



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2017

Thèse N° 020

Évaluation des séances des gestes et soins d'urgence à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 08 /02 /2017

PAR

Mlle. DOUNYA BOUNID

Née Le 12 Août 1991 à Béni Mellal

Médecin Interne au CHU Mohammed VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Formation des gestes et soins d'urgence – Évaluation –
Degré de satisfaction – Pédagogie.

JURY

M.	Z. DAHAMI	PRESIDENT
	Professeur en urologie	
M.	H. NEJMI	RAPPORTEUR
	Professeur agrégé d'anesthésie réanimation	
M.	T. ABOU EL HASSAN	JUGES
	Professeur agrégé d'anesthésie réanimation	
M.	A R. EL ADIB	
	Professeur agrégé d'anesthésie réanimation	
M.	M. AMINE	
	Professeur agrégé d'épidémiologie	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريّتي
إنّي تبّيت إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

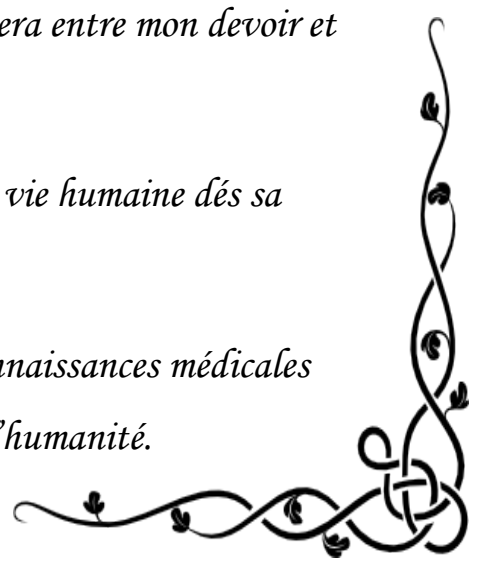
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.





**LISTE DES
PROFESSEURS**



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
 Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
 Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr. Ag. Mohamed AMINE
 Vice doyen aux Affaires Pédagogiques : Pr. EL FEZZAZI Redouane
 Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KISSANI Najib	Neurologie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
AMAL Said	Dermatologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – Clinique
ASRI Fatima	Psychiatrie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENELKHAJAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie

CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- reanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- reanimation
FINECH Benasser	Chirurgie – générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- reanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngology	HADEF Rachid	Immunologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – reanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- reanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- Clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - reanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	NEJMI Hicham	Anesthésie- reanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	NOURI Hassan	Oto rhino laryngology
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- reanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	RBAIBI Aziz	Cardiologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngology
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SORAA Nabila	Microbiologie – virology
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- Clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virology
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDEFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	GHOZLANI Imad	Rhumatologie
ADALI Nawal	Neurologie	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie

BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	MOUHADI Khalid	Psychiatrie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL HARRECH Youness	Urologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire



DEDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A ma très chère maman FATIHA HAMDAOUI

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mon très cher papa MUSTAPHA BOUNID

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquents soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.

A ma chère sœur OUMAYMA BOUNID et mon cher frère MOHAMED ACHRAF BOUNID

Votre encouragement et votre soutien étaient la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénibles, de solitude et de souffrance.

Merci d'être toujours à mes côtés, par votre présence, par votre amour dévoué et votre tendresse, pour donner du goût et du sens à notre vie de famille.

En témoignage de mon amour, de mon admiration et de ma grande affection, je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

Je prie dieu le tout puissant pour qu'il vous donne bonheur et prospérité.

A ma chère petite sœur FATMA ZAHRA BOUNID

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour toi, ta joie et ta gaieté me comble de bonheur.
Puisse Dieu te garder, éclairer ta route et t'aider à réaliser à ton tour tes vœux les plus chers.*

A MES GRAND MÈRES CHÉRIES

Qui m'ont accompagné par leurs prières, leur douceur, puisse Dieu les prêter longue vie et beaucoup de santé et de bonheur dans les deux vies.

A LA MEMOIRE DE MES GRAND-PÈRES ET MA GRAND MÈRE

*J'aurais tant aimé que vous soyez présents.
Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde*

***À MES CHÈRES ONCLES, TANTES, LEURS EPOUX ET EPOUSES
A MES CHÈRES COUSINS ET COUSINES***

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A tous les membres de ma famille, petits et grands

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection la plus sincère.

À MES CHÈRES AMIS DE TOUJOURS : SOUMIA ARHARAS, KENZA KENDRI RODY, LAYLA HABIBI, NADIA SIMAMRI, CHIHAB BOUYAALI, SOUHAIL TERRAFIA, YASSINE CHAOUQUI, MOHAMED BOUSSIF, SOUFIANE DANNOUNE...etc.

Aucun mot ne saurait exprimer mes sentiments de considération et de reconnaissance envers votre soutien et vos encouragements le long de mes études.

Merci pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble, vous avez toujours donné l'exemple des amis affectifs et fidèles, et des camarades serviabls et marrants.

Je vous souhaite santé, bonheur et prospérité et tout le succès du monde.

A mes très chers amis : YOUNESS BOUCHARB, MOHAMED HALMAOUI, SALMA ROUHI, ZINEB KENDRI RODY, ZAKARIA GHOUMMID, AIMAD AIT TALEB, JAMAL MARZOUANE, MOHAMED ZAHRAOUI, BAHIIJA SAMIH, FATIMA ZAHRA BELCAID....etc.

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur qui je peux compter.

En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

Avec mes remerciements pour votre aide, votre soutien, et votre gentillesse.

Avec mes meilleurs vœux.

A mon cher professeur TAOUFIK ABOU EL HASSAN :

Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous. Merci d'avoir pris le temps de m'aider au cours de mon parcours d'internat et de m'avoir accompagné dans la maîtrise de mes connaissances. Merci de m'avoir donné la force nécessaire, la confiance en moi et en l'avenir mais aussi me donner l'envie d'apprendre. Merci pour tout ce que vous avez fait cher professeur.

A ma famille adoptive, à laquelle j'y crois beaucoup :

Celle du personnel du DAR CHU Med VI :

C'est une grande fierté pour moi d'être parmi vous.

Et je vous remercie pour la confiance dont vous m'avez fait part.

A la mémoire de Dr ADIL AIT RAI :

C'est avec grand regret qu'on accepte ton absence, mais c'est la volonté du DIEU.

Ni la mort ni le temps ne feront oublier ta mémoire.

Que ton âme repose en paix.

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

A tous ceux qui me sont très chers et que j'ai omis de citer.

A tous ceux qui aiment DOUNYA,

Et ceux qui ont marqué ma vie de près ou de loin.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :
Pr. Z. DAHAMI

*Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la
présidence de mon jury de thèse.
Votre modestie jointe, à vos compétences professionnelles et humaines
seront pour nous un exemple dans l'exercice de notre profession.
Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de mon respect et de ma
très haute considération.*

A NOTRE PROFESSEUR ET RAPPORTEUR DE THESE :
Pr. H. NEJMI

*Je suis très touchée par L'honneur que vous m'avez fait en acceptant de
me confier ce travail.
Vous m'avez éblouie par votre sérieux, votre sympathie, votre modestie,
votre honnêteté, et toutes vos qualités humaines.
Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations
professionnelles.
Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce
travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec
rigueur et bienveillance.*

A NOTRE PROFESSEUR ET JUGE :

Pr. T. ABOU EL HASSAN

Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Vous avez eu l'amabilité de discuter avec nous certains points clés de notre analyse, vos remarques pertinentes contribueront sans doute au perfectionnement du présent travail.

Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre compétence et votre disponibilité chaque fois que vous étiez sollicités

Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

A NOTRE PROFESSEUR ET JUGE :

Pr. A R. EL ADIB

Veillez accepter Professeur, mes vives remerciements pour L'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de mon profond respect.

A NOTRE PROFESSEUR ET JUGE :

Pr. M. AMINE

Je vous remercie de la spontanéité et l'extrême gentillesse avec lesquelles vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Veillez trouver ici, cher Professeur, le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

*A tous les enseignants de la FMPM,
Avec ma reconnaissance et ma haute considération.*



ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABREVIATIONS

GSU	: gestes et soins d'urgence
FGSU	: formation aux gestes et soins d'urgence
VAS	: voies aériennes supérieures
ACR	: arrêt cardio respiratoire
PEC	: prise en charge
FMPM	: faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
CESU	: centre d'enseignement des soins d'urgence
BAVU	: ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle
PLS	: position latérale de sécurité
RCP	: réanimation cardio pulmonaire
AC	: arrêt cardiaque
DAE	: défibrillateur automatisé externe
MCE	: massage cardiaque externe
PA	: pression artérielle
ECG	: électrocardiogramme
VA	: voies aériennes
AVP	: accident de la voie publique
SAU	: service d'accueil des urgences
FR	: fréquence respiratoire
FC	: fréquence cardiaque
NBC	: nucléaire biologique et chimique
PUH	: plan d'urgence hospitalier
AMV	: anime music vidéo
CAT	: conduite à tenir
NRBC	: nucléaire, radiologique, biologique et chimique
DES	: diplôme des études supérieures
ACRIH	: arrêt cardio respiratoire intra hospitalier
AFGSU	: attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
CHU	: centre hospitalier universitaire
UFR	: unité de formation et de recherche
HAS	: haute autorité de santé



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU)	5
II. Présentation de l'étude.....	6
1. Population	6
III. Méthodes et analyses	7
1. Définition des paramètres	7
2. Méthodes statistiques	8
RÉSULTATS	9
I. Participation.....	10
II. données épidémiologiques.....	10
1. 3 ^{ème} année	10
2. 6 ^{ème} année.....	11
III. Programme des GSU	12
1. 3 ^{ème} année	12
2. 6 ^{ème} année	12
IV. Séances.....	14
1. Données générales.....	14
2. Formateurs.....	15
3. Scénarios adoptés pour animer les séances.....	18
4. Thèmes.....	22
V. satisfaction des étudiants en vers la formation	24
DISCUSSION	30
I. Echantillon et représentativité.....	31
II. Questionnaire	32
III. Durée.....	32
IV. Limites.....	32
V. La formation aux urgences en médecine générale.....	33
VI. Programme de la formation GSU I et GSU II	34
1. Items abordés durant la FGSU I	34
2. Items abordés durant la FGSU II	42
3. Techniques pédagogiques.....	52
4. Evaluation des étudiants.....	53
VII. Résultats de l'étude.....	54

PERSPECTIVES	59
I. R��t��rer les formations.....	60
II. Utiliser la simulation.....	61
III. Modifier le mode d'apprentissage.....	63
CONCLUSION	65
RÉSUMÉS	67
ANNEXES	74
BIBLIOGRAPHIE	84



INTRODUCTION



Il semble logique de penser, tant d'un point de vue légal que d'un point de vue moral, que tous les médecins soient formés aux gestes d'urgence et sachent réagir devant une situation engageant le pronostic vital. En effet, il est inscrit dans le Code de Déontologie Médicale que « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoive les soins nécessaires.» [1].

L'urgence en médecine générale réfère à des domaines variés. Il peut s'agir de consultations non programmées, de recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet et survenant pendant la permanence de soins ou de situations indépendantes de l'activité médicale et survenant dans des lieux publiques ou privés. Les critères de recours au médecin généraliste varient alors de la simple consultation de patients inquiets ou pressés aux urgences vitales véritables.

Pour cela plusieurs entités ont essayé de poser une définition des urgences notamment le conseil de l'ordre français qui propose comme définition que « ne devrait être qualifiées d'urgences que les seules situations médicales qui, faute d'une réponse adaptée, mettraient en péril la sécurité du patient... » [2] Cette définition exclut les urgences ressenties par le patient ou son entourage.

En revanche, une autre définition est proposée par les Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral dans le livre blanc sur la permanence des soins en 2001 : «< tout ce qui peut être ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard >>. [3]

Les urgences vitales sont représentées par la survenue d'une détresse pouvant conduire à tout moment à un décès : aggravation de l'état respiratoire, instabilité hémodynamique et troubles de la conscience. Elles doivent bénéficier de la prise en charge la plus précoce possible dès la survenue de la détresse vitale en milieu pré-hospitalier.

De nombreuses études, réalisées plus particulièrement sur l'arrêt cardio-respiratoire, ont confirmé l'intérêt d'une prise en charge médicale précoce dans les urgences vitales. Ainsi lorsqu'un médecin généraliste est témoin d'un arrêt cardiaque et a à sa disposition un

défibrillateur, 63% des patients sortiront en vie de l'hôpital [4]. Alors que si la prise en charge médicale a lieu plus de 4 minutes après l'arrêt cardiaque, seulement 18% des patients sortiront en vie de l'hôpital. Le temps moyen entre l'ACR et le choc électrique externe était alors estimé à 1.5 minute dans le premier groupe et 10.1 minutes dans le second [4]. Une minute et demi (ou 81 secondes) était le temps retrouvé dans une autre étude [5].

L'enseignement des gestes de médecine d'urgence et de réanimation est une obligation dans le cadre des études médicales, la partie théorique étant abordée lors des études de deuxième cycle. L'étude pratique des gestes d'urgence par les futurs médecins généralistes se limite à un stage aux urgences ou au service d'anesthésie réanimation au cours duquel les gestes de réanimation (massage cardiaque, intubation - ventilation artificielle) sont peu fréquemment effectués par les étudiants.

Nos objectifs seront donc de faire une évaluation du degré de satisfaction des étudiants envers la formation aux gestes et soins d'urgence et leur impact sur la pratique médicale comme cela a été validé à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.



MATÉRIELS
&
MÉTHODES



I. La formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU) :

Dans le cadre d'une dynamique sociétale de promotion de l'enseignement du secourisme, la formation des étudiants et des professionnels de santé aux gestes et aux soins d'urgence est devenue un enjeu majeur de santé publique.

Dans la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, la formation aux gestes et soins d'urgence s'adresse aux étudiants de médecine 3ème et 6ème année, avec deux niveaux (FGSU I et II).

Elle permet aux futurs médecins d'avoir une culture des premiers secours pour assurer une prise en charge satisfaisante des urgences dans tous les établissements de santé.

1. Contenu de la formation

La formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU) comporte deux niveaux dont l'objectif essentiel est d'acquérir les connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence médicale et à sa prise en charge, seul ou en équipe, en attendant l'arrivée de l'équipe médicale. Ceci en adoptant 2 référentiels (destiné aux formateurs et aux formés) élaborés par les enseignants en anesthésie réanimation et les urgentistes du CHU Med VI en collaboration avec le SAMU urgences de France.

FGSU I :

Comporte la prise en charge des urgences vitales :

- Identifier un danger et mettre en œuvre une protection adaptée
- Alerter
- Identifier l'inconscience et assurer la liberté et la protection des voies aériennes
- Identifier un arrêt cardiaque et réaliser une réanimation cardio-pulmonaire de base avec matériel (défibrillateur automatisé externe)
- Identifier une obstruction aiguë des voies aériennes et réaliser les gestes adéquats

- Arrêter une hémorragie externe

FGSU II :

Comporte la prise en charge des urgences potentielles :

- Identifier un arrêt cardiaque chez l'enfant et réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec le matériel d'urgence prévu (chariot d'urgence, matériel embarqué...)
- PEC adaptée à un traumatisme, enlever un casque intégral
- faire face à un malaise
- Faire face à un accouchement inopiné
- Appliquer les règles de protection face à un risque infectieux
- S'intégrer dans la mise en œuvre des plans de secours et des plans blancs
- Identifier son rôle en cas d'activation des annexes NRBC et se protéger par la tenue adaptée prévue.

II. Présentation de l'étude :

C'est une étude analytique descriptive transversale réalisée au cours des mois du Mars à Aout 2016 dans la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

1. Population :

L'étude cible les étudiants inscrits en 3^{ème} et 6^{ème} années de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

1.1. Critères d'inclusion :

Tout étudiant inscrit en 3^{ème} et 6^{ème} années des études médicales au niveau de la FMPM.

1.2. Critères d'exclusion :

Les étudiants inscrits en 3^{ème} et 6^{ème} années n'ayant pas assisté aux séances de GSU.

III. Méthodes et analyses

1. Définition des paramètres :

1.1. Questionnaire :

Les données sont recueillies à travers un questionnaire délivré aux étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année.

Le questionnaire est constitué principalement de questions à choix multiples, afin de minimiser le temps de réponse pour les étudiants. [annexe1].

Il comporte 4 parties :

- 1- Dans un premier lieu des questions visant l'étudiant quant à son âge, sexe, niveau d'étude ainsi que la notion d'avoir une occasion d'assister à une séance des gestes et soins d'urgence auparavant
- 2- Dans un second temps, des questions visant le programme des gestes et soins d'urgence: les objectifs, l'ordre du programme, le déroulement des séances.
- 3- Dans une 3eme partie ; nous avons essayé d'analyser le contenu des séances : le lieu et la date, le nombre d'heures, le nombre des étudiants par séance, les scénarios, les formateurs et leurs compétences, scientifiques, d'enseignement et d'animation, ainsi que les thèmes abordés durant les séances.
- 4- En dernière partie, nous avons essayé d'avoir une approche des points de vue des étudiants quant à la formation et leur degré de satisfaction.

1.2. Diffusion du questionnaire :

Le questionnaire a été délivré directement aux étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} années aux niveau des services hospitaliers du centre hospitalier Med VI au cours de leurs stages d'externat durant les mois Mars, Avril et Mai 2016.

2. Méthodes statistiques :

La démarche entreprise pour ce travail était à la fois quantitative et qualitative. L'analyse statistique des réponses fermées a fait appel à de simples pourcentages, la nature exacte de la distribution de la population étant exactement connue et la taille de la population peu élevée. Les réponses ouvertes ont été codées et classées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2010®, d'après une technique d'accompagnement structurée.



RÉSULTATS



I. Participation

A l'issue de la période déterminée, nous avons recueilli 185 réponses sur les 275 questionnaires envoyés, soit un taux de réponses de 67.27 % pour les étudiants de la 3^{ème} année et 175 réponses sur les 240 questionnaires envoyés, soit un taux de réponses de 72.91 % pour les étudiants de la 6^{ème} année.

II. données épidémiologiques :

1. 3^{ème} année :

Sur les 185 étudiants ayant répondu au questionnaire :

- 56 sont de sexe masculin (30%)
- 129 sont de sexe féminin (70%)

L'âge des étudiants varie entre 21 et 23 ans avec une moyenne de 21,41 ans.

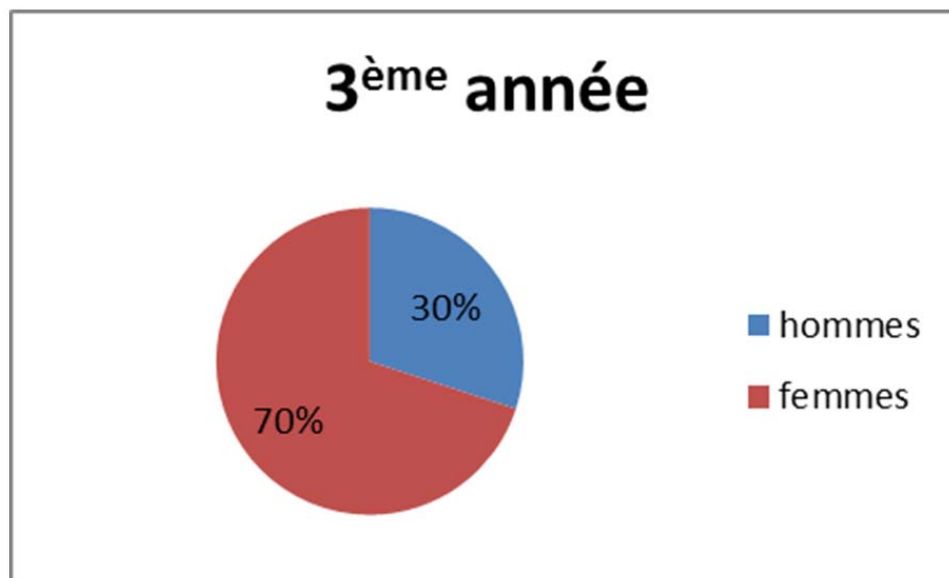


Figure1 : répartition des étudiants de la 3^{ème} année en fonction du sexe.

100% des étudiants ont déjà eu une approche de la GSU et ayant déjà bénéficié des séances d'apprentissage aux gestes et soins d'urgence au cours de l'année à la FMPM et concernant GSU I dont la présence était obligatoire.

2. 6^{ème} année :

Sur les 175 étudiants ayant répondu au questionnaire :

- 74 sont des hommes (42.22%)
- 101 sont des femmes (57.78%)

L'âge des étudiants varie entre 23 et 25 ans avec une moyenne de 23,17 ans.

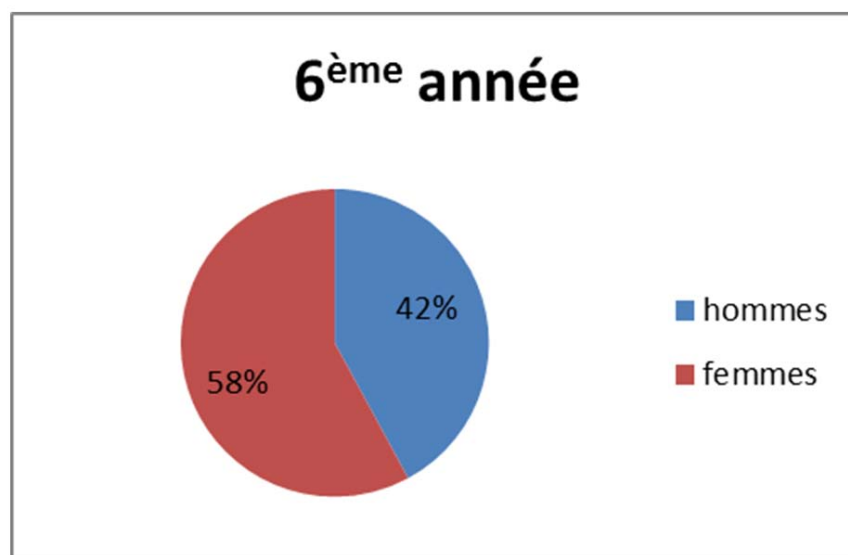


Figure2 : répartition des étudiants de la 6^{ème} année en fonction du sexe.

100% des étudiants ont déjà eu une approche de la GSU et ayant déjà bénéficié des séances d'apprentissage aux gestes et soins d'urgence au cours de l'année à la FMPM et concernant GSU II dont 91.11% d'entre eux ont déjà bénéficié d'une formation GSU I au cours de leur 3^{ème} année d'études médicales.

La présence aux séances de GSU II était obligatoire.

III. Programme des GSU :

1. 3^{ème} année :

95.83% des étudiants ont répondu que les objectifs du programme ont été bien définis au début des séances alors que 4.17% d'entre eux ont affirmé le contraire.

95% des étudiants ont trouvé que le contenu du programme a été à leur portée tandis que 5% ont jugé que le contenu était un peu difficile.

70.83% des étudiants ont estimé que le programme des séances était bien ordonné et révisé par un comité pédagogique alors que 29.17% ont trouvé que le programme était anarchique et conditionné par le déroulement des séances.

2. 6^{ème} année :

91.11% des étudiants ont répondu que les objectifs du programme ont été bien définis au début des séances alors que 4.17% d'entre eux ont affirmé le contraire.

97.77% des étudiants ont trouvé que le contenu du programme a été à leur portée tandis que 2.23% ont jugé que le contenu était difficile.

55.55 % des étudiants ont estimé que le programme des séances était bien ordonné et révisé par un comité pédagogique alors que 44.45 % ont trouvé que le programme était anarchique et conditionné par le déroulement des séances.

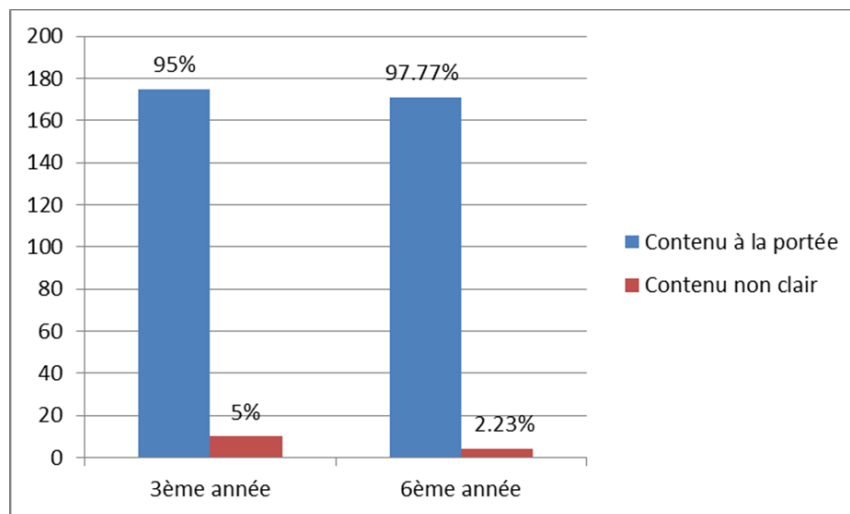


Figure3 : répartition du nombre d'étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de compréhension du contenu du programme de la FGSU.

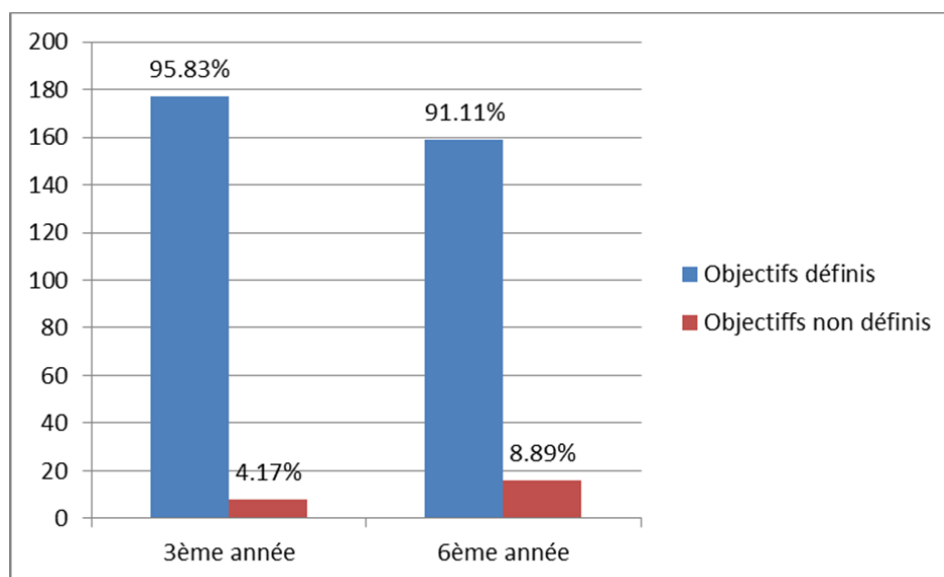


Figure4 : répartition du nombre d'étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des objectifs de la FGSU.

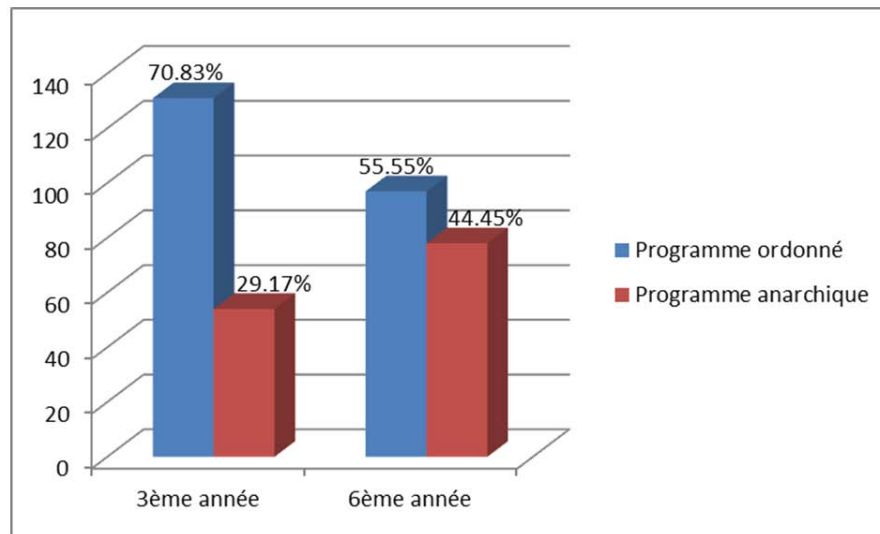


Figure5 : répartition du nombre d'étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction de l'ordre du programme de la FGSU.

IV. Séances :

1. Données générales :

1.1. 3^{ème} année :

Les séances de GSU I se sont déroulées durant l'année 2015/2016.

58.34% des étudiants ont assisté aux séances au niveau de la FMPM alors que 41.66% au niveau du centre de CESU Ibn Tofail.

La durée moyenne des séances était de 12 heures réparties sur 3 jours; dont 29.16% des étudiants l'ont trouvé comme suffisante pour la formation alors que 70.84% ont affirmé que c'est insuffisant et ont proposé une durée moyenne de 20 heures.

Le nombre moyen des étudiants par séance était de 22 personnes.

1.2. 6^{ème} année :

Les séances de GSU II se sont déroulées durant l'année 2015/2016.

46.66 % des étudiants ont assisté aux séances au niveau de la FMPM alors que 53.34% au niveau du centre de CESU Ibn Tofail.

La durée moyenne des séances était de 12 heures réparties sur 3 jours, dont 31.11% des étudiants l'ont trouvé comme suffisante pour la formation alors que 68.89% ont affirmé que c'est insuffisant et ont proposé une durée supplémentaire de 12 heures.

Le nombre moyen des étudiants par séance était de 27 personnes.

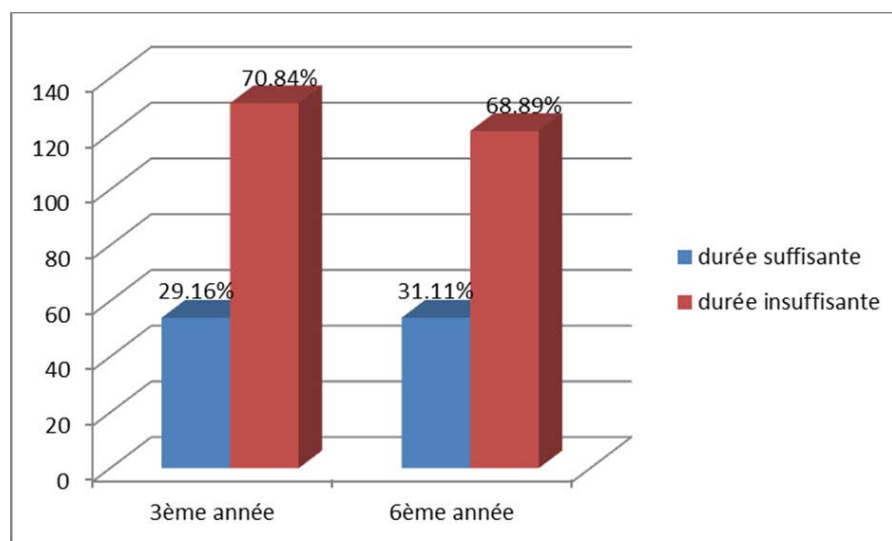


Figure6 : répartition du nombre d'étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction de la durée de la FGSU.

2. Formateurs :

2.1. 3^{ème} année :

Les séances ont été animées par des professeurs en anesthésie réanimation accompagnés par des formateurs en GSU ou des résidents en anesthésie réanimation avec une moyenne de 2 encadrants par séance.

La qualité du contenu scientifique des encadrants a été jugée très bonne chez 20.83% des étudiants, bonne chez 41.66% des étudiants et moyenne chez 37.51% des étudiants. Alors que les stratégies d'enseignement ont été trouvées très bonnes chez 29.16% des étudiants, bonnes

chez 33.33% des étudiants et moyennes chez 37.51% d'entre eux. Tandis que les compétences des formateurs pour animer un groupe d'apprenants de manière interactive ont été estimées très bonnes chez 33.33% des étudiants, bonnes chez 45.83% des étudiants, moyennes chez 12.50% et médiocres chez 8.34% d'entre eux.

2.2. 6ème année :

Les séances ont été animées par des professeurs en anesthésie réanimation accompagnés par des formateurs en GSU ou des résidents en anesthésie réanimation avec une moyenne de 2 encadrants par séance.

La qualité du contenu scientifique des encadrants a été jugée très bonne chez 20% des étudiants, bonne chez 55.55% des étudiants et moyenne chez 24.45% des étudiants. Alors que les stratégies d'enseignement ont été trouvées très bonnes chez 2.23% des étudiants, bonnes chez 48.88% des étudiants, moyennes chez 46.66% des étudiants, et médiocres chez 2.23% d'entre eux. Tandis que les compétences des formateurs pour animer un groupe d'apprenants de manière interactive ont été estimées très bonnes chez 6.66% des étudiants, bonnes chez 53.34% des étudiants, moyennes chez 37.70% et médiocres chez 2.23% d'entre eux.

Tableau I : répartition des étudiants de la 3ème et la 6ème année en fonction de leur degré de satisfaction du contenu scientifique des formateurs GSU.

Contenu scientifique des formateurs	Etudiants 3ème année		Etudiants 6ème année	
	Nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
très bon	38	20,83	35	20
Bon	77	41,66	97	55,55
Moyen	70	37,51	43	24,45
Médiocre	0	0	0	0

Tableau II : répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des stratégies d'enseignement des formateurs GSU.

Stratégies d'enseignement des formateurs	Etudiants 3 ^{ème} année		Etudiants 6 ^{ème} année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
très bonnes	54	29,16	4	2,23
Bonnes	61	33,33	85	48,88
Moyennes	70	37,51	82	46,66
Médiocres	0	0	4	2,23

Tableau III : répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des compétences d'animation des formateurs GSU.

Compétences d'animation des formateurs	Etudiants 3 ^{ème} année		Etudiants 6 ^{ème} année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
très bonnes	61	33,33	12	6,66
Bonnes	84	45,83	93	53,34
Moyennes	23	12,50	66	37,77
Médiocres	17	8,34	4	2,23

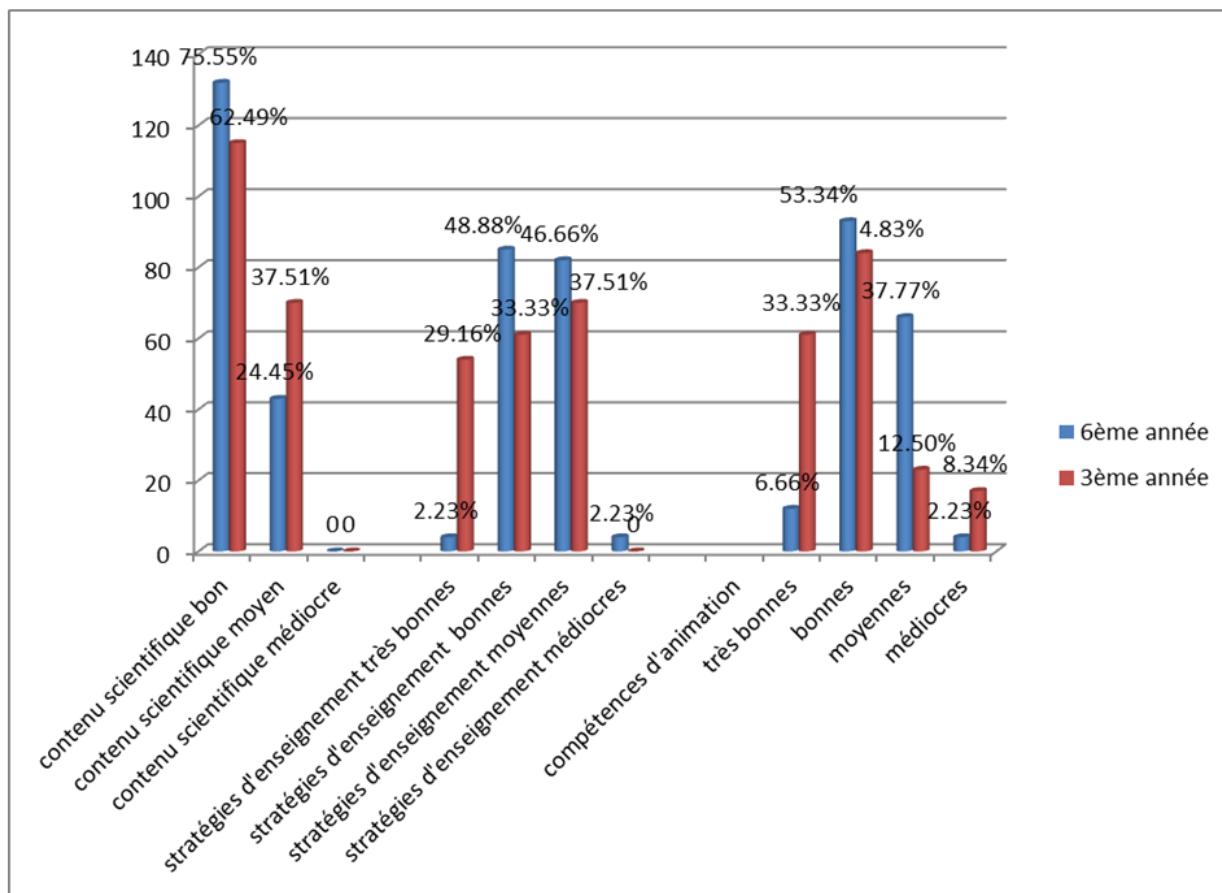


Figure7: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction de la qualité des formateurs GSU.

3. Scénarios adoptés pour animer les séances :

3.1. 3^{ème} année :

100% des étudiants ont objectivés que les scénarios ont été orientés par les objectifs pédagogiques.

Les scénarios ont été dictés par des aspects techniques notamment :

- des gestes à réaliser pour 79.16% des étudiants comme les gestes de réanimation cardio pulmonaire de base.
- des procédures de soins à appliquer pour 83.33% des étudiants

- l'usage de matériel biomédical pour 83.33% des étudiants notamment les mannequins, BAVU, matériel d'intubation...

Les scénarios ont été orientés par des aspects non techniques notamment des attitudes devant le malade et la situation pour 91.66% des étudiants ainsi que le raisonnement clinique pour 83.33% des étudiants.

Les scénarios ainsi ont été liés aux :

- dimensions sociales pour 87.5% des étudiants
- dimensions hiérarchiques du travail en équipe pour 95.83% des étudiants
- dimensions cognitives comme la fatigue et le stress pour 70.83% des étudiants.

3.2. 6ème année :

95.55% des étudiants ont objectivé que les scénarios ont été orientés par les objectifs pédagogiques.

Les scénarios ont été dictés par des aspects techniques notamment :

- des gestes à réaliser pour 60% des étudiants comme les gestes de réanimation cardio pulmonaire de base.
- des procédures de soins à appliquer pour 64.44% des étudiants
- l'usage de matériel biomédical pour 75.55% des étudiants notamment les mannequins, BAVU, matériel d'intubation...

Les scénarios ont été orientés par des aspects non techniques notamment des attitudes devant le malade et la situation pour 88.88% des étudiants ainsi que le raisonnement clinique pour 82.22% des étudiants.

Les scénarios ainsi ont été liés aux :

- dimensions sociales pour 73.33% des étudiants
- dimensions hiérarchiques du travail en équipe pour 86.66% des étudiants

- dimensions cognitives comme la fatigue et le stress pour 60% des étudiants.

Tableau IV : répartition des étudiants de la 3ème et la 6ème année en fonction de leur degré de satisfaction du contenu des scénarios de la FGSU (1).

Scénarios	Etudiants 3ème année		Etudiants 6ème année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
orientés par les objectifs	185	100	167	95,55
non orientés par les objectifs	0	0	8	4,45
dictés par des gestes	146	79,16	105	60
non dictés par des gestes	39	20,84	70	40
usage de matériel	154	83,33	132	75,55
pas d'usage de matériel	31	16,67	43	24,45

Tableau V : répartition des étudiants de la 3ème et la 6ème année en fonction de leur degré de satisfaction du contenu des scénarios de la FGSU (2).

Scénarios	Etudiants 3ème année		Etudiants 6ème année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
attitudes devant le malade	169	91,66	155	88,88
pas d'attitudes devant le malade	16	8,34	20	11,12
raisonnement clinique	154	83,33	143	82,22
pas de raisonnement clinique	31	16,67	32	17,78

Tableau VI : répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction du contenu des scénarios de la FGSU (3).

Scénarios	Etudiants 3 ^{ème} année		Etudiants 6 ^{ème} année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
liés aux dimensions sociales	162	87,50	128	73,33
non liés aux dimensions sociales	23	12,50	47	26,67
liés aux dimensions hiérarchiques du travail	177	95,83	151	86,66
non liés aux dimensions hiérarchiques du travail	8	4,17	24	13,34
liés aux dimensions cognitives	131	70,83	105	60
non liés aux dimensions cognitives	54	29,17	70	40

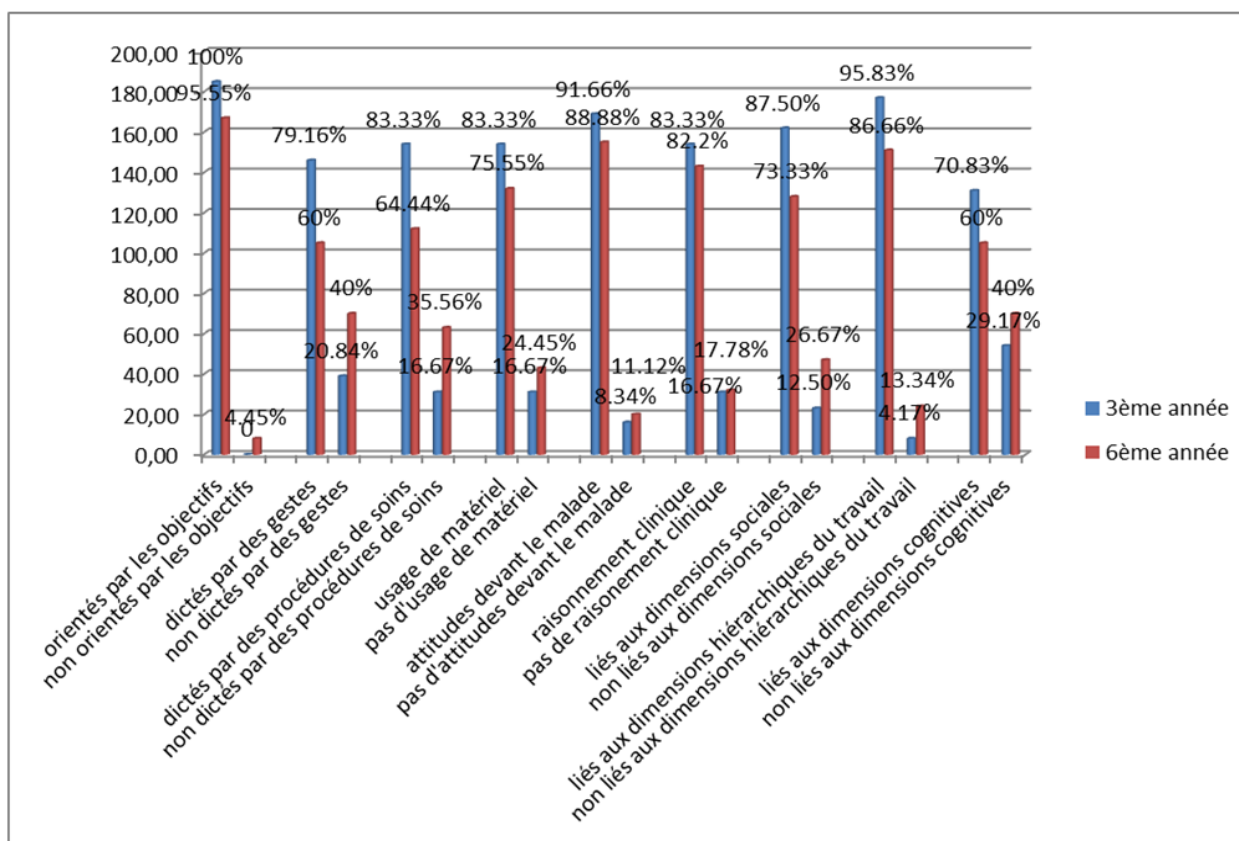


Figure8: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} années en fonction de leur degré de satisfaction du contenu des scénarios de la FGSU.

4. Thèmes :

Concernant les thèmes abordés durant la formation :

4.1. 3^{ème} année :

100% des étudiants ont été satisfaits par les thèmes abordés durant la formation, 29.17% d'entre eux ont souhaité aborder d'autres thèmes de plus; notamment la réanimation pédiatrique.

70% des étudiants ont mentionné que le temps fourni pour la totalité de la formation était insuffisant. 54.16% des étudiants ont estimé que certains thèmes auraient mérité plus de temps notamment la réanimation cardio pulmonaire et la partie pratique sur des mannequins.

12.5% des étudiants ont répondu que certains thèmes auraient mérité moins de temps notamment la partie théorique.

4.2. 6^{ème} année :

95.55% des étudiants ont été satisfaits par les thèmes abordés durant la formation, 44.44% d'entre eux ont souhaité aborder d'autres thèmes de plus.

37.77% des étudiants ont mentionné que le temps fourni pour la totalité de la formation était insuffisant.

57.77% des étudiants qui ont estimé que certains thèmes auraient mérité plus de temps notamment la réanimation cardio pulmonaire et la partie pratique sur des mannequins.

11.12% des étudiants ont répondu que certains thèmes auraient mérité moins de temps notamment la partie théorique.

Tableau VII : répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des thèmes abordés durant la FGSU.

Thèmes	Etudiants 3 ^{ème} année		Etudiants 6 ^{ème} année	
	nombre	Pourcentage %	nombre	Pourcentage %
thèmes à ne pas aborder				
Oui	0	0	8	4,45
Non	185	100	167	95,55
aborder d'autres thèmes				
Oui	54	29,17	77	44,44
Non	131	70,83	98	55,56
aborder avec temps suffisant				
Oui	56	30	66	37,77
Non	129	70	109	62,23
thèmes méritent plus de temps				
Oui	100	54,16	101	57,77
Non	85	45,84	74	42,23
thèmes méritent moins de temps				
Oui	23	12,50	19	11,12
Non	162	87,50	156	88,88

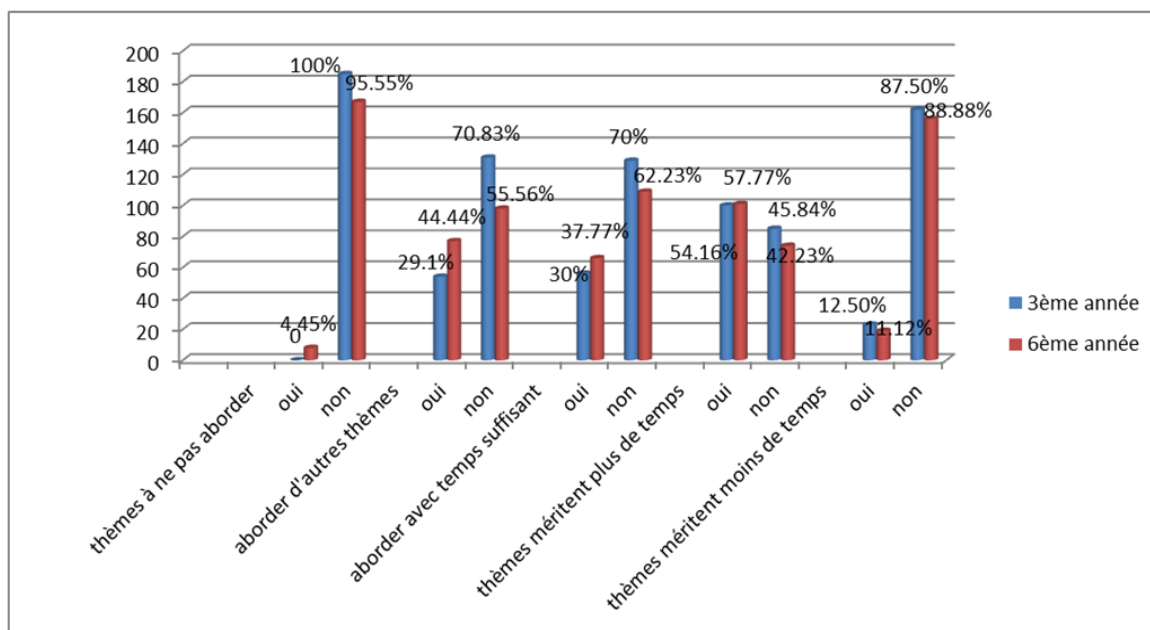


Figure9: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des thèmes abordés durant la FGSU.

V. satisfaction des étudiants en vers la formation :

3^{ème} année :

A la suite de la formation GSU I, 66.66% des étudiants ont répondu qu'ils puissent prendre en charge en partie une situation d'urgence et de pratiquer les gestes adaptés tandis que 29.17% peuvent la prendre en charge en totalité et 4.17% seront incapables de le faire.

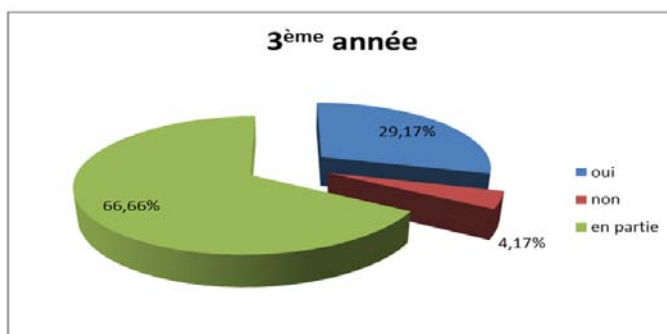


Figure10: répartition des étudiants de la 3^{ème} année en fonction de leur ressenti de prendre en charge une situation d'urgence après la FGSU.

6^{ème} année :

A la suite de la formation GSU II ,62.23% des étudiants ont répondu qu'ils puissent prendre en charge en partie une situation d'urgence et de pratiquer les gestes adaptés tandis que 28.88% peuvent la prendre en charge en totalité et 8.89% seront incapables de le faire.

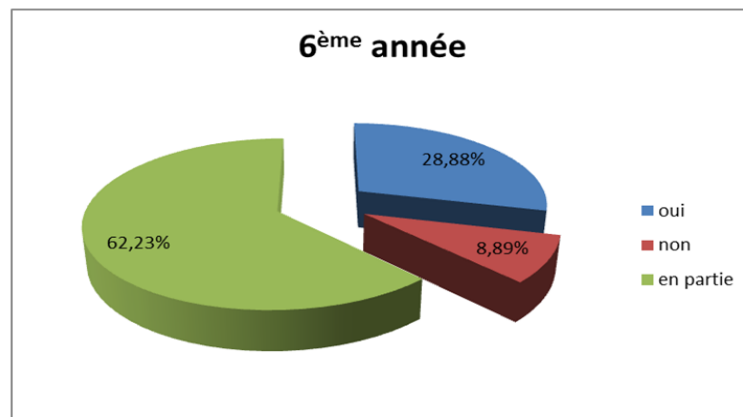


Figure11: répartition des étudiants de la 6^{ème} année en fonction de leur ressenti de prendre en charge une situation d'urgence après la FGSU.

100% des étudiants ont trouvé que la formation GSU I avait un intérêt sur le plan personnel et professionnel.

82.22% des étudiants ont trouvé que la formation GSU II avait un intérêt sur le plan personnel et professionnel, alors que 2.23% ont affirmé qu'elle avait un intérêt juste sur le plan personnel et 13.32% juste sur le plan professionnel.

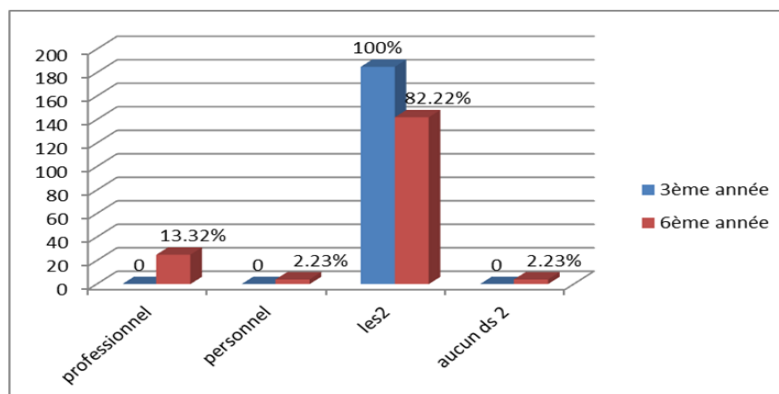


Figure12: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur point de vue sur l'intérêt de la FGSU.

Globalement, la formation GSU I a pu répondre totalement aux besoins d'apprentissage des GSU chez 12.50% des étudiants, assez bien chez 58.33% et insuffisamment chez 29.17% des étudiants. Ainsi le taux de satisfaction global était de 70,83%.

30% des étudiants ont répondu que certains objectifs sont restés sans réponses.

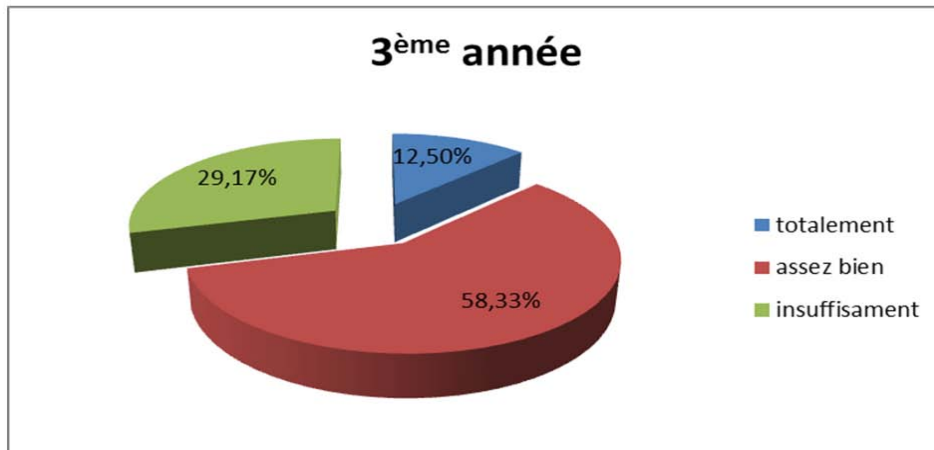


Figure13: le taux de réponse de la FGSU aux besoins des étudiants de la 3^{ème} année.

Globalement, la formation GSU II a pu répondre totalement aux besoins d'apprentissage des GSU chez 11.12% des étudiants, assez bien chez 66.66% et insuffisamment chez 22.22% des étudiants. Ainsi le taux de satisfaction global était de 77,78%.

24.44% des étudiants ont répondu que certains objectifs sont restés sans réponses.

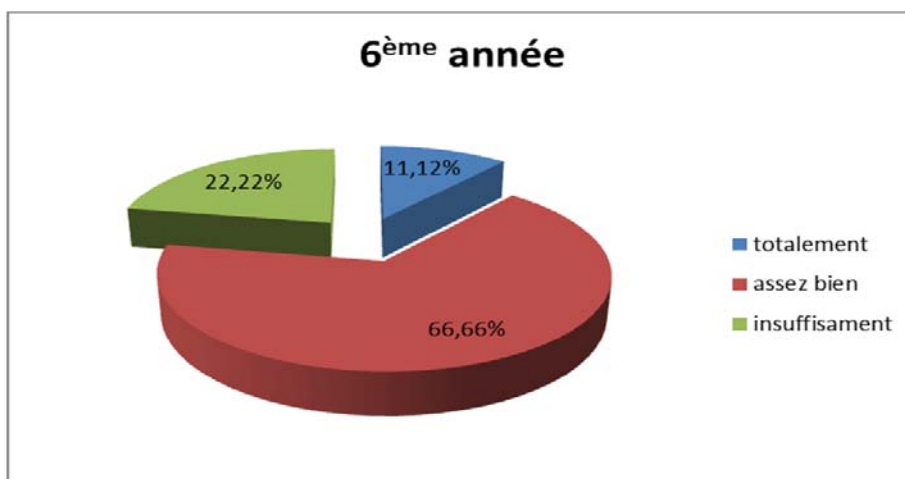


Figure14: le taux de réponse de la FGSU aux besoins des étudiants de la 6^{ème} année.

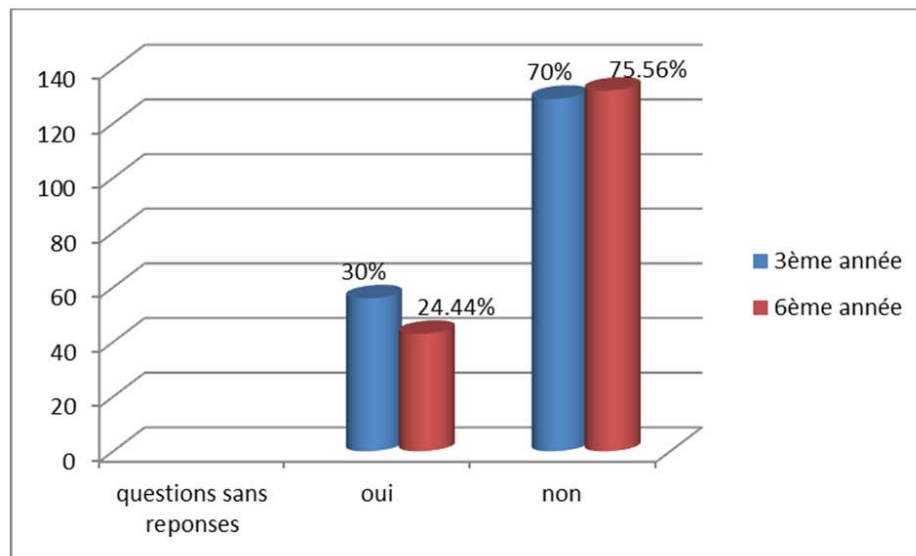


Figure 15: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction du taux de questions restées sans réponses après la FGSU.

🚩 3^{ème} année :

Concernant les modalités pédagogiques de la formation notamment les aspects théoriques, les gestes et les techniques: 50% des étudiants ont trouvé que la formation comportait plus de théorie que de pratique, 25% d'entre eux ont trouvé qu'elle comportait suffisamment de théorie et de pratique alors que 25% ont affirmé qu'elle ne comportait aucune des deux.

🚩 6^{ème} année :

Concernant les modalités pédagogiques de la formation notamment les aspects théoriques, les gestes et les techniques: 55.55% des étudiants ont trouvé que la formation comportait plus de théorie que de pratique, 26.66% d'entre eux ont trouvé qu'elle comportait suffisamment de théorie et de pratique alors que 13.33% ont affirmé qu'elle ne comportait aucune des deux, et 4.46% ont jugé qu'elle comportait trop de pratique et pas assez de théorie.

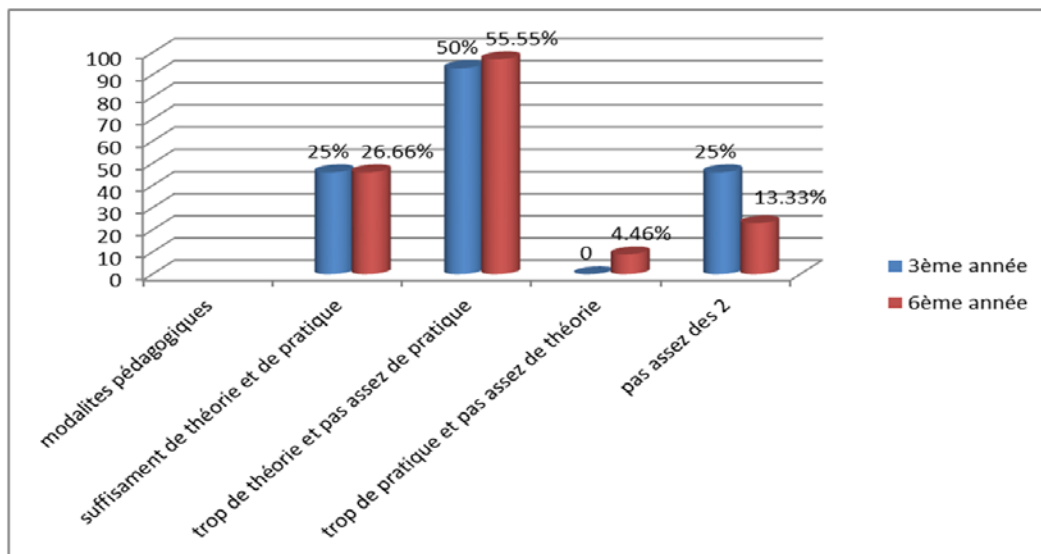


Figure16: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction des modalités pédagogiques adoptées durant la FGSU.

✚ Malgré cela :

Pour les étudiants de la 3^{ème} année : 100% ont recommandé ce type de formation pour leurs amis et 75% d'entre eux ont aimé faire partie de l'équipe de formation de GSU. 54.16% ont trouvé que la formation GSU a plus de spécificités pédagogiques par rapport aux autres méthodes d'apprentissage notamment le cours magistral et les travaux pratiques.

Pour les étudiants de la 6^{ème} année : 93.33% ont recommandé ce type de formation pour leurs amis. 77.77% d'entre eux ont aimé faire partie de l'équipe de formation de GSU, et 57.77% des étudiants ont trouvé que la formation GSU a plus de spécificités pédagogiques par rapport aux autres méthodes d'apprentissage notamment le cours magistral et les travaux pratiques.

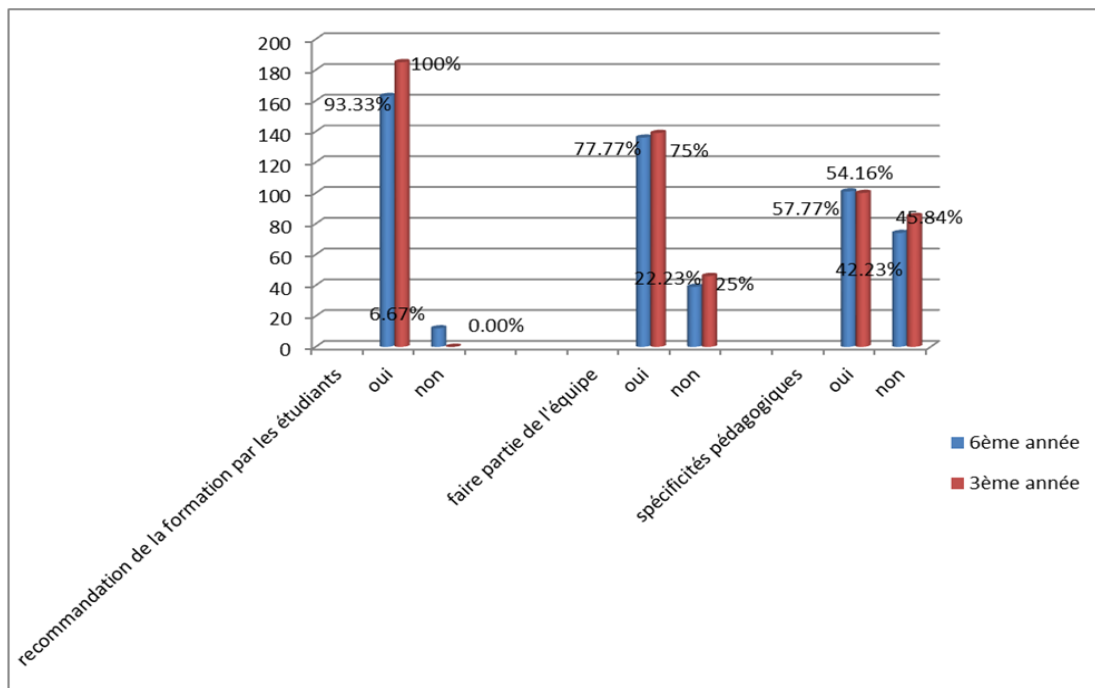


Figure17: répartition des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année en fonction de leur degré de satisfaction globale de la FGSU.



DISCUSSION



Notre travail avait pour objectif principal d'étudier le degré de satisfaction des étudiants et futurs médecins à la formation aux gestes et soins d'urgence autant en 3^{ème} année qu'en 6^{ème} année.

I. Echantillon et représentativité :

Nous avons obtenu un taux de réponse de 67.27% pour les étudiants de la 3^{ème} année et 72.91% pour les étudiants de la 6^{ème} année, résultat raisonnable comparativement aux taux habituels de réponses dans le cadre d'une étude par questionnaire.

En revanche, leur non-exhaustivité et les relances itératives parfois nécessaires soulèvent des questionnements au sujet de l'évaluation des enseignements et des enseignants.

Cette évaluation a pour but de documenter les pratiques innovantes et constructives, et de susciter d'éventuels changements à partir d'observations fiables.

Comme toute évaluation, elle peut se heurter à des difficultés de plusieurs ordres :

- crainte d'être évalué?
- opinion négative sur l'utilité de l'étude?
- désaccord sur les composantes et le processus d'évaluation?
- manque de temps et de ressources?
- absence de motivation? Autres priorités?

Pourtant, l'exemple canadien de l'Université de Montréal a fait ses preuves [6]. Depuis plus de 10 ans, la faculté de médecine québécoise a développé une politique facultaire d'évaluation à la fois externe (instances extérieures) et interne (enseignants), ayant pour objectifs un enseignement de qualité et des enseignants efficaces.

Aussi, en France, à l'image des procédures d'accréditation hospitalière garantissant la qualité des soins, un processus identique d'évaluation de la qualité pédagogique de

l'enseignement de la médecine générale dans les stages hospitaliers pourrait valoriser la formation de l'étudiant en médecine générale.

II. Questionnaire :

Nous avons choisi de construire notre questionnaire autour de la majorité des items. Ce support est une interface entre le formateur et l'étudiant, indispensable dans le suivi de sa formation et de son évaluation. Contenant des points de vue des étudiants envers le déroulement de la formation, il constitue un outil pertinent qu'il conviendrait de partager avec l'ensemble de la communauté enseignante. Aussi, il serait intéressant que les formateurs puissent en prendre connaissance afin d'en mesurer l'intérêt pédagogique et de le soutenir au cours de la formation.

III. Durée :

La durée consacrée à la totalité de l'étude a pris entre 6 à 7 mois, durée suffisante pour collecter les réponses de la majorité des étudiants.

IV. Limites :

Les limites à notre étude sont celles à une étude comprenant des données subjectives.

Même si on a visé notre population comme étudiants de 3^{ème} et 6^{ème} années, un biais d'exclusion a été induit par le refus de réponse de près de presque un tiers des étudiants interrogés. Un 2^{ème} biais est celui relatif au fait que les données recueillies aient été déclaratives. La subjectivité des réponses et leur analyse suite à un post codage manuel ont pu entraîner une perte d'information voire même sa déformation. Enfin, cette étude étant basée sur des informations du passé, il existe également un biais de mémorisation.

V. La formation aux urgences en médecine générale :

S'il y a bien longtemps que l'enseignement des « urgences » fait, dans tous les pays, partie du programme de formation des étudiants en médecine, ce n'est que depuis un quart de siècle que l'on se soucie d'enseigner la médecine d'urgence comme discipline à part entière.

A l'origine de cette évolution on peut relever comme principaux facteurs :

- le développement de techniques performantes pour la prise en charge des situations de détresse, qu'elles soient déjà installées ou simplement menaçantes ;
- la mise en place d'un dispositif structuré de prise en charge des urgences allant de l'extra- hospitalier (domicile, lieu ou voie publique,...) à l'intra-hospitalier (accueil des urgences).

Ces progrès ont ainsi rendu nécessaires une formation de base de tous les médecins à la prise en charge en première intention des situations d'urgences ;

Concernant la **formation de tous les médecins à la prise en charge des urgences**, le cursus des études médicales prévoit maintenant un dispositif qui fait, le plus possible, appel aux approches pédagogiques centrées sur l'apprentissage de l'étudiant et qui facilite ainsi l'acquisition des compétences et des comportements : étude de cas cliniques et travaux pratiques d'apprentissage des techniques allant du secourisme à la mise en condition élémentaire des patients en situation de détresse.

VI. Programme de la formation GSU I et GSU II :

1. Items abordés durant la FGSU I :

1.1. Alerte et protection :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Réaliser une protection et Alerte

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Une ou plusieurs victimes avec présence de danger environnant

c. Risques liés à la situation :

- sur accident

d. Objectifs du geste :

- Assurer la protection immédiate, adaptée et permanente de soi-même, de la victime et des autres personnes des dangers environnants, notamment du sur-accident en utilisant, si nécessaire, les moyens à disposition.
- Assurer la transmission de l'alerte au service d'urgence le plus adapté.

e. Comment faire le geste :

Tableau VIII : comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
<p>Protection :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérer le danger « Existe-t-il un danger, et ou est-il ? » - Identifier les personnes exposées « qui est exposé au danger ? » - Le danger est-il contrôlable sans risque pour le sauveteur ? - « Avec quoi et avec qui assurer la protection des personnes exposées ? ». - Mettre en œuvre la protection : contrôle du danger, écartier les personnes exposées, balisage... <p>Alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • observer et analyser la situation : situation accidentelle, danger, victime réelle ou potentielle. • Se localiser • Choisir le service de secours adapté : 15, 19,177 ou 141. • Trouver le moyen de l'alerte : moyens de communication. • Transmettre l'alerte : message d'alerte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afin d'éviter toute exposition à un danger qui pourrait lui être préjudiciable et compromettre son action de secours, le sauveteur doit tout mettre en œuvre pour assurer sa sécurité, celle de la victime et des tiers. • Les premiers gestes du secours ne sont réalisables par le sauveteur que si la victime se trouve dans un endroit sûr. • La transmission de l'alerte permet la mise en œuvre la plus rapide possible des moyens de secours les plus adaptés. • Même si les différents services de secours sont interconnectés, l'appel direct du service le plus concerné permet un gain de temps.

f. Exemple de scénario d'apprentissage:

Situation d'accident de la voie publique ou du travail avec présence de danger contrôlable

g. Matériel nécessaire:

- Rétroprojecteur
- Tableau et feutre

1.2. Obstruction des VAS :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Désobstruer les VAS

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- victime qui s'étouffe
- Porte les 2 mains à son cou
- Impossibilité de : parler, respirer, tousser
- Anxiété extrême, cyanose

c. Risques liés à la situation :

- anoxie
- ACR

d. Objectif du geste :

- Désobstruction des VAS

e. Comment faire le geste:

Tableau IX : comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
Contexte de survenu d'une obstruction des VAS Identifier les différences entre une obstruction totale et partielle -Réaliser d'abord le geste puis alerter les secours -Réaliser 5 tapes sur le dos -Réaliser 5 compressions abdominales -Reprendre la séquence jusqu'à désobstruction ou perte de connaissance Disposer rapidement de moyens de Réanimation	Ne pas aggraver une obstruction partielle surpression pulmonaire par compression abdominale permet expulsion. Vibration par tapes dorsales permet l'expulsion.

f. Exemple de scénario d'apprentissage :

- Patient âgé qui est en train de manger et qui soudain s'étouffe.

g. Matériel nécessaire:

- Mannequin nourrisson

1.3. Hémorragie externe :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Arrêter un saignement abondant externe

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir):

- Victime qui saigne
- Présence d'une plaie ou d'un saignement nasal « épistaxis »
- Débit d'écoulement du sang important et qui ne s'arrête pas spontanément (imbibe un mouchoir en quelques secondes)
- signes cliniques de gravité : soif, agitation, sueurs, pâleur, froideur des extrémités, sensation de malaise

c. Risques liés à la situation:

- Hypotension artérielle
- ACR

d. objectif du geste:

- Limiter ou arrêter le saignement abondant

e. Comment faire le geste:

Tableau X : comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
Reconnaitre une hémorragie externe et une épistaxis	Eviter une perte importante de sang qui menace le pronostic vital
Constater l'écoulement rapide du sang qui imbibe un mouchoir en quelques secondes et qui ne s'arrête pas spontanément	Risque vital imminent
Identifier le risque : chercher les signes de gravité (agitation, pâleur, soif...) +++	Réaliser l'hémostase provisoire
Arrêter le saignement	Eviter une transmission de maladies par le sang
Compression /Garrot	
Autoprotection (gants, linge propre,..)	

f. Exemple de scénario d'apprentissage:

- Sujet jeune victime d'une agression par coup de couteau au niveau de l'avant-bras

g. Matériel nécessaire:

- linge propre, sac en plastique, mouchoir en papier...
- Garrot (bande, cravate...)
- bouteille en plastique
- objet tranchant
- liquide rouge
- gants propres
- ...etc.

1.4. Victime inconsciente qui respire :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Victime inconsciente qui respire

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Identifier l'état d'inconscience
- Evaluer la respiration

c. Risques liés à la situation:

- Obstruction des voies aériennes
- Inhalation+++

d. objectifs du geste:

- Libérer les voies aériennes supérieures
- Favoriser l'écoulement des sécrétions à l'extérieur des VAS
- Maintenir la liberté des VAS

e. Comment faire le geste:

Tableau XI : comment faire le geste :

Points essentiels	justifications
Evaluer l'état de conscience	Confirmer que la victime est inconsciente
Assurer la liberté des VAS/Evaluer la respiration	Apprécier l'efficacité de la respiration et éviter l'anoxie
Alerter demander l'aide	Demander de l'aide
Mettre la victime en PLS Surveillance de la respiration	Maintenir la liberté des VAS Faciliter l'écoulement des sécrétions Prévenir l'inhalation

f. Exemple de scénario d'apprentissage :

- Patient allongé par terre et inconscient mais qui respire

g. Matériel nécessaire :

- Tapis

1.5. Arrêt cardio respiratoire :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Prise en charge d'un ACR

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Patient inconscient et ne respire pas

c. Risques liés à la situation:

- Si on ne démarre pas une RCP rapide, décès ou séquelles graves par anoxie

d. Objectif du geste:

- Reconnaître un ACR, alerter et réaliser immédiatement une RCP

e. Comment faire le geste:

Tableau XII : comment faire le geste :

Points essentiels	justifications
Citer situations à risques d'AC dans votre environnement professionnel	Evaluer la réactivité du patient
Reconnaitre un ACR	Libérer les voies aériennes supérieures et donc facilitation du passage de l'air
Secouer le patient et lui parler à haute voix : est-ce que vous m'entendez ? serrez-moi la main ? ouvrez les yeux	vérifier si le patient respire ou pas
Bascule de la tête en arrière avec soulèvement du menton	obtenir de l'aide et un DAE
Ecouter/sentir/regarder	Rétablir une circulation
Appeler /Alerter	Apport d'oxygène après 5 minutes de MCE ou d'emblée chez l'enfant
Réaliser les compressions thoraciques	Rétablir un rythme cardiaque
Envisager une ventilation	spontané efficace
Connaitre le principe et savoir utiliser un DAE	

f. Scénario d'apprentissage:

- Vous êtes témoin d'une situation où un sujet présente une douleur thoracique brutale avant de s'écrouler dans un lieu public

g. Matériel nécessaire :

- Mannequin adulte corps entier
- DAE de formation



Figure 18: ventilation au masque lors d'une RCP pratiquée sur mannequin.



Figure 19: massage cardiaque lors d'une RCP pratiquée sur mannequin.



Figure 20: apprentissage du massage cardiaque externe par les étudiants les uns sur les autres.



Figure 21: apprentissage du massage cardiaque externe sur mannequin.



Figure 22: apprentissage de l'usage du DAE par les étudiants.

2. Items abordés durant la FGSU II :

2.1. PEC d'un malaise :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Reconnaître un malaise : perte de connaissance brève
- Reconnaître les signes de gravité
- Prise en charge adaptée au contexte
- Dans tous les cas :
 - o Position d'attente
 - o Surveillance

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Perte de connaissance transitoire : début rapide, brutal, durée généralement brève, spontanément résolutive, perte du tonus postural (chute), avec un retour rapide à un état de conscience normal
- INTERROGATOIRE : Essentiel (patient et/ou famille/témoins+++)
 - o ATCDS : Diabète, cardio-vasculaire, malaise similaire, épilepsie.
 - o Préciser la symptomatologie : signes prodromiques, le ressenti du patient
 - o Recherche de signes de gravité (détresses vitales)

c. Risques liés à la situation:

- Blessures par traumatisme secondaire
- Inhalation
- ACR

d. Objectifs du geste :

Tableau XIII : comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
Protection: <ul style="list-style-type: none">- Patient conscient et stable : le laisser dans la position qui lui convient- Patient inconscient qui respire : désobstruction VAS et PLS.- Patient dyspnéique conscient : Position semi assise...- Glycémie capillaire- Prise prolongée du pouls (1 minute)- Prise de la PA- Faire ECG- Rechercher les signes de gravité liés au malaise et à l'étiologie :<ul style="list-style-type: none">o Douleur aigueo Dyspnée	Eviter le sur accident Position d'attentes adaptées Prévention de l'inhalation... orientation étiologique Médicalisation d'emblée et transfert vers une structure adaptée

e. exemple de scénario d'apprentissage :

- Jeux de rôles : (2groupes)
- Malaise dans un contexte pré-hospitalier, reprise de conscience, Gêne respiratoire que faire ?
- Malaise à l'hôpital, patient encore inconscient

f. Matériel nécessaire:

- Mannequin adulte
- Appareil PA
- glycomètre
- Tapis



Figure 23: principaux matériels utilisés durant la FGSU pour l'apprentissage de la RCP.



Figure 24: l'animation des séances en groupe des étudiants durant la FGSU.

2.2. PEC d'un traumatisé grave :

a. Thème de la séquence d'apprentissage :

- Prise en charge initiale d'un traumatisé grave

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Mécanisme et circonstances
- Critères de gravité :
 - o Cinétique...
 - o Risque vital (hémorragie...)
 - o Risque fonctionnel
 - o Douleur aiguë
- Nature du traumatisme (plaies, fractures, brûlures...)

c. Risques liés à la situation:

- Asphyxie
- Choc hémorragique
- Traumatisme médullaire
- Infection

d. objectif du geste:

- Reconnaître les signes de gravité devant un traumatisme
- Assurer une mise en condition initiale
- Énoncer les principes d'immobilisation, de relevage et de brancardage en équipe
- Prise en charge spécifique selon la nature et la localisation du traumatisme
- En fonction des compétences professionnelles et du milieu d'exercice, la formation doit être complétée notamment par :
 - o L'oxygénothérapie et ventilation : technique et matériel
 - o Utilisation d'un matériel d'aspiration
 - o Abord vasculaire et remplissage
 - o Préparer et administrer les drogues d'urgence
 - o Assurer un monitoring en fonction du matériel disponible

e. Comment faire le geste:

Tableau XIV: comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
1- Reconnaître et traiter une détresse vitale avérée ou potentielle o A : VA o B : Ventilation o C : circulation o D : Déficit neurologique o E : Examen somatique rapide de « la tête aux pieds » 2- Retrait du casque 3- Immobilisation, relevage et brancardage : o Placer un collier cervical o Mettre en place une attelle provisoire o Matelas à dépression o Prévention d l'hypothermie et de l'infection 4- Evaluer et traiter la douleur 5- sérothérapie antitétanique systématique 6- Prise en charge spécifique selon la nature et la localisation du traumatisme : o Brulures o Ecrasement ou section de membre o Plaies graves (ex : scalp) o Fractures (ex : fémur)	Initier une prise en charge rapide et adaptée (prioritaire) o Détecter les lésions a risque d'aggravation secondaire o Eviter l'aggravation du patient et des lésions initiales (embolie graisseuse, hypovolémie, infection...) o analgésie o Prévenir les complications du crush syndrome o Hémostase par points de rapprochement

f. Exemple de scénario d'apprentissage:

- AVP : motocycliste heurté par une voiture
 - o Prise en charge pré hospitalière
 - o Prise en charge au SAU

g. Matériel nécessaire:

- Mannequin corps entier
- Collier cervical
- Attelles d'immobilisation

- Matelas à dépression
- Casque
- Tapis
- Chariot d'urgence

2.3. PEC d'un accouchement inopiné :

a. Thème de la séquence d'apprentissage :

- Accomplir un accouchement en dehors des structures dédiées.

b. indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- parité
- durée du travail
- durée des contractions
- perte des eaux.

Ces éléments constituent le score de Malinas qui est prédictif de l'imminence de l'accouchement.

c. Risques liés à la situation :

- hémorragie de la délivrance
- détresse vitale du nouveau-né.

d. Objectif du geste :

- accomplir un accouchement dans de bonnes conditions
- Accueillir le nouveau-né
- Assister la délivrance

e. Comment faire le geste:

Tableau XV : comment faire le geste :

points essentiels	justifications
1- installation de la patiente sur un drap propre sur un lit, les fesses au bord et les talons reposant sur 2 chaises de part et d'autre	position optimale (gynécologique) hygiène et sécurité pour la mère et l'enfant
2- désinfection sommaire du périnée	préserver le périnée maternel
3- éclairage optimal	éviter la strangulation du nouveau-né
4- l'accouchement se fait naturellement, il faut le guider	éviter les complications chez la mère et le nouveau-né.
5- vérifier l'absence d'une circonférence du cordon	
6- jamais de gestes intempestifs	
7- respect de l'axe ombilico- coccygien en se prosternant	
8- sécher et essuyer le nouveau-né puis le poser sur sa mère en le recouvrant	
9- état du nouveau-né (FR, FC, tonus musculaire, réactivité et couleur)	
10- clamber le cordon	
11- s'assurer de la délivrance	

f. Exemple de scénario d'apprentissage:

Une parturiente qui se présente pour accouchement imminent dans un dispensaire rural

g. Matériel nécessaire:

- Bassin d'accouchement
- Mannequin
- nouveau-né.

2.4. PEC d'un ACR de l'enfant et du nourrisson :

a. Thème de la séquence d'apprentissage:

- Réalisation d'une RCP de base chez un enfant/nourrisson avec DAE

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Victime inconsciente
- Ne respire pas ou bradypnéique

c. Risques liés à la situation:

- Si retard de prise en charge : Décès du patient / séquelles graves

d. objectifs du geste:

- Reconnaître un ACR chez l'enfant /nourrisson
- Pratiquer une RCP de base à un puis deux secouristes
- Utiliser un DAE en respectant les conditions de sécurité
- En fonction des compétences professionnelles et du milieu d'exercice, la formation doit être complétée notamment par :
 - L'oxygénothérapie et ventilation : technique et matériel
 - Utilisation d'un matériel d'aspiration
 - Préparer et administrer les drogues d'urgence
 - Assurer un monitoring en fonction du matériel disponible

e. Comment faire le geste:

Tableau XVI : comment faire le geste :

Points essentiels	Justifications
1- Citer les situations à risque d'AC chez l'enfant/nourrisson	Contextualisation de la formation
2- Reconnaître un ACR (ne réagit pas ne respire pas ou bradynée)	Entamer rapidement une RCP et augmenter les chances de survie
3- Libération des voies aériennes et ventilation chez le nourrisson sans bascule de la tête	Spécificités anatomique du nourrisson
4- Commencer par 5 ventilations suivis par 2 min de RCP avant d'alerter	Cause hypoxique est la plus fréquente justifiant de ventiler
5- Ratio 30:2 à un secouriste	Privilégier l'oxygénation (ventilation)
6- Ratio 15:2 à deux secouristes	Energie requise moins que chez l'adulte
7- Utiliser un DAE avec de préférence un atténuateur d'énergie	
8- Reprendre la RCP immédiatement	

f. Quels sont les apports de connaissance à réaliser sans découverte par l'enseignant :

- Expliquer l'hypoxie comme cause principale des ACR chez l'enfant/nourrisson

- expliquer l'intérêt de débiter par 5 ventilations et une 2 minutes de RCP avant alerte
- Montrer la technique de RCP à un puis à 2 secouristes
- Expliquer les particularités de la défibrillation chez l'enfant/nourrisson
- Expliquer la fibrillation cardiaque
- Expliquer le principe physique de la défibrillation
- Insister sur l'intérêt de la défibrillation précoce

g. Exemple de scénario d'apprentissage:

Enfant victime de noyade avec ACR

h. Matériel nécessaire:

- Mannequin enfant /nourrisson
- DEA de formation
- BAVU enfant/nourrisson
- Tapis au sol



Figure 25: RCP chez le nourrisson pratiquée sur mannequin.

2.5. Risques collectifs :

a. Thème de la séquence d'apprentissage :

- Principe d'un plan d'urgence face aux risques collectifs

b. Indices à recueillir impliquant l'action (à faire découvrir) :

- Définir le risque collectif
- Définir les plans d'urgence et secours

c. Risques liés à la situation:

- Désorganisation des structures de soins d'urgence
- Mauvaise prise en charge des victimes

d. objectif du geste:

- Citer les différents types de risque
- Définir un afflux massif de victime
- connaître les différentes composantes du plan d'urgence hospitalier

e. Comment faire le geste:

Tableau XVII : comment faire le geste :

Points essentiels	justifications
alerte en fonction de la nature du risque collectif Connaître les principes de protection face à un risque NBC Connaître les principes de triage et de catégorisation des victimes Rôle du coordinateur médical Introduire la notion d'infirmier organisateur d'accueil	déclenchement du PUH et préparation des équipes Protection équipes Organisation et priorisation des urgences absolues Gérer l'afflux massif et assurer la continuité de service du SAU Tri et coordination

f. Scénario d'apprentissage:

- Exercice à résoudre par groupe
- Différents scénarios d'AMV selon circonstances et niveau de structure de soins

g. Matériel nécessaire :

- Diaporama
- Tableau, feutre

3. Techniques pédagogiques :

Au-delà des techniques pédagogiques traditionnelles, enseignées aux formateurs lors des formations de pédagogie initiale commune, d'autres méthodes et outils pédagogiques doivent être utilisés lors de la dispense d'une action de formation de gestes et soins d'urgence. Les techniques pédagogiques sont tous les procédés et démarches à suivre selon un certain ordre, qui permettent de mettre en œuvre les méthodes pédagogiques.

Exemples : étude de cas, démonstration pratique...

Dans cette formation ; il s'agit de l'étude de cas, la démonstration pratique, l'apprentissage, le cas concret, et parfois une conclusion. Ces différentes techniques pédagogiques permettent aux formateurs d'animer les séquences pédagogiques fixées dans le scénario pédagogique.

Le formateur commence l'animation d'une séquence pédagogique en annonçant le déroulement et la durée, ainsi qu'en indiquant l'objectif spécifique et sa finalité. Dans ce début de séance, les participants écoutent attentivement le formateur. Par la suite, en fonction des séquences pédagogiques déclinées dans le scénario pédagogique, il met en œuvre une ou plusieurs des 4 techniques pédagogiques décrites ci-dessous. Plus précisément, ces techniques permettent :

- de faire le point sur les connaissances déjà acquises par les participants et celles qui leur restent à acquérir : l'étude de cas;
- d'acquérir les connaissances nécessaires pour porter secours : la démonstration pratique et l'apprentissage ;
- d'appliquer les connaissances acquises dans un environnement recréé et montrer ainsi l'atteinte de l'objectif pédagogique : le cas concret (mise en situation du sauveteur, appelée simulation). [annexe2]

4. Evaluation des étudiants :

L'évaluation de la formation GSU analyse le système de formation dans ses différentes composantes : objectifs, dispositifs, programmes, organismes de formation...

Elle permet ainsi de mesurer l'état d'avancement de la progression pédagogique et le niveau d'atteinte de l'objectif concerné.

Cette évaluation peut être faite à différents moments de la formation et en fonction des réactions des différents acteurs de la formation (étudiants, formateurs...)

On distingue, par exemple, l'évaluation de satisfaction, l'évaluation du contenu de l'action de formation, l'évaluation des acquis ...

Le principal intérêt de ces critères d'évaluation réside dans le fait de les uniformiser en fonction de l'objectif spécifique visé, quel que soit le formateur qui évalue.

L'intérêt de cette démarche et de son application est de plusieurs ordres en terme d'exploitation de ses résultats :

- 1- Elle doit permettre à l'équipe pédagogique qui a dispensé l'enseignement de tirer toutes les conclusions qui s'imposent et qui incitent à mener des axes d'amélioration.
- 2- D'autre part, selon l'échelon territorial, chaque centre de formation peut, à son niveau de compétence, dégager un certain nombre de points, positifs ou négatifs, lui permettant d'assurer une politique de gestion et de formation plus efficiente.
- 3- L'évaluation de toutes les actions de formation, de l'unité d'enseignement GSU, permettra de donner des outils objectifs à la commission nationale des CESU, afin de mieux construire ou de réactualiser les référentiels nationaux, pour répondre efficacement au besoin du terrain et aux nouveaux enjeux de demain.

Une série de critères d'évaluation est faite selon le chapitre. [annexe3, 4]

VII. Résultats de l'étude :

Tout enseignement n'est pas facile à dispenser et doit être adapté au public concerné que ce soit pour le contenu, le temps dédié et la façon d'aborder les thèmes du programme.

En analysant les différentes réponses aux questions posées, on s'aperçoit que pour les étudiants, certaines difficultés sont rencontrées.

On a trouvé que le pourcentage des étudiants du sexe masculin qui ont répondu au questionnaire était respectivement de 30% et 42.22% pour les étudiants de la 3^{ème} et de la 6^{ème} année et celui des étudiantes était de 70% pour les 3^{ème} années et 57.78% pour les 6^{ème} années, mais on a pas tenu compte de ces pourcentages lors de l'analyse des résultats car on n'a pas remarqué assez de différences entre les réponses des deux sexes.

En effet, la durée des formations GSU I ou II, qui est normalement de 12 heures chacune est insuffisante pour 70.84% des étudiants de la 3^{ème} année et 68.89% pour les étudiants de la 6^{ème} année. Les étudiants sont confrontés au fait qu'ils doivent apercevoir un grand nombre d'informations en un temps restreint. Certains thèmes comme « la victime qui est inconsciente et qui ne respire pas » nécessite plusieurs heures et est primordiale. Les formateurs doivent souvent empiéter sur le reste du programme pour que tous les étudiants aient bien assimilé le déroulement d'une réanimation cardio pulmonaire.

De même, certains autres items comme les malaises ou les accidents collectifs sont traités de façon simple et apportent peu de connaissances aux participants qui restent souvent frustrés.

La durée de GSU niveau I semble donc trop courte et 100% des étudiants ont estimé qu'elle doit être allongée d'une moyenne de 12heures. Ce temps supplémentaire permettrait ainsi d'explorer plus en profondeur certains thèmes. Les autres causes déclarées de la faible satisfaction des étudiants étaient liées à la compétence des enseignants, les méthodes d'apprentissage et la répétition insuffisante des apprentissages.

Outre le manque de temps, une des principales difficultés évoquée est l'absence d'études d'autres thèmes notamment les risques NRBC, les douleurs thoraciques aigus, les intoxications...

En gros et selon les résultats de notre étude nous avons objectivé un degré de satisfaction des étudiants moyen à bon envers les séances de GSU niveaux I et II malgré des objectifs bien définis, contenu ordonné et scénarios orientés par les objectifs ; reste le déroulement des séances moins satisfaisant à cause du temps limité , des faibles capacités d'animation des séances par les formateurs ainsi que la formation qui consacre plus de temps à la théorie qu'à la pratique rendant ainsi les séances moins intéressantes.

Malgré cela, presque la totalité des étudiants ont recommandé ce type de formation ainsi qu'un nombre important d'entre eux a souhaité faire partie de l'équipe GSU.

Résultats semblables à ceux d'une étude similaire faite en juillet 2011, où un questionnaire auto-administré a été envoyé à 334 étudiants de la Faculté de médecine de l'Université d'Angers (France), respectivement inscrits en DES de médecine générale ($n = 212$) ou en année de thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ($n = 122$) pour recueillir la perception des étudiants relativement à leur aptitude à réaliser les gestes de premiers secours et les gestes médicaux d'urgence, explorait leurs connaissances déclaratives dans le domaine du secourisme et sollicitait enfin leur niveau de satisfaction relativement à la formation aux gestes de premiers secours et d'urgence qu'ils avaient reçu et leurs souhaits à cet égard.[7].

Leurs connaissances déclaratives relatives aux gestes de premiers secours et aux gestes médicaux d'urgence étaient très variables puisque le taux de bonnes réponses pour les indications de la position latérale de sécurité était de 94 % mais qu'il n'était que de 10% pour la prise en charge d'une hémorragie d'un membre lorsque le pansement compressif s'avérait insuffisant.

Aucune caractéristique individuelle n'était associée à la maîtrise des gestes de secourisme, à l'exception de l'ancienneté, associée à une meilleure maîtrise du cycle massages/insufflations ($p < 0,002$) et de la manœuvre d'Heimlich ($p < 0,03$).

Le taux d'insatisfaction vis-à-vis de la formation pratique reçue était élevé (67,7 %) chez les internes en cours de DES, voire très élevé chez les étudiants en cours de thèse (80 %). Il était moindre à l'égard de la formation théorique (32,4 %). Pour 83% des répondants, la remise à niveau devait être obligatoire ; selon 41 % des étudiants, elle pouvait avoir lieu tous les deux ans. 22 étudiants évoquaient la nécessité que la formation au secourisme soit répétée dans le cadre de chaque cycle de formation, pour ne pas perdre les automatismes et 3 étudiants évoquaient la nécessité d'une évaluation pratique, d'un contrôle des connaissances et d'une formation continue pour les médecins généralistes, la formation pouvant se faire à l'hôpital au sein de l'équipe soignante mais aussi de manière adaptée, centrée sur l'apprentissage de la capacité à gérer seul la situation d'urgence au cabinet. Les difficultés évoquées pour le maintien des acquis étaient : le changement régulier des recommandations, le manque de temps pour se former soi-même et le manque de pratique liée au filtre du dispositif territorial de régulation de la permanence des soins.

Les gestes d'urgences les moins maîtrisés sont les gestes les plus techniques et les moins fréquents (moins de la moitié des étudiants y a été confrontée): réalisation d'un accouchement, intubation et repositionnement d'une canule de trachéotomie (45 à 57 % des étudiants ne se sentaient pas aptes à les pratiquer) [8]. La réanimation cardio-pulmonaire, la prise en charge d'une douleur thoracique et l'utilisation de morphine en titration sont des gestes connus par plus de 9 étudiants sur 10. La prise en charge d'un choc anaphylactique, l'utilisation du défibrillateur automatisé externe et l'utilisation du diazépam ou du clonazépam par voie intra-rectale sont des actes qui semblent connus (par au moins deux tiers des étudiants interrogés) mais les situations correspondantes sont peu rencontrées (par moins d'un tiers des répondants seulement). Pour ce qui est de la pose d'une perfusion intraveineuse, il n'y a pas de différence significative entre les différentes promotions d'étudiants.

Concernant la satisfaction des étudiants vis-à-vis de la formation reçue en matière de premiers secours et de gestes d'urgence, il est singulier de constater que les étudiants en cours d'année de thèse s'estiment les moins bien formés, notamment au plan pratique, alors qu'ils ont

en principe d'avantage d'expérience. La majorité des répondants ont souhaité une remise à niveau tous les deux ans, ce qui équivaut à un rappel au cours du premier, du deuxième et du troisième cycle puis de manière régulière pendant l'activité professionnelle (sous forme de stages ou d'activités de formation médicale continue). Les récents et fréquents changements de recommandations en matière de secourisme mettent en difficultés les étudiants qui ne semblent pas avoir le temps de mettre à jour leurs connaissances de manière autonome, comme l'illustre le moindre niveau d'aptitude perçue en matière de secourisme par les étudiants en année de thèse.

On retrouve de nombreuses autres données sur le sujet laissant entendre un besoin important de formation. Une étude de l'année 1999 réalisée en Australie auprès de 84 médecins généralistes a retrouvé notamment des lacunes dans la gestion des urgences cardiaques (troubles du rythme, arrêt cardiaque...) chez 60% d'entre eux, 15% souhaitant un perfectionnement pour l'interprétation de l'électrocardiogramme (ECG). 33% des médecins se sentaient en difficulté pour les urgences respiratoires, et 29% pour les urgences neurologiques (traumatisme crânien, perte de connaissance, coma). Il existe cependant un manque de confiance plus important chez les médecins ne réalisant pas de garde à l'hôpital, ceux-ci étant par conséquent moins fréquemment confrontés à ce type d'urgences. [9]

Une autre étude australienne de plus grande envergure, recensant les réponses de 512 médecins généralistes, a mis en évidence un lien entre le niveau de confiance en leur compétence dans l'urgence avec la formation reçue : des entraînements lors des études médicales et une formation continue par la suite sont associés à une évaluation du niveau de compétences plus élevé. [10]

La situation n'est pas meilleure en France puisqu'on a retrouvé 30% de médecins déclarant ne pas maîtriser les gestes d'urgence, et seulement 63% estimant connaître la technique de réanimation cardio-pulmonaire. L'absence de stage en réanimation ou aux urgences lors du 2^{ème} ou 3^{ème} cycle des études médicales est, entre autre, significativement associée à l'absence de maîtrise d'au moins un geste de réanimation d'urgence. [11]

Autrement ; dans une étude faite à l'hôpital de Bichat en 2005 dont l'objectif était d'évaluer l'utilité et l'efficacité d'une formation courte obligatoire effectuée dans les services à propos la prise en charge initiale des arrêts cardiaques intra hospitaliers (ACRIH) ; l'étude a objectivé qu'une formation courte et obligatoire à l'ACRIH est motivante, appréciée, et permet une amélioration franche des savoirs et des habiletés, mais elle est insuffisante pour améliorer la prise en charge effective et le pronostic immédiat des ACRIH. [12]



Nous l'avons vu, la formation à l'urgence est encore imparfaite, bien que l'on note un réel investissement pour l'intégrer aux études médicales, le stage aux urgences...

Les futurs médecins étant en grande partie volontaires pour renforcer leurs connaissances, que peut-on proposer ?

I. Réitérer les formations :

La formation pratique, associée aux notions théoriques, est corrélée, dans notre étude comme dans la littérature, avec une amélioration des connaissances et des capacités.

Le problème majeur est le manque d'actualisation et de pratique des connaissances.

En effet, le stage dans les services d'urgence au cours des études médicales, facilite l'apprentissage clinique général en favorisant la démarche clinique, la prise de décision, la gestion relationnelle et la réalisation des gestes techniques [13] [14].

Plusieurs études ont cherché à montrer le délai durant lequel sont vraiment conservés les acquis suite à une formation, qui est en moyenne évalué entre 6 mois à un an, [15] [16]. Un rappel annuel serait donc recommandé pour optimiser le maintien des acquisitions, ce qui est déjà instauré à la faculté de médecine de Nantes lors de l'externat avec l'AFGSU, répartie entre la 2^{ème} et la 5^{ème} année.

Parallèlement, une formation théorique et pratique de la prise en charge de l'arrêt cardiorespiratoire doit être dispensée tout au long des études médicales [17], puisque l'étude de Grzeskowiak a démontré la nécessité d'un rappel annuel des connaissances dans ce contexte [18]. A la fin des études médicales, il est recommandé par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, une formation régulière avec un minimum de 4 heures pour le seul rappel des techniques de réanimation cardio-pulmonaire et de l'utilisation du défibrillateur [19]. Une revue de la littérature effectuée en 2012 a évalué le taux de rétention des connaissances et des compétences du personnel médical concernant les gestes de soins d'urgence après une formation [20] : les 11 études retenues signalent une détérioration des connaissances ou des

compétences, allant de 6 semaines à 2 ans après la formation, la rétention des compétences pratiques étant toujours plus courte que celle des connaissances théoriques. À distance d'une formation sur les gestes d'urgence, le stagiaire se souvient des bases théoriques sans pouvoir les appliquer en pratique [21–23].

Le taux de rétention des connaissances des étudiants en santé de l'UFR Simone-Weil à distance de la FGSU est en accord avec ceux observés dans la littérature [24–29] dont une a évalué la FGSU menée par le CHU Bicêtre [30] pour des étudiants de la 2^{ème} année de médecine sur 2 ans. Les résultats ont montré une augmentation du taux de bonnes réponses au terme de la formation, mais un retour au niveau initial de connaissance à long terme.

Plus récemment une étude a prouvé que la FGSU améliore significativement les connaissances et le taux de certitude des étudiants à court terme. Cependant, le retour au niveau initial des connaissances et la réapparition du doute dans les réponses dès 18 mois après la formation laissent penser qu'un rappel précoce dans leur cursus est indispensable pour le maintien de leurs connaissances. [31]

On pourrait cependant suggérer de maintenir des formations annuelles jusqu'à la fin des études en médecine générale.

II. Utiliser la simulation :

La formation pratique devrait être privilégiée, en utilisant notamment la simulation qui montre de bons résultats [42], telle que recommandée par l'HAS. [32]

La simulation permet d'éviter les risques d'erreurs que représente une formation sur des patients réels. [33]

On se heurte ici évidemment aux problèmes matériels et financiers, puisque cela nécessite des centres de simulations suffisamment équipés pour offrir des formations de qualité, ainsi que du personnel formé, ce qui peut sans doute être un frein pour les facultés à l'heure actuelle.

La simulation présente cependant de grands avantages : absence de danger réel, mise en place de situations variées avec des degrés de difficulté croissants. Elle doit, pour être optimale, être associée à un débriefing constructif.

Il est cependant évident que certaines situations sont plus adaptées que d'autres à la simulation. Et du fait du manque d'expérience des étudiants et des limites des stages, les séances de simulation deviennent un complément indispensable à la pratique hospitalière [34—36]. Cela permettra d'augmenter la part de pratique et de gestes techniques dans leur formation mais surtout d'enrichir leur expérience clinique.

De plus, la place dans l'éducation de l'e-learning doit être considérée.

L'e-learning désigne l'ensemble des solutions et moyens permettant l'apprentissage par des moyens électroniques, tel internet [44]. Il peut être utilisé, entre autres, dans la formation médicale. Les Serious Games ou jeux sérieux en sont un exemple d'utilisation.

L'objectif des jeux sérieux est d'utiliser des technologies propres aux jeux vidéo pour des fins utilitaires (apprendre, informer, expérimenter, entraîner), tout en donnant une dimension attrayante et ludique à l'apprentissage [45].

Très peu de personnes (personnel médical ou non) se font former ou renouveau leur FGSU, pour des raisons en lien avec cette dernière: formation trop longue, raisons psychologiques en lien avec l'enseignement (peur d'être jugé, de faire mal, de ne pas savoir...), manque de place ou difficulté de trouver une formation, manque de formateurs formés...etc [46–48].

Plus que de mauvaise volonté, ceci peut-être dû à des rythmes de travail difficiles et/ou à des considérations financières qui rendent difficile de bloquer une journée entière pour un rafraîchissement des connaissances.

Les Serious Games ont l'avantage de proposer une solution à ces inconvénients logistiques, en permettant une formation individuelle à distance, adaptée au rythme et aux besoins des individus, dans des domaines variés comme la médecine d'urgence [49].

III. Modifier le mode d'apprentissage :

On retrouve dans la littérature, de manière plus anecdotique et néanmoins intéressante à considérer, des modes d'apprentissage différents, montrant de bon résultats, et à moindre coût.

Une faculté berlinoise a commencé par enseigner la réanimation cardio-pulmonaire à ses étudiants en médecine, puis un groupe d'étudiants avait pour mission de l'enseigner à leur tour à des collégiens. Une façon pédagogique de rendre les étudiants actifs dans leur formation, entraînant de meilleures performances que pour ceux ayant reçu une formation <<classique>>. [37]

Une équipe amiénoise propose d'utiliser à bon escient le stress des étudiants, en favorisant un apprentissage ludique et compétitif : le relais pédagogique. 2 équipes doivent réaliser parfaitement et à plusieurs reprises une réanimation cardio-pulmonaire sur mannequin, l'épreuve étant chronométrée. La répétition et les conditions de stress ont montré des résultats supérieurs comparativement à ceux n'ayant pas bénéficié du relai pédagogique. [38].

A ce sujet, la théorie andragogique de M. KNOWLES [39] suppose que l'adulte apprenant est fondamentalement une personne impliquée dans un processus de construction sociale et professionnelle, qui devient le moteur essentiel de ses apprentissages. Cette théorie postule que l'expérience accumulée constitue une ressource au service de ses apprentissages. Dans cette perspective, l'apprenant est présumé avoir acquis une capacité d'auto-direction.

Par ailleurs, G. NORMAN [40] mentionne des travaux de recherche ayant démontré que les étudiants en médecine sont peu performants en matière d'auto-évaluation et d'auto-direction de leurs apprentissages.

De récentes recherches ont examiné et identifié des moyens d'améliorer les méthodes de formation afin d'augmenter les compétences de premiers secours de la population.

L'une des plus prometteuses est l'auto-apprentissage par de courtes vidéos sur les gestes de secours (Vidéo Self-Instruction VSI). Lynch et son équipe [41] ont démontré qu'une VSI de haute qualité durant 22 minutes avec un système de commentaires audio peut faire acquérir

autant de compétences en réanimation cardio-pulmonaire qu'une formation traditionnelle de 4 heures.

De plus, le taux de rétention à deux mois entre les deux méthodes n'est pas plus important pour l'une ou l'autre [43]. Cet outil doit donc être développé et utilisé face à la difficulté de former ou d'actualiser les connaissances du personnel médical, en attendant d'élaborer de meilleurs dispositifs.



CONCLUSION



En conclusion, pris dans leur ensemble et malgré leurs limites, les résultats de notre enquête suggèrent que, en dépit de dispositions réglementaires explicitement prescriptives en matière de formation aux gestes d'urgence et de premier secours tout au long du cursus, la formation des futurs médecins généralistes est à améliorer à la faculté de médecine de Marrakech malgré le taux important de satisfaction des étudiants de la formation.

L'expérience d'un stage au service des urgences est tenue pour être primordiale pour se préparer à affronter des situations de stress et d'indécision dans l'exercice futur, au cabinet de médecine générale, mais certaines données suggèrent que la perception d'efficacité personnelle peut être altérée par la confrontation à des situations d'échec [41], ce qui souligne la nécessité que les étudiants y bénéficient d'une supervision pédagogique de qualité.

Les futurs médecins généralistes se sentent visiblement concernés par le sujet de l'urgence, bien qu'ils ne l'apprécient pas toujours, et le ressentent même pour certains comme un stress déstabilisant.

Ils ont pour la majorité déjà bénéficié de formations sur tous les gestes et situations évoqués dans notre étude. Le fait d'avoir reçu une formation pratique ou d'y avoir été confronté en situation réelle est corrélé avec un sentiment de maîtrise plus important. Le stage aux urgences y participe partiellement. Les formations apparaissent donc bénéfiques. Néanmoins, l'urgence n'est pas toujours bien maîtrisée par les étudiants, y compris certaines situations vitales.

Ils en sont visiblement conscients puisqu'un grand nombre d'entre eux est demandeur de formations et est prêt à y participer.

On pourrait ainsi envisager de proposer lors de l'internat de médecine générale des rappels annuels permettant de maintenir et d'optimiser les acquis, si possible en privilégiant un apprentissage actif, par exemple avec la simulation. Ceci permettrait également de placer les étudiants dans une dynamique de formation, les préparant à prendre en main leur maintien des connaissances après la faculté dans le cadre du développement professionnel continu.



RÉSUMÉS



Résumé

La formation aux gestes et soins d'urgence de niveau I et II est dispensée en modules urgences potentielles, urgences vitales et risques collectifs. Elle est adaptée à la pratique et aux conditions de travail de chaque catégorie professionnelle. Les techniques pédagogiques utilisées sont de type « Actives » avec des mises en situations, essai/erreur, questionnement, analyse avec les praticiens... Elle a pour objectif l'acquisition des connaissances par les nouveaux médecins dès leurs études médicales à la prise en charge d'une personne en situation d'urgence. Au niveau de la FMPM, elle est destinée aux étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année au sein d'un programme pédagogique intégré. Mais est-ce que les étudiants s'y sentent-ils suffisamment préparés à la fin de cette formation ?

Notre objectif était de faire une évaluation du degré de satisfaction des étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année envers cette formation et son impact sur leur pratique médicale. C'est une étude réalisée à travers une analyse d'un questionnaire distribué aux étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année de la FMPM durant la période du mois de Mars au mois d'Aout 2016. Le questionnaire était basé sur l'évaluation du déroulement des séances en analysant la durée de la formation, les scénarios, les thèmes, les formateurs ainsi que le degré de satisfaction des étudiants. A partir de ces données, une étude analytique descriptive transversale a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

Au total ; 185 questionnaires ont été exploités pour les étudiants de la 3^{ème} année, et 175 questionnaires pour les étudiants de la 6^{ème} année. Nous avons objectivé un degré de satisfaction entre moyen à bon avec des objectifs pédagogiques bien définis, un contenu ordonné et des scénarios orientés par les objectifs. Les causes de la non satisfaction de certains étudiants portaient essentiellement sur la durée limitée de la formation (3 demi-journées pour GSU I que pour GSU II), des capacités générales d'animation ; variable selon les formateurs ; moins satisfaisantes, ainsi pour certains la concentration sur la théorie au dépens de la pratique.

En conclusion, les résultats de notre enquête suggèrent que, en dépit de dispositions réglementaires explicitement prescriptives en matière de formation aux gestes d'urgence et de premiers secours tout au long du cursus, la formation des futurs médecins généralistes est à améliorer à la faculté de médecine de Marrakech malgré le taux important de leur satisfaction. Le non attachement des étudiants à cette formation tire aussi que jusqu'à présent elle est jugée non obligatoire par les jeunes médecins. Elle doit s'intégrer dans une formation validante au sein d'un programme de développement professionnel.

Abstract

Level I and II emergency gesture and care training is provided in the areas of potential emergencies, life-threatening emergencies and collective risk. It is adapted to the practice and working conditions of each professional category. The pedagogical techniques used are of the "Actives" type with putting into situations, trial / error, questioning, analysis with practitioners... Its objective is to acquire the knowledge of new doctors from their medical studies to the care of a person in an emergency situation. At the level of the FMPM, it is aimed at the level of the Faculty of Medicine and Pharmacy for the students of the 3rd and the 6th year within an integrated pedagogical program. But do students feel sufficiently prepared at the end of the training?

Our objective was to make an assessment of the degree of satisfaction of the students of the 3rd and 6th years towards this training and its impact on their medical practice. It is a study carried out through an analysis of a questionnaire sent to the students of the 3rd and the 6th years of the FMPM during the period from March to August 2016. The questionnaire was based on the evaluation of the course of the sessions by analyzing the duration of the training, the scenarios, the themes, the trainers as well as the degree of satisfaction of the students. From this data, a cross-sectional descriptive analytical study was carried out using the Excel software.

In total, 185 questionnaires were used for 3rd year students and 175 questionnaires for 6th year students. We have found out that students showed a degree of satisfaction with good-term objectives with well-defined pedagogical objectives, orderly content and target-oriented scenarios. The reasons for the non-satisfaction of some students concerned mainly the limited duration (3 half-days for GSU I and GSU II), general animation capacities which differs according to the trainers, less satisfactory as well as for some concentration on the theory at the expense of practice.

In conclusion, the results of our survey suggest that, in spite of explicitly prescriptive regulations governing emergency and first aid training throughout the curriculum. The training of future general practitioners is to be improved at the faculty of medicine of Marrakech despite the high rate of student satisfaction. Future doctors are also not interested in this kind of training as they think it is optional (not compulsory). For this reason, it must be part of a validation course within a professional development program.

ملخص

يتم تكوين الطلبة الأطباء على تقنيات الرعاية الصحية الاستعجالية و الاسعافات الاولية عن طريق الوحدات التكوينية التي تتضمن وحدات المستعجلات الاساسية و المستعجلات الحيوية ثم المستعجلات ذات الخطر الجماعي. وتتلاءم هذه التكوينات مع متطلبات كل فئة مهنية معينة. و بالنسبة للتقنيات المستعملة في هذه التكوينات فهي ذات طابع تفاعلي : من وضع المستفيدين منها في أوضاع تحاكي الحالات الاستعجالية الحقيقية إلى تقنيات اخرى مثل خطأ / صواب واستمارات ودراسة للحالات مع الممارسين ذوي الكفاءة العلمية.

والهدف من كل هذا هو امتلاك الأطباء الجدد لمجموعة من المهارات و المعلومات الطبية التي تمكنهم في المستقبل من التكفل بالحالات الصحية الاستعجالية لشخص ما في حالة خطر.

و في كلية الطب و الصيدلة بمراكش، تكون هذه التكوينات موجهة لطلبة الطب في عامهم الثالث و عامهم السادس من الدراسة الجامعية بكلية الطب والصيدلة في نطاق برنامج تعليمي مدمج. لكن هل يشعر الطلبة الاطباء في نهاية هذه التكوينات بالرضي و الاستعداد لمواجهة الحالات الاستعجالية و التكفل بها؟

لقد كان هدفنا هو تقييم درجة رضى الطلبة الاطباء في السنتين الثالثة و السادسة اتجاه هذه التكوينات ومدى تأثيرها على قدرتهم المهنية للتكفل بالحالات المستعجلة مستقبلا. وللتوصل إلى ذلك قمنا بدراسة علمية مرتكزين على استمارة وزعت على طلبة المستويين السالفي الذكر خلال الفترة الممتدة من مارس إلى غشت من سنة 2016، ثم قمنا بعد ذلك بتحليل النتائج المحصل عليها. إذ من خلال نتائج الاستمارة قمنا بتقييم الوحدات التكوينية اعتمادا على تحليل مدتها و السيناريوهات و المواضيع المقدمة خلالها، وكذلك المكونين المشرفين عليها ومدى رضى الطلبة الاطباء اتجاهها. من أجل ذلك قمنا بدراسة تحليلية وصفية مستعرضة بالاستعانة ببرنام إكسيل.

في المجموع، لقد تم استثمار 185 استمارة بالنسبة لطلبة السنة الثالثة و 175 استمارة بالنسبة لطلبة السنة السادسة. و بعد تحليل المضامين و المعلومات المستخرجة من الاستمارات، وجدنا ما يلي :

– رضى الطلبة الأطباء بنسبة متوسطة إلى حسنة اتجاه الاهداف التعليمية في البرامج التكوينية، و محتواها، و المواضيع و السيناريوهات المخصصة لبلوغ الاهداف المتوخاة منها .

– عدم رضى الطلبة الاطباء بخصوص قصر المدة المخصصة لهذه التكوينات (ثلاثة اناصاف ايام بالنسبة لكل مستوى) و الجو العام التنظيمي لها الذي يختلف من مؤطر لأخر. بالإضافة إلى ذلك يرى بعض الطلبة الاطباء أن الجانب النظري يغلب على الجانب التطبيقي في هذه التكوينات .

و خلاصة القول، قد وجب تحسين تكوين الطلبة الأطباء بكلية الطب بمراكش، رغم رضا نسبة مهمة منهم بالمستوى الحالي للتكوين، وذلك بغض النظر عن التوجيهات التنظيمية الأولية المقدمة بالنسبة للتكوينات الخاصة بالحالات المستعجلة و الإسعافات الأولية لأطباء المستقبل، و خاصة العامون منهم. كما وجدنا أن الحكم المسبق للطلبة الاطباء على هذه التكوينات بأنها غير ضرورية كتحصيل دراسي، يجعلهم غير متشبهين بها .

لذا وجب إدماج هذه التكوينات في اطار تكوين دراسي يتم تقويمه ضمن مقرر للتطور المهني .



Annexe 1:

Fiche d'exploitation (questionnaire)

Ce questionnaire est destiné aux étudiants de la 3^{ème} et la 6^{ème} année de la FMPM pour l'évaluation des séances de gestes et soins d'urgences (GSU) niveau I et II dont l'objectif est d'acquérir des compétences techniques nécessaires aux gestes et soins d'urgence.

1) Etudiant :

- Année universitaire :
- Age : Sexe :
- Avez-vous déjà eu une approche de la GSU auparavant : oui non
- Avez-vous déjà Bénéficié d'une séance d'apprentissage aux gestes et soins d'urgences (GSU) :
Si oui : quand : Oui non
Ou :
Séances concernant : GSU 1 GSU 2
- Présence aux séances de GSU : obligatoire volontaire

2) Programme des GSU :

- Les objectifs sont-ils bien définis au début des séances ? Oui non
- Le contenu du programme est-il à la portée du niveau d'étude : Oui non
- Le programme des séances est-il bien ordonné : oui non
- Le programme des séances est-il anarchique, conditionné par le déroulement des séances : Oui non

3) Séances :

- Quand :
- Ou :
- Combien d'heures :
- La durée des formations aux GSU vous semblait-elle suffisante pour enseigner le contenu du programme : oui non
- Si non, de combien de temps supplémentaire aimeriez-vous disposer ?
.....
- Nombre d'étudiant par séance :

➤ Formateurs :

- Nature de la formation des formateurs :

Prof formateur GSU résident interne

- Nombre d'encadrant par séance :

1 2 3 >3

- Niveau des formateurs :

	✓	Qualité du contenu scientifique :		
Très bonne		Bonne	Moyenne	Médiocre
	✓	Stratégies développées pour enseigner :		
Très bonne		Bonne	Moyenne	Médiocre
	✓	Compétences pour animer un groupe d'apprenants de manière interactive :		
			Très bonne	Bonne
			Moyenne	Médiocre

➤ Scénarios :

- Orientés par les objectifs pédagogiques : Oui non

- dictés par des aspects techniques

✓ Gestes à réaliser : Oui Non

Si oui : lesquels :.....

✓ Procédures de soins à appliquer : Oui non

Si oui : lesquels :.....

✓ Utilisation de matériel biomédical : Oui Non

Si oui : lesquels : mannequin

- Orientés par des aspects non techniques :

✓ Attitudes devant le malade et la situation : Oui non

✓ raisonnement clinique : oui non

- liés aux dimensions sociales : oui non

- liés aux dimensions hiérarchiques du travail en équipe : oui non

- liés aux dimensions cognitives comme la fatigue et le stress : oui non

➤ thèmes :

En ce qui concerne les thèmes abordés durant la formation :

- vous auriez souhaité que certains thèmes ne soient pas abordés :

oui non

Si oui : lesquels :.....

- Vous auriez souhaité aborder des thèmes qui ne l'ont pas été :

Oui non

Si oui : lesquels :.....

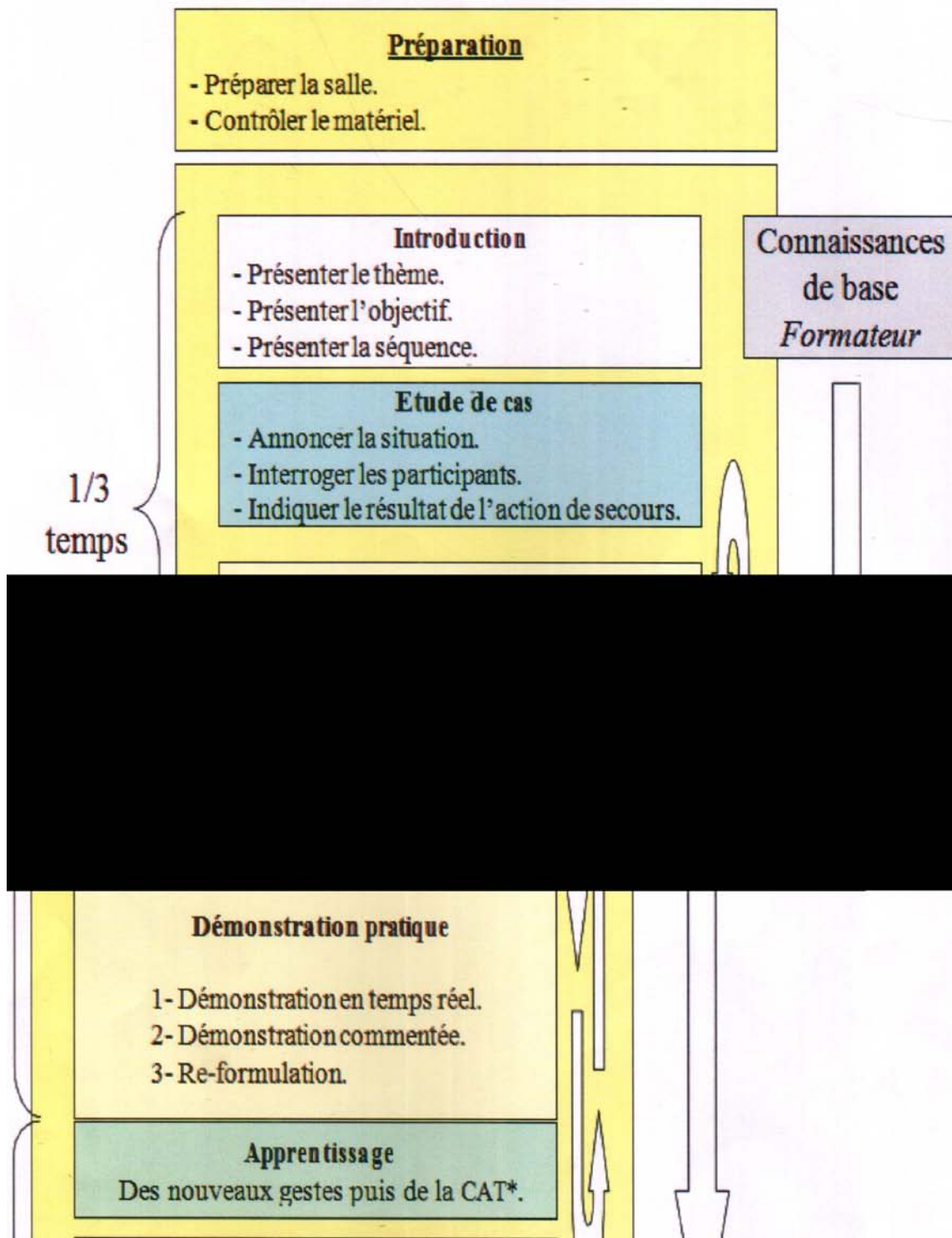
Annexe2:

Techniques pédagogiques adoptées pour l'enseignement de la FGSU :

Techniques	Comment ?		Finalité	Durée indicative
	Formateur	Formé		
Etude de cas	Présente une situation réelle en utilisant si nécessaire un transparent, un film vidéo ou autre. Demande aux participants ce que la situation évoque pour eux, et ce qu'ils feraient en pareil cas. Clarifie en précisant : - Les signes, - les risques, -le résultat attendu de l'action de secours : <u>OBJECTIF de l'action de secours.</u>	Ecoute Evoque son vécu, ses représentations, ses connaissances. Indique, avec ses expériences et ses connaissances, ce qu'il aurait réalisé.	Faire le point sur les connaissances acquises et celles qui sont à acquérir.	5 min

technique	Comment ?		Finalité	Durée indicative
	Formateur	Formé		
Démonstration pratique 1- démonstration en temps réel.	Présente tout ou partie de la CAT comme elle est réalisée en réalité, sans commentaire. Si la démonstration se réduit à un seul geste de secours, il est essentiel que ce dernier soit précédé du geste d'examen qui conduit à le réaliser.	Observe.	Acquérir le < savoir > <J'apprends quand je vois>	3 min
2- démonstration commentée et justifiée.	Demande aux participants d'identifier les principales étapes de la CAT. Montre lentement le ou les geste(s) de secours nouveau(x) en indiquant le comment et le pourquoi et en justifiant les points clés de la technique.	Répond à la question. Observe et écoute.	Identifier les étapes de la CAT. Identifier le geste nouveau. < J'apprends quand je vois et j'entends >	5 min
3-Reformulation	Refait le(s) geste(s) guidé par un participant et répond aux questions.	Guide le formateur et peut l'interroger.	< J'apprends quand je dis >.	2 min

Techniques	Comment ?		Finalité	Durée indicative
	Formateur	Formé		
Apprentissage	<p>Demande aux participants de refaire le ou les nouveaux geste(s) puis l'ensemble de la CAT. Pour cela, leur demande de se regrouper par 2 ou 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un participant joue le rôle du sauveteur, - un participant joue le rôle de la victime (sauf si un mannequin est nécessaire), - le dernier observe et évalue l'action. 	<p>Refait le ou les gestes nouveau(x). Passe successivement comme sauveteur, victime et évaluateur.</p>	<p><Acquérir le savoir-faire> <J'apprends quand je dis et je fais></p>	15 min





BIBLIOGRAPHIE



1. **Code de déontologie médicale–article 9 (article R.4127, 9 du code de santé publique).**
2. **LUCAS J.**
L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport de la commission nationale permanente du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 23 juin 2001.
3. **Unions Régionales des Médecins en exercice Libéral.**
Livre blanc.
Organisation de la permanence des soins en Médecine Libérale. Juillet 2001 : 77.
4. **M. Colquhoun,**
<< Defibrillation by general practitioners>>, Resuscitation, vol. 52, n°.2, p. 143–18,2002.
5. **T. Secherese, P. Pansu, et F. Fernandez–Bodron,** <<Enseignement de la réanimation cardio–pulmonaire au cours de la formation aux gestes et soins d'urgence. Evaluation des acquis de la formation >>, presented at the 23^{ème} colloque national des CESU, Annecy, 2010, .7.
6. **NORMAND S., MILLETTE B.**
Université de Montréal. Atelier pédagogique : l'évaluation des enseignements et des enseignants, congrès du CNGE, Lille ; novembre 2004.
7. **Clarisse AUDOUIN, Guillaume BOUZILLE, Monique LELOUP, Serge FANELLO2.**
La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous–optimale en France. Pédagogie Médicale 2013; 14 (3): 229–231
DOI: 10.1051/pmed/2013049.
8. **Dick ML, Schluter P, Johnston C, Coulthard M.**
GP's perceived competence and comfort in managing medical emergencies in southeast Queensland. Aust Fam Physician 2002;31:870–5.
9. **Tolhurst H, McMillan J, McInerney P, Bernasconi Judy.**
The emergency medicine training needs of rural general practitioners. Aust J Rural Health. 1999 ;7 :90–6.
10. **Dick ML, Schluter P, Johnston C, Coulthard M.**
GPs perceived competences en comford in managing medical emergencies in southeast queensland. Aust Fam Physician. 2002 ;31(9) :870–5.

11. **Roger C, Iefrant JY, Bousquet PJ, Bonnec JM, Jaber S, Ripart J, et al.**
Formation des médecins généralistes aux urgences de réanimation d'urgence : Etude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Presse Med.* 2008 ;37(6) :929-34.
12. **J.-F. Timsit et al. / Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 25 (2006) 135-143.**
Évaluation de la mise en place d'une formation continue du personnel de l'hôpital Bichat à la prise en charge des arrêts cardio circulatoires intra hospitaliers.
doi:10.1016/j.annfar.2005.09.003
13. **D. Vanpee, V. Godin, D. Pestiaux, et J.-B.**
Gillet, Stages dans un service d'urgence: réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base *Pédagogie médicale*, vol. 4, p. 89-92, mai 2003.
14. **B. Nemitz,**
Enseigner la médecine d'urgence: pour un dispositif complet et cohérent *Pédagogie médicale*, vol. 4. p. 69-70. mai 2003.
15. **Avisar L, Shiyovich A, Aharonson-Daniel L, Nesher L.**
Cardiopulmonari Resuscitation skills Retention and Self-Confidence of Preclinical Medical Students. *IMAJ.*2013 ;15 :622-7.
16. **Pam N, Carr S, Clearly G, Celenza A.**
Retention into internship of resuscitation skills learned in a medical student resuscitation program incorporating an Immediate Life Support course.
Resuscitation. 2011 ;(82) :45-50.
17. **Arrêté du 20 avril 2007**
relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques. *JORF* 107, NOR: SANP0752363A. 2007.
18. **M. Grzeskowiak,**
The effects of teaching basic cardiopulmonary resuscitation-A comparison between first and sixth year medical students *Resuscitation*, vol 68 n 3, p. 391-397, 2006.
19. **Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales intrahospitalières SFAR.**
SAMU de France, SFC, SFMU, SRLF. Conférence d'experts. 2004.

20. **Yang C-W, Yen Z-S, McGowan JE, Chen HC, Chiang W-C, Mancini ME, et al.**
A systematic review of retention of adult advanced life support knowledge and skills in healthcare providers. *Resuscitation* 2012;83(9):1055—60.
21. **Hamilton R.**
Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. *J Adv Nurs* 2005;51(3):288—97.
22. **Hammond F, Saba M, Simes T, Cross R.**
Advanced life support: retention of registered nurses' knowledge 18 months after initial training. *Aust Crit Care* 2000;13(3):99—104.
23. **Smith KK, Gilcreast D, Pierce K.**
Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation* 2008;78(1):59—65.
24. **Galinski M, Loubardi N, Duchossoy MC, Chauvin M.**
[In-hospital cardiac arrest resuscitation: medical and paramedical theory skill assessment in an university hospital]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2003;22(3):179—82.
25. **Nyman J, Sihvonen M.**
Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. *Resuscitation* 2000;47(2):179—84.
26. **Jordan T, Bradley P.**
A survey of basic life support training in various undergraduate health care professions. *Resuscitation* 2000;47(3):321—3.
27. **Flint LS, Billi JE, Kelly K, Mandel L, Newell L, Stapleton ER.**
Education in adult basic life support training programs. *Ann Emerg Med* 1993;22(2 Pt 2):468—74.
28. **Lynch B, Einspruch EL, Nichol G, Becker LB, Aufderheide TP, Idris A.**
Effectiveness of a 30-min CPR self-instruction program for lay responders: a controlled randomized study. *Resuscitation* 2005;67(1):31—43.
29. **Einspruch EL, Lynch B, Aufderheide TP, Nichol G, Becker L.**
Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heart saver course versus 30-min video self-training: a controlled randomized study. *Resuscitation* 2007;74(3):476—86.
30. **Blanié A, et al.**
Evaluation de la formation AFGSU. Abstract congrès SFAR 2013; 2013.

31. **Fritsch V, Descatha A.**
Évaluation de l'apprentissage des étudiants en santé dans le cadre de la formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU). *Rev sage-femme* (2016),
32. **Granry JC, Moll MC.**
Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, dans le cadre du développement professionnel continu(DPC) et de la prévention des risques associés aux soins [Internet]. Haute Autorité de Santé(HAS); 2012.
33. **J. Brami,**
La simulation en santé Haute Autorité de Santé DPC& Pratiques n 57. sept-2011. [Online].
34. **Vanpee D, Frenay M, Godin V, Bédard D.**
Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimaliser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pedag Med* 2009;10(4):253—66.
35. **Daelmans HEM, Hoogenboom RJI, Donker AJM, ScherpbierAJJA, Stehouwer CDA, van der Vleuten CPM.**
Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach* 2004;26(4):305—12.
36. **Remmen R, Denekens J, Scherpbier A, Hermann I, van der Vleuten C, Royen PV, et al.**
An evaluation study of the didactic quality of clerkships. *Med Educ* 2000;34(6):460—4.
37. **Breckwoldt J, Beetz D, Schnitzer L, Carsten W, Arntz HR, et al.**
Medical students teaching basic life support to school children as a required element of medical education : A randomised controlled study comparing three different approaches to fifth year medical training in emergency medicine. *Resuscitation*. 2007;74:158-65.
38. **Ammirati c, Mercieca J, Gignon M, Amsallem C, Némitz B.**
Une technique pédagogique innovante pour l'apprentissage des gestes d'urgence : le relai pédagogique. Evaluation à l'aide d'une étude prospective randomisée auprès d'étudiants en médecine. Annecy; 2010[consulté le 10 mai 2014].p.19.
39. **KNOWLES M.**
The adult learner : a neglected species. Houston (TX) ; Gulf publishing, 1973
40. **NORMAN G.**
The adult learner : a mythical species. *Acad med* 1999; 74 : 886-889

41. **Pelaccia T, Delplancq H, Tribby E, Bartier J-C, LemanC, Dupeyro J-P.**
Impact of training periods in the emergency department on the motivation of health care students to learn. *Med Educ* 2009;43:462-69.
42. **McGaghie W, Issenberg B, Cohen E, Barsuk J, Wayne D.**
Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med.* 2011;86(6):706-11.
43. **Loisel P. AFGSU :**
que reste-t-il de l'enseignement de la prise en charge d'un ACR 2 ans après? XXVème Colloque national des Centres d'enseignement des soins d'Urgence. 2013.
44. **Rosenberg MJ, Foshay R.**
E-learning: Strategies for delivering knowledge in the digital age. *Perform Improv.* 2002 May 1;41(5):50-1.
45. **Du jeu vidéo au serious game : approches culturelle, pragmatique et formelle*** [Internet].**
Thot Cursus. [cited 2015 Apr 23].
46. **Einspruch EL, Lynch B, Aufderheide TP, Nichol G, Becker L.**
Retention of CPR skills learned in a traditional AHA Heartsaver course versus 30-min video self-training: a controlled randomized study. *Resuscitation.* 2007 Sep;74(3):476-86.
47. **Medélez Ortega E, Burgun A, Le Duff F, Le Beux P.**
Collaborative environment for clinical reasoning and distance learning sessions. *Int J Med Inf.* 2003 Jul;70(2-3):345-51.
48. **Chamberlain D, Smith A, Colquhoun M, Handley AJ, Kern KB, Woollard M.**
Randomised controlled trials of staged teaching for basic life support: 2. Comparison of CPR performance and skill retention using either staged instruction or conventional training. *Resuscitation.* 2001 Jul;50(1):27-37.
49. **Lison T, Günther S, Ogurol Y, Pretschner DP, Wischnesky MB.**
VISION2003: virtual learning units for medical training and education. *Int J Med Inf.* 2004 Mar 18;73(2):165-72.

قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة 020

سنة 2017

تقييم حصص التكوين على تقنيات الإسعافات الأولية
والرعاية الصحية الإستعجالية
في كلية الطب والصيدلة بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 08 / 02 / 2017

من طرف

الآنسة دنيا بونيد

المزادة في 12 غشت 1991 ببني ملال

طبيبة داخلية بالمستشفى الجامعي محمد السادس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

تكوين الطلبة على تقنيات الإسعافات الأولية والرعاية الصحية – تقييم –
درجة الرضى – بيداغوجية.

اللجنة

الرئيس

ز. دحمي

السيد

المشرف

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية

ه. نجمي

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

ت. أبو الحسن

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

أ.غ. الأديب

السيد

أستاذ مبرز في الإنعاش والتخدير

م. أمين

السيد

أستاذ مبرز في علم الوبائيات السريرية

الحكام

