire : données France–États-Unis. *La Presse Médicale* 2016;45:832-8.
4. Étienne A, Christine A, Pierre C, et al. Arrêt cardiaque subit : pour une meilleure éducation du public. *Bull Acad Natl Med* 2018;202:1341-53.
5. Luc G, Baert V, Escutnaire J, et al. Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest : A French national incidence and mid-term survival rate study. *Anaesth Crit Care Pain Med* 2019;38:131-5.
6. Boulat T, Ghosn W, Morgand C, Falissard L, Roussel S, Grégoire Rey. Principales évolutions de la mortalité par cause sur la période 2000-2016 en France métropolitaine. *Bulletin Épidémiologique hebdomadaire* 2019;29-30:576-84.
7. Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, Kellermann AL. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest : a systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010;3:63-81.
8. Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation* 2015;95:1-80.
9. Nolan J, Soar J, Eikeland H. The chain of survival. *Resuscitation* 2006;71:270-1.
10. Marijon E, Bougouin W, Cariou A, et al. Sudden death expertise centre : a multi-disciplinary approach for sudden death. *Arch Cardiovasc Dis* 2011;104:555-7.
11. Dudas K, Lappas G, Stewart S, Rosengren A. Trends in Out-of-Hospital Deaths Due to Coronary Heart Disease in Sweden (1991 to 2006). *Circulation* 2011;123:46-52.
12. Böttiger BW, Grabner C, Bauer H, et al. Long-term outcome after out-of-hospital cardiac arrest with physician staffed emergency medical services : the Utstein style applied to a midsized urban/suburban area. *Heart* 1999;82:674-9.
13. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system : evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:1713-20.
14. FEDECARDIO | Appelez le 15, Massez, Défibrillez. Fédération française de Cardiologie. 2016. [consulté le 23 août 2020] Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Les-gestes-qui-sauvent/Tout-savoir-sur-les-gestes-qui-sauvent/appelez-le-15-massez-defibrillez>.
15. Graham R, McCoy MA, Schultz AM, éditeurs. *Strategies to Improve Cardiac Arrest Survival : A Time to Act*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2015.

16. Face aux situations d'urgence, comment les Français sont-ils (ou se sentent-ils) préparés ? Institut français d'opinion publique, 2016. [consulté le 14 févr 2019] Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/3586-1-study_file.pdf
17. Proposition de loi N°1505 de M. Jean-Charles Colas-Roy et plusieurs de ses collègues visant à lutter contre la mort subite et à sensibiliser la population aux gestes qui sauvent. Assemblée Nationale. XV^e législature.
18. La formation au secourisme dans cinq pays européens. Kantar. 2000. [consulté le 6 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/la-formation-au-secourisme-dans-cinq-pays-europeens>
19. Pelloux P, Faure E. Rapport de la mission de préfiguration sur la généralisation au plus grand nombre de la formation aux gestes qui sauvent. 2017. [consulté le 25 août 2020] Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/04/rapport_de_la_mission_de_prefiguration_sur_la_generalisation_de_la_formation_des_gestes_qui_sauvent_-_20_avril_2017.pdf
20. Blewer AL, Ibrahim SA, Leary M, et al. Cardiopulmonary Resuscitation Training Disparities in the United States. J Am Heart Assoc 2017;6.
21. Marijon E, Bougouin W, Celermajer DS, Perier M-C, Benameur N, Lamhaut L, et al. Major regional disparities in outcomes after sudden cardiac arrest during sports. Eur Heart J. 2013;34:3632-40.
22. Apprentissage des premiers secours - PSC1. Pompiers.fr. [consulté le 23 août 2020]. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/grand-public/prevention-des-risques/apprentissage-des-premiers-secours-psc1>
23. Formez-vous ! Les formations aux premiers secours. FEDECARDIO. 2016. [consulté le 19 août 2020] Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/Les-gestes-qui-sauvent/Tout-savoir-sur-les-gestes-qui-sauvent/formez-vous-les-formations-aux-premiers-secours>.
24. Quels sont les domaines dans lesquels le certificat PSC1 est-il obligatoire ? Sauveteurs sans Frontières. [consulté le 21 août 2020] Disponible sur: <https://www.ssfapplication.com/quels-sont-les-domaines-dans-lesquels-le-certificat-psc1-est-il-obligatoire>.
25. Adoptez les comportements qui sauvent : grande cause nationale. Les services de l'état en Ille-Et-Vilaine, 2018. [consulté le 8 mars 2019] Disponible sur: <http://www.ille-et-vilaine.gouv.fr/Politiques-publiques/Securite-civile-et-Securite-interieure/Securite-civile/Missions-de-securite-civile-et-secourisme/Connaissez-vous-les-gestes-qui-sauvent>
26. Bilan de la campagne « Les gestes qui sauvent » 2016. Ministère de l'Intérieur. [consulté le 24 août 2020] Disponible sur: https://www.interieur.gouv.fr/content/download/93141/726545/file/2016-statistiques_campagne_gestes_sauvent.pdf.
27. Arrêté du 30 juin 2017 instituant une sensibilisation aux « gestes qui sauvent » . JORF n°0217 du 16 septembre 2017 texte n° 14.
28. Circulaire du 02 octobre 2018 relative à la généralisation auprès de l'ensemble des agents publics

des formations aux gestes de premiers secours.

29. Interministérielle n° 2016-103 du 24-8-2016 relatif à la sensibilisation et formation aux premiers secours et gestes qui sauvent.

30. Tous les élèves de 3e seront formés aux premiers secours en 2022. Ministère de l'Intérieur [consulté le 22 août 2020] Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/fr/Archives/Archives-des-actualites/2018-Actualites/Tous-les-eleves-de-3e-seront-formes-aux-premiers-secours-en-2022>.

31. Réga P. Une autre approche de l'éducation à la santé à l'École : Apprendre à porter secours, une demande institutionnelle. 3e Colloque National d'UNIRÉS pour la formation en éducation à la santé et prévention des conduites addictives, 2010; Paris.

32. Collin M, Cloes M, Laurent C, et al. «Osons sauver à l'école» : Mise en place d'un cycle de premier secours au cours d'éducation physique. DIDACTIQUES en pratique 2017;3:66-71.

33. Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes.

34. First Aid - Search Results. PubMed. [consulté le 25 août 2020] Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=first+%20aid&filter=years.1960-2020&timeline=expanded>.

35. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer* 2013;108:148-55.

36. Riflart C. Évaluation des besoins de formation aux gestes de premiers secours. Une étude quantitative auprès de la population majeure d'Ille-et-Vilaine. [Thèse de Médecine] : Université de Rennes 1 ; 2020.

37. Bounan D. Évaluation des connaissances des employés de la SNCF de Marseille concernant la prise en charge immédiate de l'arrêt cardio-respiratoire et rôle du médecin traitant dans la sensibilisation et la formation aux gestes de premiers secours. [Thèse de Médecine] : Faculté de Médecine de Marseille ; 2017.

38. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Premiers secours - Pour une Europe plus sûre. 2009. [consulté le 23 août 2020] Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/230288>.

39. Alismail A, Massey E, Song C, et al. Emotional Impact of Cardiopulmonary Resuscitation Training on High School Students. *Front Public Health* 2018;5:362.

40. Croix-Rouge française - Opinion Way. Les gestes qui sauvent adaptés aux accidents de la route. Septembre 2013. [consulté le 19 août 2020] Disponible sur: https://www.secourisme.net/IMG/pdf/3_-_sondage_crf_9.2013_-_gestes_qui.pdf.

41. Gestes de premiers secours : une responsabilité citoyenne (Note d'analyse 321 - Février 2013). Centre d'analyse stratégique - Archives. [consulté le 24 août 2020] Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2013-02-19-gestespremierssecours-na321-ok_0.pdf.

42. Le centre de traitement des appels 18 et 112. SDIS 35 - Sapeurs-Pompiers Ille-et-Vilaine. [consulté le 29 août 2020] Disponible sur : <https://sapeurs-pompiers35.fr/conseils-prevention/18112-2/centre-de-traitement-appels-durgence/>.

43. Nord-Ljungquist H, Engström Å, Fridlund B, Elmqvist C. Lone and lonely in a double ambivalence situation as experienced by callers while waiting for the ambulance in a rural environment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2019;34:566-74.
44. Bakke HK, Steinvik T, Angell J, Wisborg T. A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emerg Med* 2017;17:6.
45. Défibrillateurs Publics (DAE). [data.gouv.fr](https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/defibrillateurs-publics/). [consulté le 25 août 2020] Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/defibrillateurs-publics/>.
46. Arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes (DAE).
47. Life S. L'application qui sauve des vies. SAUV Life. [consulté le 19 août 2020] Disponible sur: <https://sauvlife.fr/>
48. Staying Alive. [consulté le 19 août 2020] Disponible sur: <https://www.stayingalive.org/>.
49. Karam N, Narayanan K, Bougouin W, et al. Major regional differences in Automated External Defibrillator placement and Basic Life Support training in France : Further needs for coordinated implementation. *Resuscitation* 2017;118:49-54.
50. Dagrenat C, Cassan P, Issard D, Loeb T, Baer M, Descatha A. Secourisme sur le lieu de travail dans le monde : revue systématique de la littérature. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77:488.
51. Larcan A, Julien H. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine « Secourisme en France : panorama et perspectives ». *Bull Acad Natl Méd* 2010;194:1071-93.
52. Hori S, Suzuki M, Yamazaki M, Aikawa N, Yamazaki H. Cardiopulmonary Resuscitation Training in Schools : A Comparison of Trainee Satisfaction among Different Age Groups. *Keio J Med* 2016;65:49-56.
53. Malta Hansen C, Zinckernagel L, Ersbøll AK, et al. Cardiopulmonary Resuscitation Training in Schools Following 8 Years of Mandating Legislation in Denmark : A Nationwide Survey. *J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis* 2017;6.
54. L'appli qui sauve 2.0. Croix-Rouge française. [consulté le 23 août 2020] Disponible sur: <https://www.croix-rouge.fr/Actualite/L-appli-qui-sauve-2.0-2002>.
55. SauveQuiVeut.fr, le jeu en ligne qui peut sauver des vies en vrai. SauveQuiVeut.fr. [consulté le 24 août 2020] Disponible sur: <https://sauvequipeut.fr/>.
56. Roger C, Lefrant J-Y, Bousquet PJ, et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence: Étude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *La Presse Médicale* 2008;37:929-34.
57. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised, controlled trial in France. *Tob Control* 1995;4:162-9.
58. Margueritte A. Prévention des accidents domestiques de l'enfant : intérêt des parents à une

formation aux gestes de premiers secours. [Thèse de Médecine] : Université de Lille; 2019.

59. Buet M. «SAVTEMBER le mois qui sauve» : faisabilité du conseil minimal aux gestes qui sauvent lors du certificat de sport en médecine générale. [Thèse de Médecine] : Université de Rennes 1, 2019.

60. Paita T. Campagnes d'affichage en cabinet de médecine générale : efficacité de l'affichage unique par rapport à l'affichage multiple. [Thèse de Médecine] : Université Claude Bernard Lyon 1, 2015.

61. Thibaut Marquant M-L. La prévention par exposition d'affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes. [Thèse de Médecine] : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen, 2018.

Glossaire

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

AMD : Alerter-Masser-Définir

APS : Apprendre à porter secours

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DAE : Défibrillateur automatique externe

EPS : Éducation physique et sportive

GPS : Gestes de premiers secours

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGPS : Initiation aux gestes de premiers secours

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

PSC1 : Prévention et secours civiques de niveau 1

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SNCF : Société nationale des chemins de fer français

Annexes

Annexe 1 : Formations proposées aux citoyens et ministères de gestion

Acronyme	Nom complet	Ministère de gestion
APS	Apprendre à Porter Secours	Education nationale
AMD	Alerter Masser Défibriller	Santé et Intérieur
IGPS	Initiation aux Gestes de Premiers Secours	Défense
PSC 1	Prévention et Secours Civiques de niveau 1	Intérieur

Annexe 2 : Guide d'entretien

1. Que représentent pour vous les gestes de premiers secours?
2. Quelle est votre formation aux gestes de premiers secours?
3. Qu'est-ce qui vous a motivé à réaliser cette formation? / Quelles seraient vos motivations pour réaliser cette formation?
4. Quels sont pour vous les freins à la réalisation de cette formation? / Selon vous, qu'est-ce qui fait que vous n'avez pas été formé à ce jour?
5. En situation d'urgence, peu de personnes réalisent les gestes au premiers secours, pourquoi selon vous ?
Vous sentez-vous capable de réaliser un MCE ou d'utiliser un défibrillateur?
6. Qu'est-ce qui vous donnerait envie de faire/refaire/compléter cette formation?
7. Quel est pour vous le rôle du médecin généraliste dans cette formation?

Annexe 3 : Formulaire d'information et consentement

Déterminants de la réalisation d'une formation aux gestes de premiers secours de la population majeure d'Ille et Vilaine : freins et motivations, et attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste.

Présentation :

Nous sommes deux internes de médecine générale et nous réalisons une thèse sur les besoins de formation aux gestes de premiers secours de la population d'Ille et Vilaine. L'enquête suivante porte sur les déterminants de la réalisation d'une formation aux gestes de premiers secours, et les attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste de la population majeure d'Ille et Vilaine. Cette étude n'est possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées :

Je soussigné

- autorise par la présente à enregistrer sous forme audio mon entretien avec
le .././2020 à ...h.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme retranscrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèse, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaire)

- prend acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront anonymisées.

Lieu et date :

Signature :

Confidentialité et utilisation des données médicales

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. Toutes ces informations seront traitées sous une forme codée garantissant leur confidentialité, notamment sans mention de vos nom et prénom, dans la base de données sécurisée.

Le personnel impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement des données. Ces droits s'exercent auprès de la personne qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Consentement de participation :

Je soussignée

certifie avoir reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cette étude.

Je certifie avoir eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissaient utiles, et qu'on a répondu à toutes les questions que je souhaitais poser.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

On m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser.

Dans ces conditions, j'accepte de participer à cette évaluation dans les conditions précisées.

Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation.

Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires à l'examineur.

Lieu et date :

Signature :

Tableau 1 : Description des participants

Date	Sexe	Âge	Profession	Lieu de vie	Type de Formation aux GPS	Ancienneté de la formation	Durée	
E1	20/04/2020	Femme	55 ans	Opératrice sur machine	Semi-rural	Aucune	/	20 min
E2	20/04/2020	Homme	57 ans	Agent des finances publiques	Semi-rural	Courte	> 10 ans (30 ans)	15 min
E3	21/04/2020	Homme	42 ans	Enseignant	Urbain	Longue	> 10 ans (15 ans)	34 min
E4	22/04/2020	Femme	64 ans	Retraitée	Semi-rural	Aucune	/	20 min
E5	22/04/2020	Femme	50 ans	Enseignante	Urbain	Longue	> 10 ans (18 ans)	28 min
E6	18/05/2020	Femme	42 ans	Collectivité territoriale	Rural	Courte	> 10 ans (30 ans)	20 min
E7	20/05/2020	Femme	26 ans	Assistante maternelle*	Rural	Longue	< 5 ans	17 min
E8	25/05/2020	Femme	42 ans	Aide médico-psychologique*	Rural	Longue	< 5 ans	34 min
E9	25/05/2020	Femme	28 ans	Interne en psychiatrie*	Semi-rural	Longue	5-10 ans	23 min
E10	29/05/2020	Homme	60 ans	DRH	Semi-rural	Ne sait plus	Ne sait plus	35 min
E11	29/05/2020	Femme	27 ans	Interne en médecine générale*	Urbain	Longue	5-10 ans	26 min
E12	05/06/2020	Femme	59 ans	Chargée de clientèle	Semi-rural	Aucune	/	33 min
E13	22/06/2020	Femme	30 ans	Assistante sociale	Urbain	Courte	5-10 ans	34 min
E14	26/06/2020	Femme	65 ans	Retraitée	Rural	Longue	> 10 ans (30 ans)	26 min

Tableau 1 : Description des participants

* : Emploi ayant nécessité une formation aux GPS ; E : entretien ; min : minutes.
Les emplois en lien avec le médico-social apparaissent en gras dans le tableau.

MAURY, Anne - Déterminants de la réalisation d'une formation aux gestes de premiers secours par la population majeure d'Ille-et-Vilaine : freins, motivations, et attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste, une étude qualitative.

43 feuilles, 1 illustration, 1 tableau. 30 cm. Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2020; N°

Résumé français

Contexte : La formation aux gestes de premiers secours est insuffisamment suivie en France, ce qui se traduit par une perte de chance pour les victimes, notamment en cas d'arrêt cardio-respiratoire.

Objectif : L'objectif de l'étude était d'étudier les déterminants de la réalisation d'une formation aux gestes de premiers secours, et d'évaluer le rôle du médecin généraliste.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de la population majeure d'Ille-et-Vilaine. Quatorze participants ont été recrutés par un questionnaire en ligne, diffusé dans le cadre de l'étude quantitative conjointe réalisée par Clémentine Riflart. Les entretiens ont été menés entre avril et juin 2020. Les données ont été analysées de façon thématique, après un double codage des verbatims.

Résultats : L'étude a mis en évidence l'importance des gestes de premiers secours et de leur apprentissage dans la population générale. Des freins à la réalisation d'une formation ont été identifiés, dont le manque de sollicitation, le manque de disponibilité, le coût de la formation et l'appréhension des situations d'urgence. Parmi les sollicitations souhaitées, la formation dans le cadre du travail suscitait le plus l'adhésion, et une obligation de formation a été évoquée. La formation des enfants dans le cadre scolaire a été plébiscitée. Les participants ont souligné le manque de visibilité des formations, et la nécessité de répéter des campagnes de prévention. Peu de participants avaient imaginé leur médecin généraliste jouer un rôle dans ce cadre. Néanmoins, la mise en place d'une information en salle d'attente, et d'un conseil minimal pour des populations ciblées, ont été jugés pertinents et adaptés.

Conclusion : Des mesures se mettent en place pour généraliser la formation aux gestes de premiers secours, mais semblent insuffisantes. Le médecin généraliste pourrait participer à la promotion de l'information sur les gestes de premiers secours, notamment par le biais d'un conseil minimal.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : premiers secours ; réanimation cardiopulmonaire ; médecine générale ; médecine préventive ; promotion de la santé ; recherche qualitative

Mots-clés anglais MeSH : first aid ; cardiopulmonary resuscitation ; general practice ; preventive medicine ; health promotion ; qualitative research

Président : Monsieur Éric WODEY

Assesseurs : Monsieur Frédéric BEUNEUX [directeur de thèse]

JURY : Monsieur Patrick JEGO

Monsieur Alain CAUBET

Monsieur Éric MENER

Monsieur Erwan FLECHER