



HAL
open science

Qu'en est-il de la capacité des équipes officinales à prendre en charge des situations d'urgences ? Étude prospective sur la région sud

Victor d'Ovidio

► To cite this version:

Victor d'Ovidio. Qu'en est-il de la capacité des équipes officinales à prendre en charge des situations d'urgences ? Étude prospective sur la région sud. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04314002

HAL Id: dumas-04314002

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04314002v1>

Submitted on 29 Nov 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 20/10/2023

PAR

M D'OVIDIO Victor

Né le 07 octobre 1995 à PERTUIS (VAUCLUSE 84)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**TITRE : Qu'en est-il de la capacité des équipes
officinales à prendre en charge des situations
d'urgences ? Étude prospective sur la région sud**

JURY :

Président : M D. BERGE-LEFRANC

Membres : M E. LAMY et MME S. RICARD

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	M. Jean-Paul BORG
<i>Vice-Doyens :</i>	Mme Florence SABATIER-MALATERRE, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT, Mme Alexandrine BERTAUD
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE, Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Sylvie BUREAU
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Manon BONIFAY
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC M. François DEVRED
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pierre REBOUILLON M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI Mme Muriel MASI

ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN
---------	-----------------------

A.H.U.

PHARMACOTECHNIE	Mme Mélanie VELIER
-----------------	--------------------

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN M. Romaric LACROIX
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	M. Jérôme JOUVE Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG
---------------------	--

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Sok Siya BUN

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL M. Quentin ALBERT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER M. Mathieu CERINO
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC M. Pascal PRINDERRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Béatrice BAGHDIKIAN M. Elnur GARAYEV

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	Mme Haïfa LAYACHI RAHABI M. Cyril PUJOL
DROIT ET ETHIQUE	Mme Laurie PAHUS
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA
DISPOSITIFS MEDICAUX	Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	M. Vincent NAIL
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Maeva MONTALEYTANG Mme Charlotte BERARD

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Annie CILIA, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Yann COTTE, Pharmacien Assistant
M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire
Mme Céline HIRSCH, Pharmacien Conseil de l'Assurance Maladie
Mme Christelle LABRANDE, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Florence LEANDRO-DIJON, Pharmacien adjoint
Mme Nathalie MARTIN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie MERLIN, Pharmacien Assistant
Mme Vanessa METZ, Pharmacien hospitalier
Mme Alice PERINEAU, Pharmacien Assistant
Mme Florence PEYRON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Bertrand POURROY, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier
M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 février 2023

L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

REPertoire DES FIGURES.....	13
INTRODUCTION.....	15
A) DE LA THEORIE.....	18
I) Les responsabilités qui régissent les droits et les devoirs de l'équipe officinale.....	18
a) <u>La responsabilité civile</u>	18
b) <u>La responsabilité pénale</u>	19
c) <u>La responsabilité professionnelle</u>	21
II) Services publics et privés prenant en charge les situations d'urgence	23
a) <u>SAMU</u>	23
b) <u>SMUR</u>	24
c) <u>Pompiers</u>	26
d) <u>112</u>	27
e) <u>114</u>	27
f) <u>116 117</u>	27
g) <u>Maison médicale de garde</u>	28

h) <u>SOS médecins France</u>	28
i) <u>Résogardes</u>	28
III) Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence	31
a) <u>AFGSU de niveau 1</u>	32
b) <u>AFGSU de niveau 2</u>	34
c) <u>AFGSUSSE</u>	37
B) A LA PRATIQUE	41
I) Système qualité	41
a) <u>Définition</u>	41
b) <u>Système management qualité</u>	42
c) <u>Démarcher qualité officine</u>	42
II) Trousse de secours	47
III) Les gestes de premiers secours	50
a) <u>Auscultation des signes cliniques</u>	50
1) <u>État de conscience</u>	50
2) <u>Fréquence cardiaque</u>	51
3) <u>Tension artérielle</u>	52

4) Fréquence respiratoire.....	54
b) <u>Position latérale de sécurité</u>	54
c) <u>Réanimation cardiopulmonaire</u>	56
1) Massage cardiaque.....	56
2) L'insufflation.....	56
d) <u>Compression</u>	58
e) <u>Garrot</u>	59
IV) Défibrillateur automatisé externe	61
a) <u>Qu'est-ce qu'un DAE ?</u>	61
b) <u>Mode d'emploi</u>	62
c) <u>Qui peut utiliser un DAE ?</u>	63
d) <u>Quelles structures doivent s'équiper d'un DAE ?</u>	63
e) <u>Où installer un DAE ?</u>	64
f) <u>Les obligations des propriétaires de DAE</u>	64
1) Obligation de signalétique.....	65
2) Obligation de déclaration.....	66
3) Obligation de maintenance.....	66

C) A L'OFFICINE	68
I) Système métabolique.....	68
a) <u>Hypoglycémie</u>	68
b) <u>Hyperglycémie</u>	71
c) <u>Acidocétose</u>	72
d) <u>Coma hyperosmolaire</u>	74
II) Système cardio-vasculaire.....	76
a) <u>Angor stable</u>	76
b) <u>Syndrome coronarien aigue ST+ (infarctus du myocarde)</u>	77
c) <u>Accident vasculaire cérébral</u>	80
III) Terrain allergique.....	83
a) <u>Crise d'asthme</u>	83
b) <u>Œdème de Quincke isolé</u>	86
c) <u>Choc anaphylactique</u>	87
IV) Crise convulsive.....	91
V) Brulure cutanée.....	97
VI) Urgences ophtalmologiques.....	99

DISCUSSION.....	104
CONCLUSION.....	106
BIBLIOGRAPHIE.....	107
ANNEXE 1.....	114
SERMENT DE GALIEN.....	115

REPERTOIRE DES FIGURES

Figure n°1 : Régulation médicale des appels et orientation du patient.....	16
Figure n°2 : Photographie de l'intérieur d'un camion SMUR.....	17
Figure n°3 : Photographie de l'intérieur d'un camion SMUR équipé d'une unité de réanimation pour nourrisson.....	17
Figure n°4 : Schématisation de la roue de Deming.....	32
Figure n°5 : Protocole d'enregistrement des interventions de première urgence.....	34
Figure n°6 : Arbre décisionnel d'une prise en charge d'urgence à l'officine.....	35
Figure n°7 : Liste non exhaustive des produits devant faire partie d'une trousse de secours dans une officine.....	39
Figure n°8 : Tableau score de Glasgow.....	41
Figure n°9 : Tableau des appréciations selon la valeur de la tension artérielle.....	43
Figure n°10 : Schématisation d'une mesure de la pression artérielle par un auto-tensiomètre brachiale.....	44
Figure n°11 : Schématisation d'une mise en position latérale de sécurité.....	45
Figure n°12 : Photographie d'un ballon auto-remplisseur a valve unidirectionnelle....	48
Figure n°13 : Photographie d'un masque bouche à bouche de poche.....	48
Figure n°14 : Pansement israélien (compressif hémostatique d'urgence)	49
Figure n°15 : Schématisation d'un garrot tourniquet.....	50
Figure n°16 : Schématisation d'un défibrillateur automatisé externe.....	52
Figure n°17 : Zones de placements des électrodes sur l'adulte et l'enfant.....	53
Figure n°18 : Obligations des propriétaires de DAE.....	55
Figure n°19 : Symptômes de l'hypoglycémie.....	61
Figure n°20 : Photographie d'un Glucagen kit®.....	62

Figure n°21 : Photographie et schématisation de Baqsimi®.....	62
Figure n°22 : Symptômes de l'hyperglycémie.....	63
Figure n°23 : Photographie de bandelettes urinaires avec interprétation des résultats	65
Figure n°24 : Schématisation d'une angioplastie.....	69
Figure n°25 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence de l'infarctus du myocarde.....	70
Figure n°26 : Schématisation des deux types d'AVC.....	71
Figure n°27 : Outils diagnostic rapide FAST.....	72
Figure n°28 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence d'un accident vasculaire cérébral.....	73
Figure n°29 : Schématisation de l'anatomie d'une bronche lors d'une crise d'asthme	74
Figure n°30 : Arbre décisionnelle de la prise en charge d'urgence des symptômes aigus d'asthme de l'adulte.....	75
Figure n°31 : Classification de Ring et Messmer.....	79
Figure n°32 : Schématisation d'un stylo ANAPEN®.....	80
Figure n°33 : Photographie du conditionnement des différents dosages de BUCCOLAM®.....	83
Figure n°34 : Schématisation de l'utilisation d'une seringue BUCCOLAM®.....	84
Figure n°35 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence de la crise convulsive de l'adulte.....	85

INTRODUCTION

Une situation d'urgence peut se définir comme tout stress biologique s'aggravant rapidement ou susceptible de le faire et ayant pour conséquence d'engager le pronostic vital ou une augmentation de la morbidité. Une prise en charge adaptée et rapide permettrait de réduire le taux de mortalité et d'éventuelles séquelles.

La définition proposée par la HAS est toute « Situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. » [1]

Le pharmacien est un professionnel de santé qui occupe une place essentielle dans le parcours de soin des patients. Il détient un rôle clé grâce à ses compétences et sa proximité. Il fait de lui un agent du service public dans une dimension médicale mais également sociale.

Le pharmacien va être amené, lui et son équipe, à être en contact constant avec un public de patients, qui malheureusement, sera plus enclin à connaître des situations de détresse vitales de part des maladies chroniques préexistantes. Ces situations dites « d'urgences » devront être pris en charge méthodiquement et rapidement.

A ce jour, aucune étude française ne permet, à notre connaissance, d'apprécier les compétences et les connaissances des équipes officinales pour prendre en charge les situations d'urgences (Data bases interrogées : ARS, Ordre National des pharmaciens, Omedit, URPS). La question qui se pose est de savoir si l'équipe officinale dispose de la capacité nécessaire à prendre en charge ces situations d'urgences. Cette capacité peut se mesurer sous divers angles comme :

- Les connaissances théoriques et pratiques au travers des différentes formations proposées
- La préparation psychologique de la personne à initier une prise en charge d'une situation d'urgence
- La préparation matérielle mis en place à l'officine comme une trousse d'urgence ou l'installation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)
- Les droits juridiques régis par le code de santé publique, le code pénal et le code civil

Tous ces aspects vont faire partie intégrante de la capacité d'un pharmacien à porter secours à une personne en détresse.

Ainsi pour tenter d'apporter une réponse à cette question, nous avons mené une étude prospective dans la région SUD s'appuyant sur un questionnaire rédigé puis diffusé aux pharmaciens titulaires d'officine de notre région.

Ce questionnaire est composé de 18 questions à choix multiples, ayant pour but d'évaluer les connaissances et les expériences de pharmaciens titulaires d'officine en matière de gestions de situations d'urgences. Il aborde principalement le thème des défibrillateurs automatisé externe, de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgences et des différentes situations d'urgences pouvant survenir dans une officine, des gestes de premiers secours, des textes de loi encadrant le pharmacien ainsi que le thème de la démarche qualité associée à la prise en charge des situations d'urgence dans une officine.

Le questionnaire était disponible en support papier mais également numérique en format « google form ».

La diffusion s'est faite par contact direct (déplacement en personne dans les officines) et indirect, notamment par courriel et par le biais des réseaux sociaux (Groupe « Pharmacool » sur Facebook). Il y a eu 55 réponses recueillies.

Les officines répondeuses sont en grande partie des officines de ville, dites urbaines (49 urbaines pour 6 rurales).

A ce questionnaire s'ajoute une grande partie théorique composée d'informations provenant essentiellement des cours enseignés pendant le cursus des études de pharmacie de la faculté mais également de différentes sources citées dans la bibliographie.

Dans un premier temps nous allons aborder une partie théorique qui recense les différentes responsabilités qui incombent à un pharmacien titulaire, la multitude de services publics et privés qui prennent en charge des patients en situation d'urgence médicale, ainsi que les formations aux gestes et soins d'urgence obligatoires à l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie.

Dans un second temps nous traiterons une partie pratique notamment la mise en place d'un système qualité à l'officine, l'inventaire d'une trousse de secours, la réalisation des différents gestes de premiers secours ainsi que les défibrillateurs automatisés externes.

Dans un dernier temps nous explorerons les situations d'urgences les plus fréquemment rencontrées par les pharmaciens dans un plan commun :

- Définition
- Étiologie
- Signes cliniques
- Prise en charge (possible à l'officine ou non)

L'ensemble des réponses du questionnaire seront présentées et discutées tout au long de ces différents points clés que le pharmacien d'officine doit connaître et maîtriser pour assurer une prise en charge efficace et adapté aux situations d'urgence qu'il peut être amené à gérer dans son activité quotidienne.

A) DE LA THÉORIE

I) Les responsabilités qui régissent les droits et les devoirs de l'équipe officinale

Responsabilité : « Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres » [1]

Il existe plusieurs responsabilités qui incombent au pharmacien du fait qu'il n'est pas seulement un professionnel de santé, mais aussi un citoyen faisant parti de notre société.

Effectivement, certaines responsabilités résultent du devoir civique de la personne majeure, touchant ainsi tous les membres de l'équipe de l'officine (Pharmacien(s) titulaire(s), adjoint(s), préparateur(s), stagiaire(s), apprenti(s), secrétaire(s)) et d'autres du devoir professionnelle.

Il ressort donc trois responsabilités :

- La responsabilité civile
- La responsabilité pénale
- La responsabilité professionnelle

Une parfaite connaissance de ces responsabilités est indispensable dans l'exercice de la pharmacie. Elle permet d'identifier les limites du champ d'action du pharmacien en cas de situation d'urgence mais également de pouvoir se protéger en cas de nécessité.

a) La responsabilité civile

La responsabilité civile est définie dans le Code civil comme l'obligation de réparer les dommages causés à autrui, qu'ils soient physiques, matérielles, immatérielles ou moraux, sous forme d'indemnisation.

Article 1240 : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » [2]

Article 1241 : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » [2]

Article 1242 : « On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. » [2]

Le pharmacien est donc civilement responsable de ses actes mais également de ceux des personnes constituant son équipe officinale. Les conséquences de ces actes peuvent entraîner des préjudices sévères qui nécessiteront des indemnisations importantes pour les réparer.

C'est pourquoi, une « obligation à s'assurer », est entrée en vigueur en 2002 avec la loi Kouchner (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), définie dans le code de santé publique :

Article L. 1142-2 : « Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion des 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9 (11°, 14° et 15°), utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. » [3]

b) La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est définie dans le code pénal comme l'obligation de répondre de ses actes, qui entrent en infraction avec la loi. Ces actes peuvent être de trois types : contravention, délit ou crime. Les sanctions applicables se présentent sous forme de peine (amende, travaux d'intérêt général, emprisonnement). La

responsabilité pénale est propre à chaque individu, mais s'applique aux personnes morales depuis 1994, donc à la fois au pharmacien et à la pharmacie.

Dans le cadre de la prise en charge des situations d'urgences en officine, deux articles du code pénal peuvent particulièrement entrer en vigueur :

Article 223-6 : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. [...] » [4]

Cet article, plus connu sous l'appellation de « non-assistance à personne en danger », nécessite que les trois éléments suivants soient réunis :

- « La personne en danger fait face à un péril grave et imminent, qui menace sa vie ou son intégrité

- Le témoin a conscience de ce danger

- Le témoin s'abstient d'intervenir pour empêcher qu'un crime ou qu'un délit soit commis contre l'intégrité physique de la victime, ou d'aider la victime, ou d'alerter les secours. » [5]

Article 122-7 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace. » [6]

Cet article permet de protéger la personne qui amorce les démarches de premiers secours si les moyens employés sont adéquats à la situation. Pour se faire, le plus simple pour le professionnel de santé, est de suivre les recommandations qui lui ont

été enseignés pendant sa formation aux gestes et soins d'urgences en attendant l'arrivée des secours.

c) La responsabilité professionnelle

La responsabilité professionnelle est définie dans le code de déontologie établie par l'ordre national des pharmaciens, faisant lui-même parti du code de santé publique par décret.

Article L4235-1 : « Un code de déontologie, préparé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État.

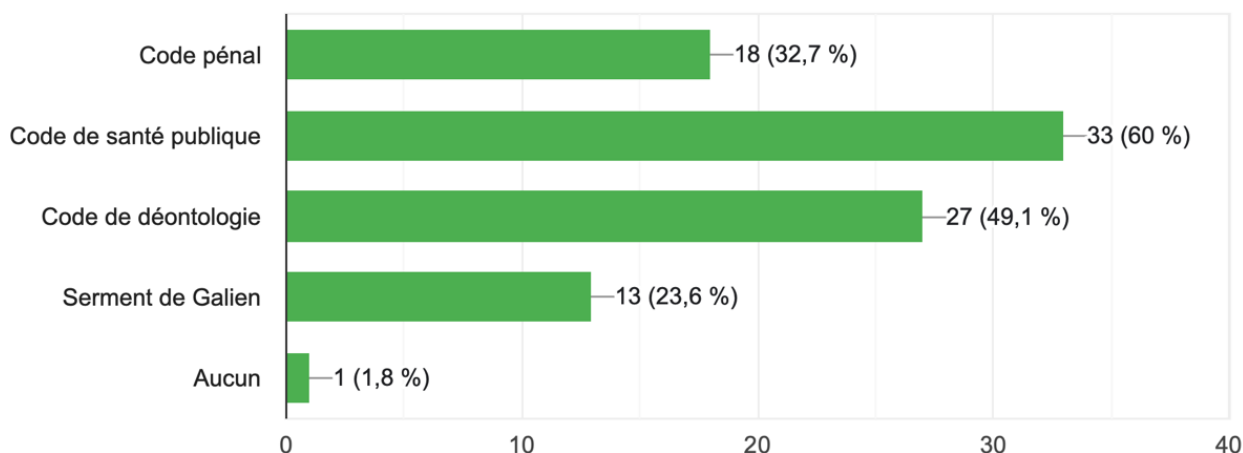
Ce code fixe notamment, en ce qui concerne les fonctionnaires exerçant la pharmacie, les relations entre les administrations dont ils dépendent et les conseils de l'ordre, au point de vue disciplinaire. » [7]

Ce code de déontologie s'impose à tous les pharmaciens inscrits au tableau de l'Ordre. Les pharmaciens auteurs d'actes rentrant en infraction avec ses règles sont jugés par la chambre de discipline de l'Ordre et peuvent être sanctionné à différents degrés : avertissement, blâme, interdiction d'exercice temporaire ou définitive. Ces sanctions sont indépendantes des poursuites civiles ou pénales qui pourraient, dans certains cas, s'y ajouter.

Article R.4235-7 : « tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure. " [8]

16) Selon vous, quel référentiel dicte les droits et devoirs d'un pharmacien à porter secours ?

55 réponses



Ce graphique montre les différents référentiels choisis pouvant potentiellement régir les droits et devoirs d'un pharmacien à porter secours. Selon les pharmaciens interrogés :

- 32,7 % ont répondu que le code pénal a une valeur juridique*
- 60 % ont répondu que le code de santé publique a une valeur juridique*
- 49,1 % ont répondu que le code de déontologie a une valeur juridique*
- 23,6 % ont répondu que le serment de Galien a une valeur juridique*
- 1,8 % (une seule personne) ont répondu aucun d'entre eux*

Seul le code pénal, le code de santé publique et le code de déontologie (faisant partie intégrante du code de santé publique) peuvent faire foi juridiquement dans le cadre d'une gestion de situation d'urgence. Le serment de Galien n'a aucune valeur juridique, mais il en va de la coutume, pour un pharmacien, de prêter serment à la fin de la soutenance d'une thèse d'exercice ou lors de cérémonie spécifique.

Ce graphique montre bien que les pharmaciens ne connaissent pas suffisamment les référentiels qui encadrent leur droits et devoirs pour porter secours.

Hypothèse : Cela peut s'expliquer par un défaut d'intéressement des titulaires à la gestion des situations d'urgence ou alors par un manque de nécessité à avoir recours à ces textes de loi durant leurs carrières.

II) Services publics et privés prenant en charge les situations d'urgences

Services publics :

a) SAMU : Service d'aide médicale urgente

Le SAMU est un centre d'appel, ouvert 24h/24 et 7j/7, qui a pour fonction de répondre par téléphone aux besoins urgents de santé de tous. Depuis sa mise en place en 1956, il permet de désengorger le service des urgences des hôpitaux mais également d'apporter une réponse médicale rapide et à distance.

Article L6311-2 du code de santé publique : « Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente. Il est organisé avec les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé participant à l'organisation et au fonctionnement du service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3. » [9]

Il faut appeler le SAMU en cas de malaise, coma, hémorragie, douleur thoracique, difficultés respiratoires, arrêt cardiaque, intoxication. Il n'existe pas en revanche une liste exhaustive des raisons qui justifie un appel au SAMU. Cela dépend de l'appréciation de la victime et/ou de l'aidant.

Pour joindre le SAMU il faut composer le 15. C'est le centre de réponse et de régulation des appels (CRRA) qui prend en charge premièrement l'urgence potentiel par un assistant de régulation médicale (ARM). C'est l'ARM qui détermine la gravité de la situation. A partir de ce moment trois choix s'offrent à lui :

- La situation ne requiert pas d'aide médicale et avec l'accord du médecin régulateur le dossier est classé.
- La situation requiert une aide médicale, l'appel est transféré au médecin régulateur. Il peut lui, prodiguer un simple conseil médical avec suivi ou alors

orienter le patient vers un effecteur adapté au niveau de soin comme un autre médecin (médecin traitant idéalement, médecin de garde ou SOS médecin) ou un service d'urgence comme les pompiers ou une ambulance.

- La situation nécessite une prise en charge immédiate car le pronostic vital est engagé, départ immédiat du SMUR (Structure mobile d'urgence et de réanimation) [10]

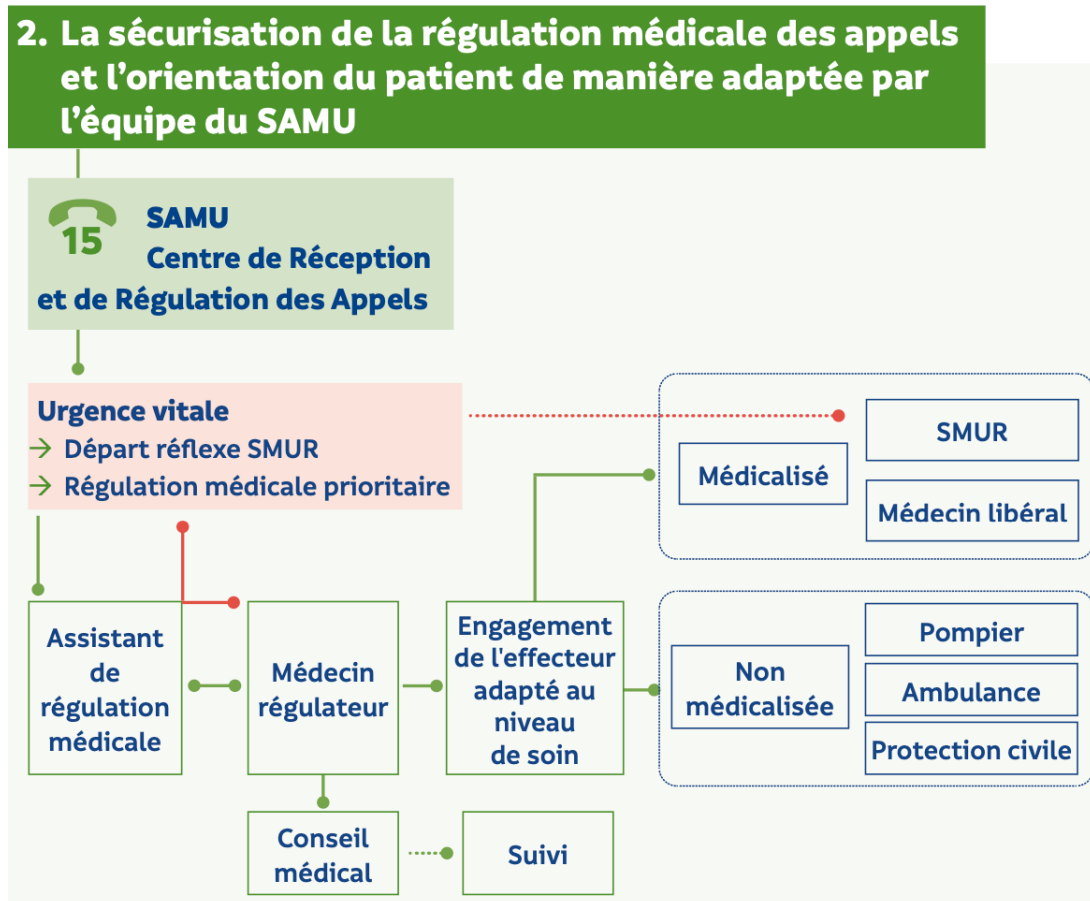


Figure n°1 : Régulation médicale des appels et orientation du patient [10]

b) SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

Le SMUR est un service hospitalier mobile composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur d'ambulance. Il a pour fonction d'assurer en permanence, une prise en charge médicale et de réanimation des patients qui en ont besoin mais également le transport de ces derniers vers un établissement de santé. Les véhicules SMUR sont équipés d'un matériel de réanimation complet et ne peuvent intervenir que sur régulation du SAMU. [10]



Figure n°2 : Photographie de l'intérieur d'un camion SMUR [11]



Figure n°3 : Photographie de l'intérieur d'un camion SMUR équipé d'une unité de réanimation pour nourrisson [12]

c) Pompiers

Les sapeurs-pompiers français sont spécialisés dans la prise en charge des situations d'urgence concernant toute personne en péril, notamment les accidents de la voie publique, les malaises, les électrocutions. Le secours d'urgence aux personnes concerne 85% de leurs interventions (contre 6% pour les incendies). [13]

Pour obtenir une intervention rapide des pompiers il faut composer le 18.

Face à la forte demande d'assistance médicale, les sapeurs-pompiers proposent un service de santé et de secours médical (SSSM). Pluridisciplinaire, il est composé de plus de 12 000 membres (96% sont volontaires) comme des médecins (3700), des infirmiers (7800), des pharmaciens (500), des vétérinaires (300), des psychologues (340) et d'autres cadres de santé. [13]

Voici comme exemples les missions d'un pharmacien sapeur-pompier volontaire :

- « Secours d'urgence aux personnes :
 - Assurer la gestion et le suivi des médicaments, dispositifs médicaux et matériels médico secouristes des véhicules de secours et d'assistance aux victimes, et des dotations des médecins et infirmiers de sapeurs-pompiers
 - Participer à la sécurisation des traitements et des soins
- Santé en service :
 - Participer à la politique de médecine préventive menée auprès des sapeurs-pompiers
 - Être conseiller en matière de prévention des risques infectieux
- Risques particuliers :
 - Participer à la gestion des risques technologiques et environnementaux
 - Être un conseiller en matière de toxicologie » [13]

Dans le but de préparer les citoyens à être témoins de situation d'urgence et de les former aux réflexes qu'il faut avoir afin d'augmenter les chances de survie des victimes, les sapeurs-pompiers de France ont créé un outil numérique interactif qui

met en situation plusieurs cas concrets. Ces différents cas permettent d'expliquer et de comprendre les différentes étapes d'une prise en charge mais également dans quel ordre il faut les exécuter.

Cet outil numérique est disponible à l'adresse suivante : « <https://sauvequiveut.fr> »

d) 112

Le 112 est le numéro d'appel d'urgence européen unique et gratuit dans toute l'union européenne. Il peut être utilisé pour toute urgence nécessitant une ambulance, un service incendie ou la police. Ce numéro peut s'avérer très utile pour les voyageurs étrangers qui ne connaissent pas les numéros d'urgence nationaux ou qui ne parlent pas la langue locale. [14]

e) 114

Le 114 est le numéro d'appel d'urgence français pour les personnes sourdes et malentendantes qui sont victimes ou témoins d'une situation d'urgence qui nécessite l'intervention des services de secours. Il est accessible par SMS, FAX, visiophonie (afin de communiquer en langue des signes), par site internet (www.urgence114.fr) ou encore par l'application mobile d'urgence 114. Le centre de relais national du 114 est implanté au centre hospitalier universitaire de Grenoble. [14]

f) 116 117

Le 116 117 est un numéro d'appel d'urgence, mis en place de manière expérimentale dans les départements de la Corse, des Pays de la Loire et de la Normandie. Disponible de 8h à 20h, il permet d'être mis en relation avec un médecin de garde afin d'avoir un conseil médical, une orientation vers un médecin généraliste disponible ou une maison médicale de garde ou alors une visite à domicile pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer. Ce numéro a pour but de prendre en charge une situation d'urgence non vitale et de désengorger les services d'urgences locaux. [15] [16]

Services privés :

g) Maison médicale de garde

Les maisons médicales de garde sont des structures qui assurent la permanence des soins pendant les heures de fermeture des autres établissements médicaux, généralement entre 20h et 8h, les week-ends et les jours fériés.

L'Agence Régionale de Santé décide en concertation avec la maison médicale les principales missions qu'elle devra accomplir en fonction des besoins de la population qu'elle dessert. Elle pourra alors s'implanter, selon son statut, dans un hôpital, une clinique ou bien un local indépendant. Le personnel médical des maisons médicales de garde est essentiellement composé de médecins généralistes, mais il est possible qu'elles s'adjoignent de professionnels de santé paramédicaux. [17] [18]

h) SOS médecins France

Le 36 24 est le numéro d'appel d'urgence pour contacter SOS médecins France (0,15€/min + prix d'appel). SOS médecins France est une fédération qui rassemble 63 associations à but non lucratif composées de plus d'un millier de médecins libéraux. Elles ont pour but de créer un réseau de permanence de soins sur tout le territoire français. [19]

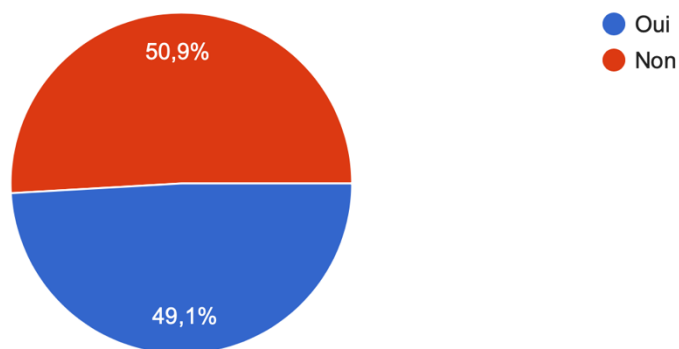
i) Résogardes

Le 32 37 est le numéro d'appel d'urgence Résogardes (0,30€/min + prix d'appel) qui permet de connaître la pharmacie la plus proche effectuant un service de garde. C'est-à-dire une pharmacie ouverte en dehors de ses horaires d'ouvertures habituels (durant la nuit de 21h à 7h et/ou dimanche et jours fériés). Cette pharmacie pourra appliquer un honoraire de garde supplémentaire par ordonnance délivrée prise en charge par la sécurité sociale.

L'article L.5125-22 du Code de la Santé Publique prévoit qu' « un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures d'ouverture généralement pratiquées par les officines dans une zone déterminée [...] son organisation est réglée par les organisations représentatives de la profession dans le département ».
[20]

2) Effectuez-vous régulièrement un service de garde ?

55 réponses



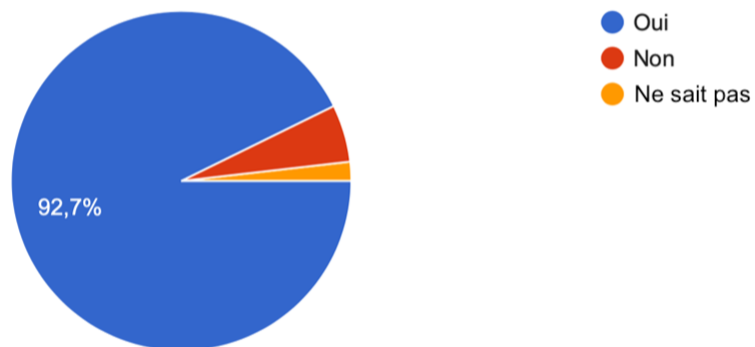
Ce diagramme permet d'estimer le pourcentage d'officine effectuant un service de garde :

- 49,1% (27) répondent effectuer un service de garde
- 50,9% (28) répondent ne pas en effectuer un

Ce résultat montre que moins de la moitié des officines réalisent un service de garde.

Hypothèse : Dans les zones où les officines sont suffisamment présentes, il est possible de se porter volontaire, en accord avec les syndicats, pour effectuer toutes les gardes.

15) Savez-vous quel service de secours (15, 17, 18, 112 etc...) appeler en fonction de la situation ?
55 réponses



Ce graphique montre le pourcentage de pharmaciens interrogés pensant savoir quel service de secours appeler en fonction d'une situation d'urgence.

- 92,7 % (51) pensent savoir quel service d'urgence appeler
- 7,3 % (4) pensent ne pas savoir

Ce résultat montre que les pharmaciens se sentent plutôt capable de savoir quel service d'urgence adéquat appeler si besoin.

Hypothèse : savoir qui appeler en fonction de la situation d'urgence est une capacité assez bien acquise dans l'esprit de la population. Elle est peut-être due à une éducation élémentaire depuis l'enfance.

III) Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

La formation aux gestes et soins d'urgence est une formation créée en 2006 qui permet d'être formé sur la prise en charge et la gestion des premiers secours. Cette formation peut donc être particulièrement utile pour des personnes travaillant en contact avec des patients à risque de développer subitement des états de santé dont le pronostic vital est engagé. Elle conduit à une attestation de formation : l'AFGSU. Cette attestation est destinée uniquement aux personnels travaillant dans les établissements sanitaires et médicaux-sociaux. Ces attestations sont délivrées sous la responsabilité des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) capables d'habiliter des organismes qui peuvent dispenser ces formations (comme la croix rouge française par exemple). [21]

Il existe trois niveaux d'AFGSU :

- Niveau 1 : destiné à l'ensemble des personnels, non professionnels de santé, exerçant au sein d'un établissement de santé, d'une structure médico-sociale, auprès d'un professionnel de santé dans un cabinet libéral, une maison de santé ou un centre de santé. [22]

- Niveau 2 : destiné aux professionnels de santé inscrits dans la IVème partie du code de la santé publique (incluant les pharmaciens) et étudiants préparant l'obtention d'un diplôme en vue de l'exercice de l'une de ces professions de santé. Également destiné aux personnes titulaires (ou en cours de formation) du diplôme d'état d'aide médico-psychologique ou d'accompagnant éducatif et social, personnes titulaires (ou en formation) du diplôme d'assistant de régulation médicale, assistants médicaux, préleveurs sanguins en vue d'examens de biologie médicale et auxiliaires ambulanciers. [22]

- Situation sanitaire exceptionnelle : destiné plus spécifiquement aux professionnels de santé et personnels des établissements de santé, SAMU/SMUR et concourant à l'aide médicale urgente, qui sont plus susceptibles de rencontrer ces rares cas dans l'exercice de leurs fonctions. [22]

La circulaire du 27 mai 2010 rend l'AFGSU de niveau 1 et 2 obligatoire pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie.

L'AFGSU 1 et 2 sont valables 4 ans mais peuvent être reconduite grâce à des séances de réactualisation des connaissances. Le cas échéant, la formation doit être suivie à nouveau depuis le début. [23]

a) AFGSU de niveau 1

Objectifs pédagogiques : acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence vitale à caractère médical ou potentielle et à la réalisation des gestes d'urgences adaptés à la situation mais aussi la participation à la réponse à une urgence collective ou une situation sanitaire exceptionnelle. [23]

La formation AFGSU de niveau 1 dure 14 heures, coûte 274€ (tarif du CESU13) et se déroule en 3 modules distincts. [22]

Module 1 : Prise en charge des urgences vitales [22]

- Identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre une protection adaptée.
- Alerter le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, de transmettre les observations et de suivre les conseils donnés. L'apprentissage de l'alerte doit aussi, en situation de sauveteur isolé, comprendre l'usage d'autres numéros d'urgence : 17, 18, 112, 114.
- Identifier l'inconscience et assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée.
- Identifier un arrêt cardiaque et réaliser ou faire réaliser une réanimation cardio-pulmonaire de base avec matériel (DAE).
- Identifier une obstruction aiguë des voies aériennes et de réaliser les gestes adéquats.

- Arrêter une hémorragie externe y compris par la pose d'un garrot en respectant les règles de protection face à un risque infectieux.

Module 2 : Prise en charge des urgences potentielles [22]

- Identifier les signes de gravité d'un malaise, d'un traumatisme cutané et/ou osseux et effectuer les gestes adéquats.
- Identifier les signes de gravité d'une brûlure et agir en conséquence.
- Appliquer les règles élémentaires d'hygiène.
- Transmettre un bilan synthétique lors de l'alerte, à l'équipe médicale venant en renfort.
- En l'absence d'un médecin proche, demander conseil au SAMU ou appeler le numéro dédié aux urgences, transmettre les observations et suivre les conseils donnés.

Module 3 : Enseignement relatif urgences collectives et aux situations sanitaires exceptionnelles [22]

- Comprendre le concept de « situations sanitaires exceptionnelles » et connaître l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif ORSAN) et son articulation avec le dispositif de réponse de la sécurité civile (dispositif ORSEC).
- S'intégrer dans les plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé ou médico-sociaux, en fonction de la profession exercée et du lieu d'exercice.
- Être sensibilisé aux risques NRBC et aux premières mesures à mettre en œuvre dans ce type de situation (protection et décontamination d'urgence)
- Identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de protection et de sécurité adaptées notamment en cas d'alerte des populations ou lors d'un événement au sein de l'établissement.
- Connaître les principes de la prise en charge médico-psychologique des victimes, de l'information des proches des victimes et de l'annonce des décès.

Modalités d'évaluation :

- Être présent aux 14 heures de formation
- Avoir pratiqué l'ensemble des gestes techniques sur mannequin
- Avoir un comportement adapté à une situation d'urgence lors d'une situation simulée

b) AFGSU de niveau 2

Objectifs pédagogiques : Identifier une urgence à caractère médical et à sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale mais aussi participer à la réponse aux urgences collectives et aux situations sanitaires exceptionnelles. [23]

La formation AFGSU de niveau 2 dure 21 heures, coûte 411€ (tarif du CESU13) et se déroule en 3 modules distincts. [22]

Module 1 : Prise en charge des urgences vitales avec le matériel d'urgence [22]

- Identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre protection adaptée.
- Alerter le service d'aide médicale urgente (SAMU) ou l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, transmettre les observations et suivre les conseils donnés. L'apprentissage de l'alerte doit aussi, en situation de sauveteur isolé, comprendre l'usage d'autres numéros d'urgence : 17, 18, 112, 114.
- Identifier l'inconscience et assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée et initier les soins d'urgence selon les compétences acquises ailleurs.
- Identifier une obstruction aiguë des voies aériennes, et réaliser les gestes adéquats et initier les soins d'urgence (monitorage, oxygénothérapie si besoin)
- Arrêter une hémorragie externe en respectant la gradation des mesures (compressions, pansement hémostatique, garrot au-dessus de la plaie, réévaluation) et initier les soins d'urgence selon ses compétences acquises par ailleurs.

- Identifier un arrêt cardiaque et réaliser ou faire réaliser une réanimation cardiopulmonaire avec matériel d'urgence prévu (défibrillateur automatisé externe, chariot d'urgence, matériel embarqué...), initier les soins d'urgence et anticiper la réanimation spécialisée.
- Transmettre à l'équipe venant en renfort, un bilan synthétique comprenant signes cliniques, paramètres vitaux et contexte.
- Connaitre les mesures d'hygiène de base
- Mettre en œuvre une oxygénothérapie si besoin
- Mettre en œuvre les appareils non invasifs de surveillance des paramètres vitaux.
- Appliquer les procédures de maintenance et de matériovigilance des matériels d'urgences.

Module 2 : Prise en charge des urgences potentielles [22]

- Identifier les signes de gravité d'un malaise, notamment un accident vasculaire cérébral, une douleur thoracique, un risque de sepsis, une hypoglycémie et mettre en œuvre les soins d'urgence adaptés au regard de ses compétences acquises par ailleurs.
- Identifier les signes de gravité d'un traumatisme osseux ou cutané et de prendre les mesures adaptées pour la prise en charge du patient (immobilisation, relevage, brancardage).
- Identifier les signes de gravité d'une brûlure et agir en conséquence.
- Appliquer les règles élémentaires d'hygiène et appliquer les règles de protection face à un risque infectieux.
- En l'absence de médecin proche, demander conseil au service d'aide médicale urgente (SAMU) ou autre service interne dédié, transmettre les observations en respectant les règles déontologiques et professionnelles et suivre les conseils donnés.
- Prendre les mesures adaptées pour la mère et pour l'enfant face à un accouchement inopiné.

Module 3 : Enseignement théorique et pratique relatif aux urgences collectives et aux situations sanitaires exceptionnelles [22]

- Comprendre le concept de « situations sanitaires exceptionnelles » et connaître l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif ORSAN) et son articulation avec le dispositif de réponse de la sécurité civile (dispositif ORSEC).
- S'intégrer dans les plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé ou médico-sociaux, en fonction de la profession exercée et du lieu d'exercice.
- Être sensibiliser à l'accueil d'un afflux de blessés notamment par armes de guerre et aux techniques du « damage control ».
- Être sensibilisé aux risques NRBC et aux premières mesures à mettre en œuvre dans ce type de situation (protection et décontamination d'urgence)
- Identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de protection et de sécurité adaptées notamment en cas d'alerte des populations ou lors d'un évènement au sein de l'établissement.
- Connaître les principes de la prise en charge médico-psychologique des victimes, de l'information des proches des victimes et de l'annonce des décès.

Modalités d'évaluations :

- Être présent aux 21 heures de formation.
- Avoir pratiqué l'ensemble des gestes techniques sur mannequin.
- Avoir un comportement adapté à une situation d'urgence lors d'une situation simulée.

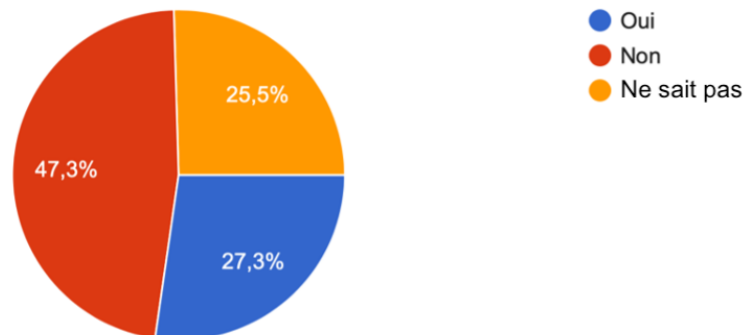
c) AFGSUSSE

L'Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle (AFGSUSSE) se compose de dix modules complémentaires pouvant être enseignés et délivrés séparément. La possession de l'AFGSU de niveau 1 et 2 est le seul prérequis pour suivre l'enseignement de ces modules. [22]

- Module 1 : Prise en charge d'une urgence collective en préhospitalier (3h30)
- Module 2 : Accueil massif de victimes non contaminées en établissement de santé (3h30)
- Module 3 : Stratégie médicale du Damage Control (7h)
- Module 4 : CUMP (Prise en charge des urgences médico-psychologiques) (14h)
- Module 5 : Décontamination hospitalière d'urgence et moyens de protection individuelle ou collective nucléaire, radiologique et chimique(7h)
- Module 6 : Décontamination hospitalière approfondie (7h)
- Module 7 : Prise en charge d'un patient victime d'un agent nucléaire, radiologique ou chimique (NRC) (7h)
- Module 8 : Prise en charge du patient suspect d'infection liée à un risque épidémique et biologique (REB) et protection de la collectivité en établissement de santé (3h30)
- Module 9 : Prise en charge du patient atteint d'une infection liée à un risque épidémique et biologique (REB) et protection de la collectivité en établissement de santé de référence (7h)
- Module 10 : Soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle (14h)

7) Votre équipe officinale est-elle à jour de sa formation AFGSU (Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) ?

55 réponses



Ce graphique montre la répartition des équipes officinales à jour de leur attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

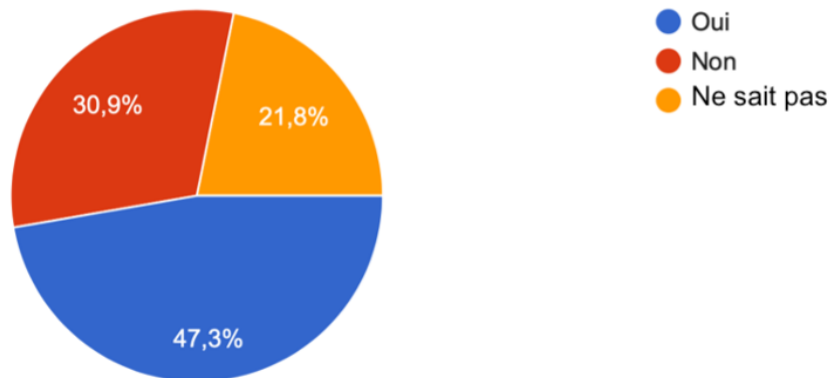
- 47,3 % (26) ne sont pas à jour de leur AFGSU
- 27,3 % (15) sont à jour
- 25,5 % (14) ne savent pas

Ce résultat atteste du manque de volonté des pharmaciens titulaires d'être entouré d'une équipe maîtrisant les recommandations en matière de gestion de situation d'urgence.

Hypothèse : les titulaires ne veulent pas consacrer du temps et de l'argent pour former leurs équipes à gérer des situations qui arrivent rarement. La détention de l'AFGSU n'étant pas obligatoire pour exercer un métier en officine n'en fait donc pas une priorité.

8) Selon vous, cette formation est-elle obligatoire ?

55 réponses



Ce diagramme montre la réponse des pharmaciens interrogés, si selon eux, l'AFGSU est obligatoire pour exercer en officine.

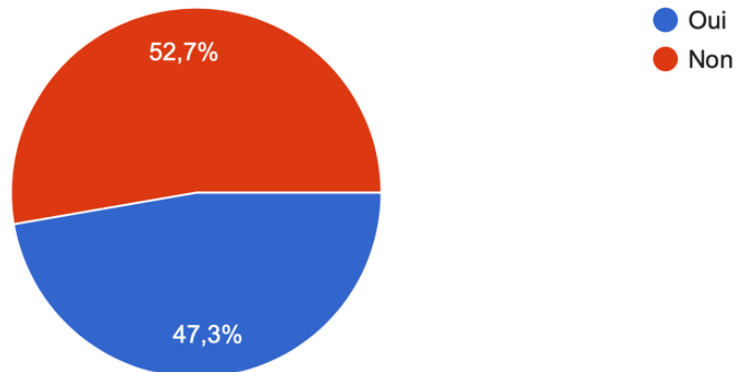
- 47,3 % (26) pensent que oui
- 30,9 % (17) pensent que non
- 21,8 % (12) ne savent pas

Pour rappel l'AFGSU est obligatoire pour l'obtention du diplôme de pharmacien mais est en aucun cas essentielle pour exercer en officine.

Ce résultat est en adéquation avec les résultats de la question précédente puisque la moitié des pharmaciens pensant cette formation obligatoire ont répondu qu'ils ont une équipe officinale non à jour.

9) Savez- vous comment et où suivre cette formation ?

55 réponses



Cette question permet de savoir si les pharmaciens savent comment et où passer l'AFGSU :

- 52,7% (29) d'entre eux ne savent pas où passer l'AFGSU
- 47,3% (26) d'entre eux savent

Hypothèse : Il existe une mauvaise communication et/ou une mauvaise connaissance des pharmaciens car plus de la moitié ne savent pas où passer cette formation.

Cela ne veut pas dire qu'il la ferait s'il le savait car, grâce à la question précédente nous savons que moins de la moitié la pense obligatoire.

B) À LA PRATIQUE

I) Système qualité

a) Définition

Le système qualité est une démarche dynamique et évolutive, régit par des actions permettant d'atteindre des objectifs prédéfinis en suivant une stratégie. Il permet une amélioration continue d'un concept en corrigeant les points faibles décelés.

En 1950, le statisticien américain William Deming représente le système qualité sous la forme d'une roue constituée de quatre étapes :

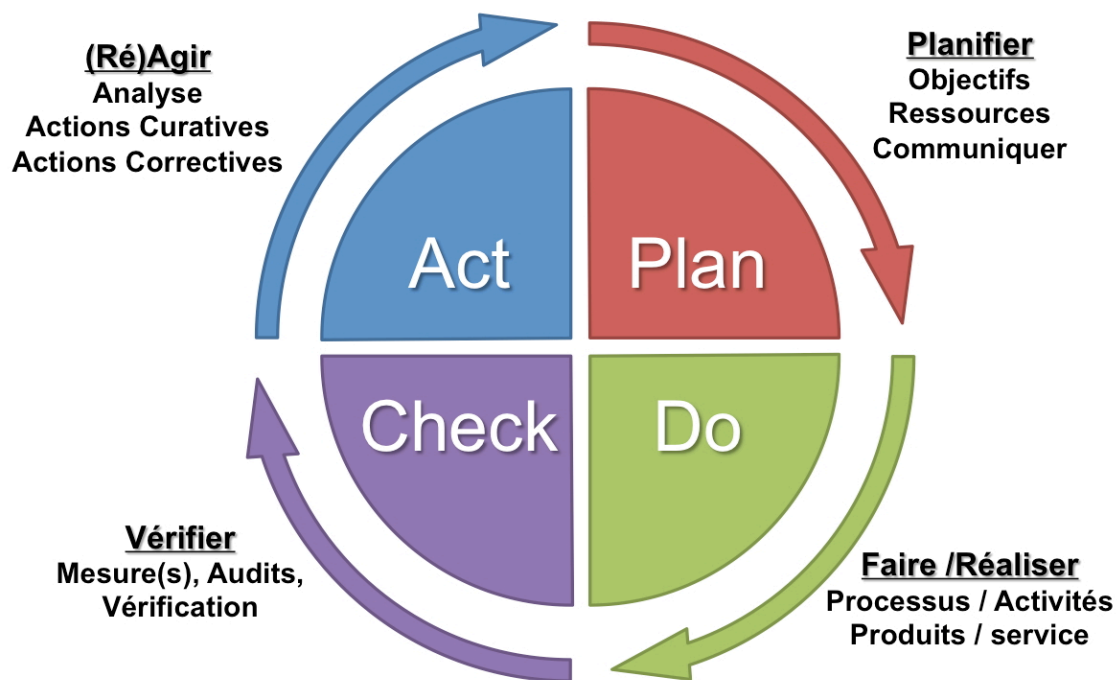


Figure n°4 : Schématisation de la roue de Deming [24]

- Plan : Planifier, définir le sujet et finaliser par un plan d'actions
- Do : Réaliser, mettre en œuvre les actions précédemment définies
- Check : Vérifier, par le biais d'indicateurs, l'efficacité des actions menées
- Act : Agir, améliorer, corriger les objectifs non atteints ou d'éventuelles nouvelles contraintes

b) Système Management Qualité

La norme ISO 9001 : version 2015 : est une norme généraliste, qui peut s'appliquer à l'ensemble des entreprises dont les pharmacies officinales.

La mise en place d'un système de management qualité permet :

- D'évaluer le contexte global de l'entreprise, de définir les objectifs et d'identifier de nouvelles opportunités
- Donner la priorité aux clients (répondre à leurs besoins et dépasser leurs attentes : assurer une clientèle régulière et gagner de nouveaux clients)
- Travailler de façon plus efficace
- Répondre aux exigences légales et réglementaires
- Identifier et gérer les risques associés à l'exercice de la profession

La qualité permet une amélioration du confort au travail qui est un facteur d'accroissement d'efficacité (moins de stress, moins de temps perdu et augmentation de sécurisation des actes pharmaceutiques).

c) Démarche qualité officine

La démarche qualité étant un réel atout pour le bon fonctionnement d'une officine, un haut comité qualité officine a été formé. Il regroupe les principaux représentants de la pharmacie :

- Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)
- La Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
- L'Union de syndicats de pharmacie d'officine (USPO)
- La chambre syndicale des groupements et enseignes de pharmacie (FEDERGY)
- L'Union des groupements de pharmaciens d'officine (UDGPO)
- Le Collectif des groupements de pharmaciens d'officine (CNGPO)
- L'Association des pharmacies rurales (APR)
- Le Collège des pharmaciens conseillers et maitres de stage (CPCMS)
- L'Association nationale des étudiants en pharmacie de France (ANEPF)

Ce document permet d'avoir une traçabilité de l'ensemble des gestes de premier secours effectués à l'officine mais aussi, de l'orientation des patients vers les autres ressources du système de santé.

Un arbre décisionnel est joint à ce document afin d'orienter le pharmacien dans ses choix :

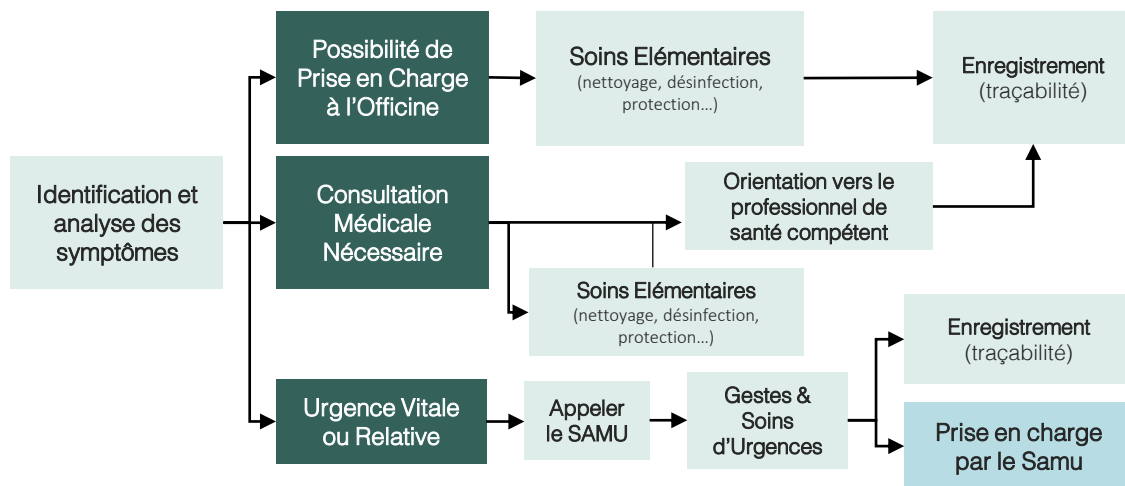
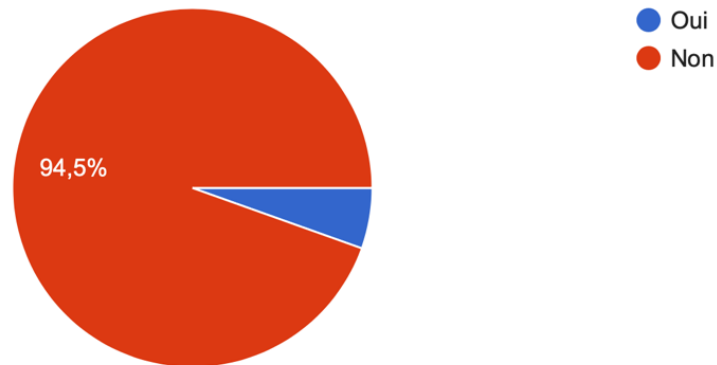


Figure n°6 : Arbre décisionnel d'une prise en charge d'urgence à l'officine [25]

Se servir d'une démarche qualité pour prendre en charge les situations d'urgences contribuerait à une homogénéisation des pratiques avec l'aide de protocoles universels. Cela permettrait à toute victime de pouvoir recevoir un secours adéquat et unique ainsi qu'un suivi, de la part de n'importe quels professionnels de santé travaillant dans une officine.

17) Avez-vous un système qualité qui encadre la prise en charge des situations d'urgences ?

55 réponses



La problématique ci-dessus cherche à savoir si les pharmaciens ont mis en place une démarche qualité pour prendre en charge les situations d'urgences :

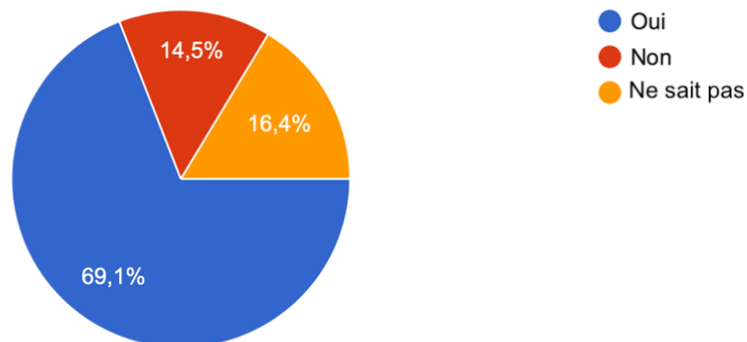
- 94,5 % (52) des pharmaciens interrogés n'ont pas mis en place un système qualité traitant les situations d'urgences
- 5,5 % (3) en ont mis un en place

Il est clair que la qualité en matière de gestion des situations d'urgences n'est pas la priorité des pharmaciens.

Hypothèse : cela peut être dû à un manque de temps, un manque de savoir ou bien un manque de pertinence selon leurs opinions.

18) Pensez-vous qu'un système qualité vous permettrait de mieux prendre en charge une situation d'urgence ?

55 réponses



L'idée était de savoir, malgré le manque d'investissement des pharmaciens, si pour eux, la qualité pourrait améliorer la prise en charge des situations d'urgences :

- 69,1 % (38) pensent que oui
- 16,4 % (9) ne savent pas
- 14,5 % (8) pensent que non

Au vu de ces chiffres, il apparait une contradiction avec les résultats de la question précédente. L'hypothèse du manque de pertinence de la démarche qualité peut ainsi être écartée. Quant à l'hypothèse du manque de savoir, il va pouvoir être comblé avec l'aide du haut comité qualité officine. Reste à trouver le temps de mettre en place cette démarche qualité officine. Charge aux titulaires d'officine de dégager du temps pour mettre en place cette démarche qualité officine.

IV) Trousse de premier secours

Il est essentiel pour une officine de posséder une trousse de premier secours complète. C'est-à-dire, de composition définie et réfléchie afin d'être préparé à prendre en charge tout type d'urgence. C'est pourquoi il est conseillé, dans une démarche d'un système qualité, de tenir à jour une liste du matériel qui compose cette trousse dans laquelle se trouve la dénomination des produits, leur quantité ainsi que leur date de péremption. Cette liste pourra être complétée par quelques protocoles d'utilisation clairs et simplifiés afin d'assurer le bon usage des produits.

Il serait peut-être pertinent de compléter cette liste avec un auto-tensiomètre, un dérivé nitré par voie sublinguale, un hyper-glycémiant par voie sublinguale (ou du sucre en morceau), un lecteur glycémique, un masque de poche pour insufflation (bouche à bouche), un soluté de réhydratation et un antalgique de pallier 1.

Voici ci-dessous un exemple de liste du matériel recommandée par l'Ordre National des Pharmaciens :



CHECK-LIST

C05. TROUSSE DE PREMIÈRE URGENCE

LISTE NON EXHAUSTIVE DES PRODUITS DE LA TROUSSE DESTINÉE AUX PREMIERS SOINS RÉALISÉS À L'OFFICINE :

Liste des Produits	Dates de Péréemption	Disponible
<input type="checkbox"/> Gants de protection à usage unique		
<input type="checkbox"/> Antiseptiques, sérum physiologique en unidoses		
<input type="checkbox"/> Compresses stériles		
<input type="checkbox"/> Bandes de crêpe, bandes extensibles, bandes adhésives, sparadrap		
<input type="checkbox"/> Pansements gras, crème contre les brûlures		
<input type="checkbox"/> Pansements de différentes tailles		
<input type="checkbox"/> Ouate hémostatique		
<input type="checkbox"/> Suture adhésive		
<input type="checkbox"/> Pommade à l'arnica		
<input type="checkbox"/> Pince à échardes		
<input type="checkbox"/> Ciseaux		
<input type="checkbox"/> Thermomètre frontal		
<input type="checkbox"/> Morceaux de sucre en emballage individuel		
<input type="checkbox"/> Lien large non élastique pour garrot		
<input type="checkbox"/> Anti allergique		
<input type="checkbox"/> Adrénaline		
<input type="checkbox"/> Salbutamol & chambre d'inhalation		
<input type="checkbox"/> Couverture de survie		
<input type="checkbox"/> Tire Tique		
<input type="checkbox"/> Pompe à Venin		
<input type="checkbox"/> Défibrillateur Automatique Externe		
<input type="checkbox"/> Complément :		



Numéros d'Urgence

15 SAMU (urgence médicale)

18 sapeurs-pompiers (secours, incendie)

Centre Antipoison de la Région : _____

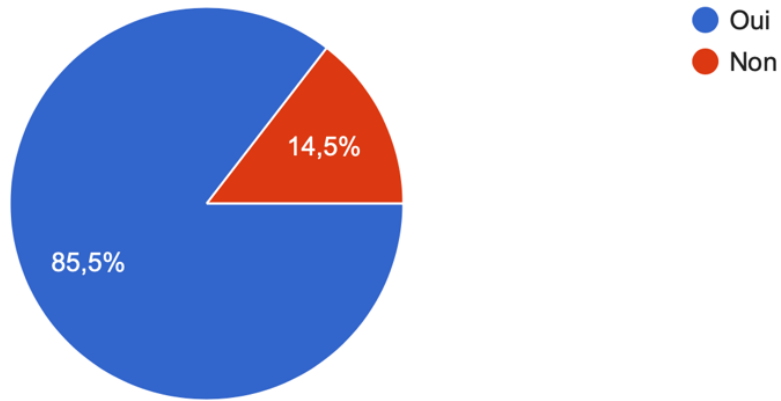


Missions & Services
Version 2.01 – Novembre 2019

Figure n°7 : Liste non exhaustive des produits devant faire partie d'une trousse de secours dans une officine [27]

6) Avez-vous une trousse d'urgence dans votre officine ?

55 réponses



Sur ce graphique nous pouvons observer le pourcentage de pharmacie ayant une trousse d'urgence :

- 85,5% (47) ont une trousse d'urgence
- 14,5 (8) n'en ont pas

Hypothèse : Si 85,5% des pharmaciens déclarent avoir une trousse d'urgence prête à l'usage dans leur officine, c'est peut-être parce qu'ils ont soit déjà eu affaire à une situation d'urgence qui la requérait soit que l'idée d'être prêt à gérer une telle situation est essentielle pour eux.

V) Les gestes de premiers secours

a) Auscultation des signes cliniques

L'auscultation des signes cliniques doit être le premier réflexe à avoir lors de la découverte d'une victime. Ils permettent d'évaluer l'état général de la victime ainsi que l'urgence de la situation afin de décider quels gestes de premiers secours devront être entrepris en priorité. Le recueil de ces informations est également essentiel pour la transmission du bilan au SAMU.

1) État de conscience

L'état de conscience est le premier signe clinique à évaluer. Pour cela un score simple, indicateur de l'état de conscience a été mis en place : le score de Glasgow

Enfant/Adulte		
Activité	Score	Description
Ouverture des yeux	4	Spontanée
	3	À la demande
	2	À la douleur
	1	Aucune
Réponse verbale	5	Orientée
	4	Confuse
	3	Paroles inappropriées
	2	Sons incompréhensibles
	1	Aucune
Réponse motrice	6	Obéit aux commandes
	5	Localise à la douleur
	4	Retrait à la douleur
	3	Flexion anormale (décortication)
	2	Extension anormale (décérébration)
	1	Aucune

Figure n°8 : Tableau score de Glasgow [28]

Le score de Glasgow utilise 3 paramètres :

- L'ouverture/clignement des yeux : demander verbalement à la victime d'ouvrir ou de cligner les yeux, la pincer légèrement si nécessaire.

- La parole : poser des questions simples comme « quel jour sommes-nous ? », « où sommes-nous ? », « quel âge avez-vous ? ».
- La motricité : demander à la victime de serrer le poing, de tendre les doigts ou encore de bouger les pieds.

Un score de 15 montre une parfaite conscience, a contrario un score de 3 montre un coma profond.

2) Fréquence cardiaque

La fonction circulatoire est une des principales fonctions à évaluer, et pour cela la fréquence cardiaque est un bon marqueur. La fréquence cardiaque correspond au nombre de battements du cœur par unité de temps. Elle est généralement comprise entre 60 et 100 battements par minute.

La fréquence cardiaque se prend au niveau du pouls carotidien ou du pouls radial avec l'aide de son index et de son majeur :



Figure n°9 : Schématisation des deux points de prise du pouls [29]

La fonction circulatoire peut également être évaluée visuellement par l'état de coloration de la peau et des muqueuses. En effet si les muqueuses sont blanchâtres ou la peau violacée/bleue cela peut signifier une mauvaise circulation sanguine.

3) Tension artérielle

La tension artérielle correspond à la pression exercée par le sang sur les parois des artères. Elle s'exprime en millimètre de mercure (mmHg) et se compose de deux nombres correspondant à la pression exercée pendant les deux phases d'un battement du cœur : la systole et la diastole.

Classification de la pression artérielle chez les sujets de plus de 18 ans (valeurs en mm Hg)

Appréciation	Tension systolique	Tension diastolique
Optimale	< 120	< 80
Normale	120-129	80-84
Normale haute	130-139	85-89
Hypertension légère	140-159	90-99
Hypertension modérée	160-179	100-109
Hypertension sévère	180-209	110-119
Hypertension très sévère	> 209	> 119

*Classification de la pression artérielle selon le
Joint National Committee for detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*

Figure n°9 : Tableau des appréciations selon la valeur de la tension artérielle [30]

Une tension artérielle est dite « normale » lorsqu'elle est inférieure à 140/90mmHg.

La pression artérielle peut se prendre de manière sûre en ambulatoire à l'officine, grâce à un auto-tensiomètre brachiale ou de poignet, si cela est fait dans les bonnes conditions.

Procédure de mesure de la pression artérielle à l'aide d'un auto-tensiomètre brachial :

« Conditions :

- Pièce calme à température confortable
- Ne pas fumer, ne pas prendre de caféine, ne pas manger et ne pas faire d'exercice pendant les 30 minutes précédant la mesure
- Rester assis et détendu pendant 3 à 5 minutes
- Le patient et le personnel ne doivent pas parler pendant ou entre les mesures

Posture :

- Assis, le dos soutenu par le dossier de la chaise
- Jambes non croisées, pieds à plat sur le sol
- Le bras nu repose sur la table ; le milieu du bras est au niveau du cœur

Mesures :

- Prendre 3 mesures de la pression artérielle (2 si elles sont normales) avec un intervalle de 1 minute entre les mesures
- Utiliser la moyenne des 2 dernières mesures » [31]

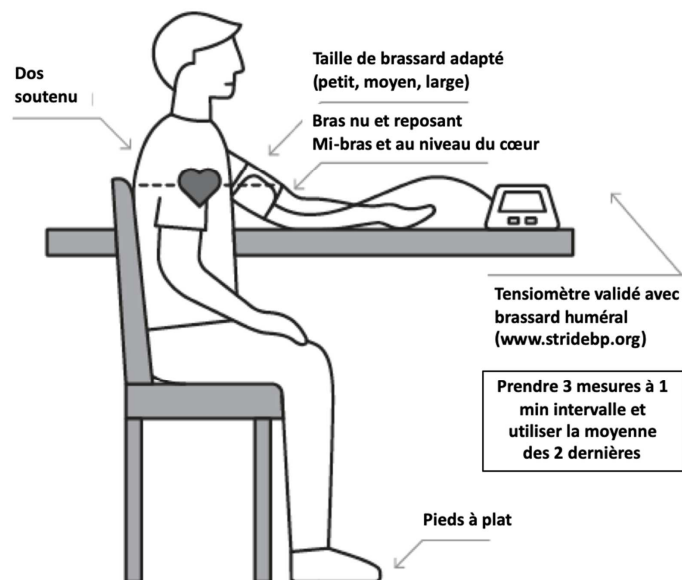
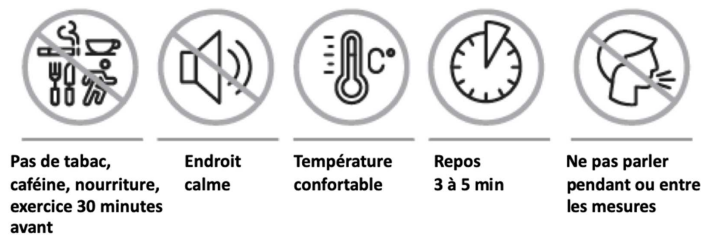


Figure n°10 : Schématisation d'une mesure de la pression artérielle par un auto-tensiomètre brachiale [31]

Si la situation oblige le patient à devoir rester allongé, le reste de la procédure ne change pas, l'essentielle étant que le brassard brachial doit se trouver à hauteur du cœur.

Le mode d'emploi d'un auto-tensiomètre de poignet diffère sur la position du bras. Dans ce cas il faut placer l'auto-tensiomètre sur son poignet gauche et placer sa main sur son épaule droite, afin d'avoir le dispositif au niveau du cœur.

4) Fréquence respiratoire

La fréquence respiratoire correspond au nombre de respiration par minute. Pour un enfant jusqu'à la puberté, elle est comprise entre 20 et 30 cycles. Pour un adulte elle est comprise entre 12 et 20 cycles.

Il est facile de la mesurer en comptant le nombre de fois où la poitrine se lève en une minute.

Si le patient ne respire plus, sa fréquence respiratoire est à zéro cycle par minute il est alors en arrêt respiratoire.

b) Position latérale de sécurité

La position latérale de sécurité est un geste de premier secours qui doit être systématiquement appliqué sur une victime inconsciente allongée au sol qui respire normalement. Cette technique a pour avantage de placer la victime en sécurité avec les voies aériennes dégagées et ainsi éviter le risque d'étouffement par la fermeture de l'épiglotte.

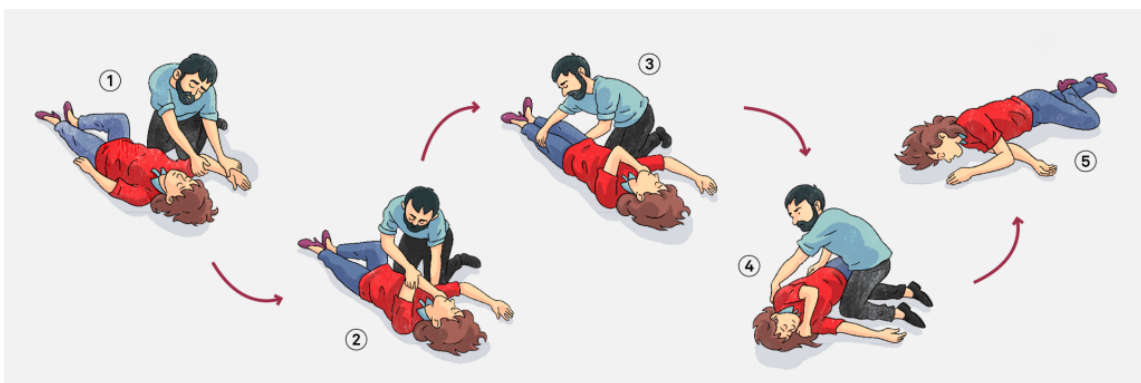


Figure n°11 : Schématisation d'une mise en position latérale de sécurité [32]

Mise en œuvre décrite par la croix rouge française :

« 1 : Si la victime porte des lunettes, ôtez-les-lui.

Assurez-vous que ses jambes sont allongées côte à côte. Si ce n'est pas le cas, rapprochez-les délicatement l'une de l'autre de manière à les placer dans l'axe du corps.

2 : Disposez le bras de la victime le plus proche de vous à angle droit de son corps. Pliez ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut.

Placez-vous à genoux ou en trépied à côté de la victime.

Saisissez l'autre bras de la victime d'une main, placez le dos de sa main contre son oreille, de votre côté.

Maintenez la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume.

3 : Attrapez la jambe la plus éloignée de vous avec l'autre main, juste derrière le genou, et relevez-la tout en gardant le pied au sol.

Placez-vous assez loin de la victime, au niveau de son thorax, pour pouvoir la tourner sur le côté vers vous, sans avoir à reculer.

4 : Faites rouler la victime en tirant sur sa jambe jusqu'à ce que le genou touche le sol.

Dégagez doucement votre main de sous la tête de la victime en maintenant son coude de votre autre main afin de ne pas entraîner sa main et d'éviter ainsi toute mobilisation de sa tête.

Ajustez la jambe située au-dessus de sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.

5 : Ouvrez la bouche de la victime d'une main, avec le pouce et l'index, sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

Vérifiez régulièrement que la respiration est normale. » [33]

c) Réanimation cardio-pulmonaire

La réanimation cardio-pulmonaire, aussi appelé réanimation cardiorespiratoire, est un geste de premier secours permettant de maintenir l'oxygénation des tissus ainsi que les échanges gazeux chez une personne victime d'un arrêt cardiaque.

Cette réanimation se déroule en deux phases succinctes : le massage cardiaque et l'insufflation ; avec un rapport de 30 compressions pour 2 insufflations. Elle doit être réalisée dès que possible et jusqu'à l'arrivée des secours. [34]

1) Massage Cardiaque

Le massage cardiaque permet de maintenir la fonction de la pompe cardiaque de manière artificielle. Il se déroule de la façon suivante :

- Positionnez la victime en décubitus dorsal et sur une surface ferme si possible
- Placez-vous à genou perpendiculairement à la victime
- Posez vos paumes de mains l'une sur l'autre au niveau de la moitié inférieure du sternum (au centre du thorax)
- Comprimez à une profondeur d'environ 5 cm pour chaque compression avec une fréquence comprise entre 100 et 120 compressions par minute
- Laissez le thorax se relâcher après chaque compression

2) L'insufflation

L'insufflation pendant une réanimation cardio-pulmonaire permet de maintenir la fonction ventilatoire des poumons. Si la personne portant secours ne peut pas effectuer les insufflations, les compressions thoraciques, elles, doivent être effectuées en continu. Les insufflations se déroule de la manière suivante :

- Entre 30 compressions soufflez une fois dans la bouche de la victime jusqu'à voir le thorax se lever légèrement.
- Attendez qu'il se rabaisse
- Réitérez l'insufflation une seconde fois
- Reprenez le massage cardiaque

Si l'idée de poser sa bouche sur celle de la victime est une réticence, il existe plusieurs dispositifs afin d'y remédier comme le ballon auto-remplisseur a valve unidirectionnelle (BAVU) :



Figure n°12 : Photographie d'un ballon auto-remplisseur a valve unidirectionnelle [35]



Figure n°13 : Photographie d'un masque bouche à bouche de poche [36]

d) Compression

Lorsqu'une plaie saigne abondamment, il faut appliquer un point de pression au niveau du saignement à l'aide d'un pansement ou de plusieurs compresses. Un lavage des mains à l'eau savonneuse ou avec une solution hydroalcoolique ainsi qu'un port de gants doit être effectué. Un pansement compressif, comme un pansement israélien, peut également être réalisé si la localisation de la plaie le permet.

Cette compression apporte une aide cruciale à la coagulation, permet de limiter le temps de saignement et de réduire les pertes sanguines. Le point de pression doit être appliqué jusqu'à l'arrivée des secours.

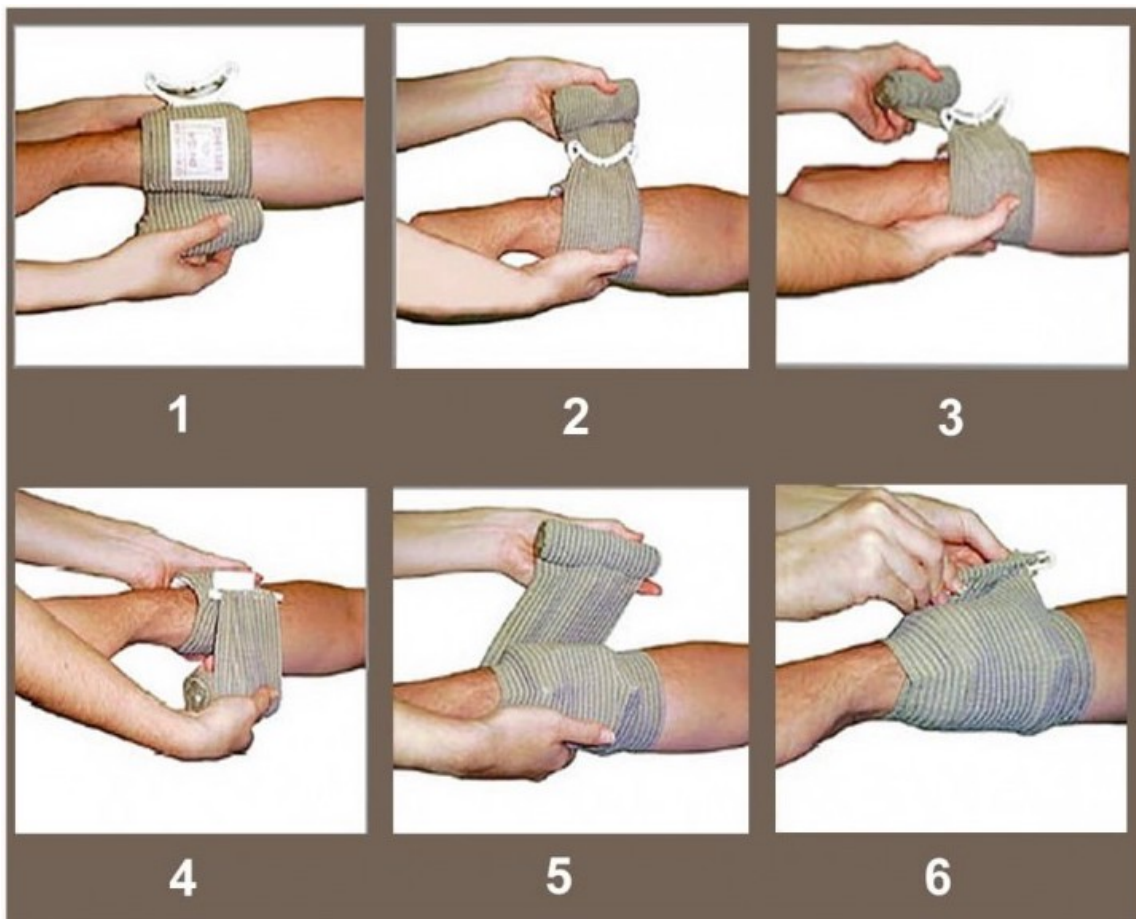


Figure n°14 : Pansement israélien (compressif hémostatique d'urgence) [37]

e) Garrot

Le garrot est une technique qui revient aujourd'hui dans les recommandations officielles des gestes de premiers secours. [38]

Le garrot permet de stopper une hémorragie d'un membre touché en comprimant l'artère du membre contre l'os. On parle de « compression à distance ». Le garrot le plus connu est le garrot tourniquet :

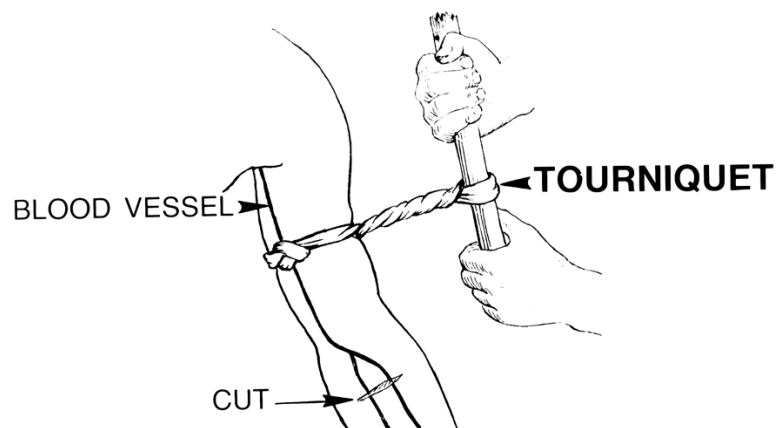
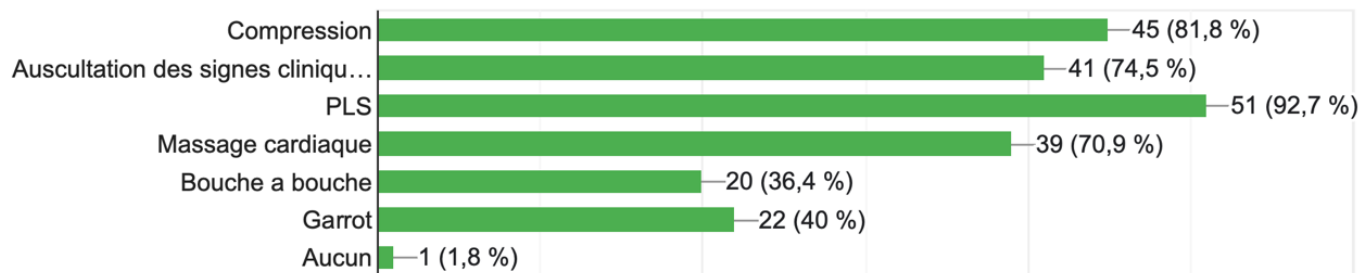


Figure n°15 : Schématisation d'un garrot tourniquet [39]

- « Placer le garrot autour du membre traumatisé à 5 à 7 cm au-dessus de la plaie mais pas sur une articulation.
- Serrez le tourniquet jusqu'à ce que le saignement ralentisse et s'arrête.
- Cela peut être extrêmement douloureux pour la victime.
- Maintenir la pression du garrot.
- Noter l'heure à laquelle le tourniquet a été appliqué.
- Ne pas lâcher le tourniquet, il ne doit être libéré que par un professionnel de la santé.
- Dans certains cas, l'application de deux garrots-tourniquets en parallèle pour ralentir ou arrêter le saignement peut être requise. » [29]

13) Êtes-vous capable d'effectuer des gestes de premiers secours ?

55 réponses



Ce graphique permet d'en savoir un peu plus sur la capacité des équipes officinales à réaliser des gestes de premiers secours :

- 81,8 % (45) se sentent capables de réaliser une compression sur une plaie qui saigne
- 74,5 % (41) se sentent capables de faire une auscultation des signes cliniques dans une situation d'urgence ainsi que de noter les mesures afin de les transmettre aux services de secours
- 92,7 % (51) se sentent capables de mettre une victime en position latérale de sécurité si cela est nécessaire
- 70,9 % (39) se sentent capables d'initier un massage cardiaque jusqu'à l'arrivée des secours
- 36,4 % (20) se sentent capables d'effectuer un « bouche à bouche »
- 40 % (22) se sentent capables d'appliquer un garrot sur une victime

La position latérale de sécurité et l'auscultation des signes cliniques devraient être des gestes maîtrisés par tous les pharmaciens d'officine, car ils sont le rudiment de la gestion d'une situation d'urgence : mettre en sécurité puis transmettre des informations essentielles aux services de secours.

La compression, la réanimation cardio-pulmonaire et le garrot sont des actes de soins plus invasifs. S'ils ne sont pas pratiqués régulièrement, une incapacité à les réaliser peut apparaître. C'est pourquoi l'actualisation des connaissances de l'AFGSU peut être indispensable lorsqu'on travaille en officine.

V) Défibrillateur automatisé externe

a) Qu'est-ce qu'un DAE ?

Un défibrillateur automatisé externe (DAE) est un dispositif médical qui a pour fonction la réanimation des personnes victimes d'arrêt cardiaque due à une fibrillation ventriculaire du myocarde. Dans l'imaginaire collectif, un défibrillateur permet de faire repartir un cœur totalement arrêté. Ce qui est totalement faux. Le défibrillateur va envoyer un choc électrique entre ses deux électrodes afin d'obtenir une resynchronisation musculaire du myocarde et ainsi stopper la fibrillation ventriculaire. Si le défibrillateur est accompagné d'un massage cardiaque correctement réalisé, il permet d'augmenter drastiquement les chances de survie de la victime.

Depuis le mois de mai 2020, le DAE est passé de la classe IIb à la classe III des dispositifs médicaux. [40]

Le prix d'achat de ce dispositif est en moyenne entre 1100€ et 1500€ selon le fabricant. Il est disponible également à la location chez certains organismes. Il existe également des subventions prévues pour l'installation de DAE dans les petites entreprises et la demande doit être faite auprès de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT). [41]

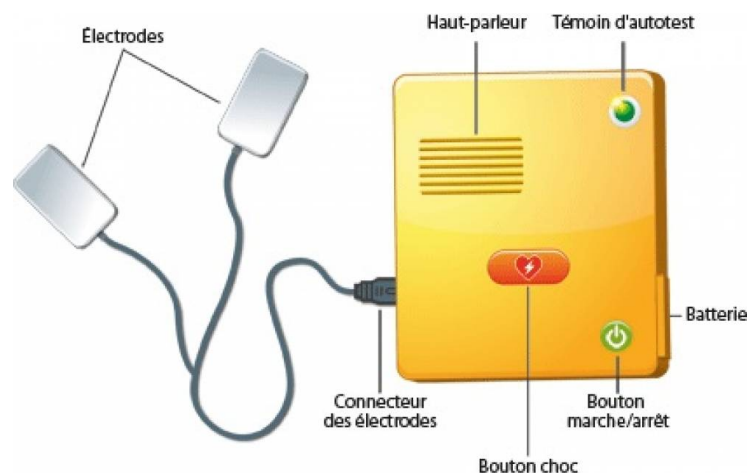


Figure n°16 : Schématisation d'un défibrillateur automatisé externe [42]

Un DAE est composé de deux électrodes, d'une batterie (sujet à une date de péremption), d'un bouton choc (pour les DAE semi-automatique uniquement), d'un témoin autotest attestant le bon fonctionnement du défibrillateur et d'un haut-parleur énonçant les instructions à la personne l'utilisant tout en permettant à ce dernier d'avoir ses deux mains libres.

b) Mode d'emploi

Une réanimation cardio-pulmonaire devra être réalisée tout au long de l'utilisation du défibrillateur sauf pendant la délivrance du choc électrique. C'est pourquoi il est préférable d'être deux personnes pour porter secours à une victime, l'un pouvant pratiquer le massage cardiaque pendant que l'autre installera le défibrillateur (il est possible d'échanger les postes pour éviter la fatigue du massage cardiaque) :

- Placer la victime en sécurité sur une surface sèche
- Contrôler sa conscience : la victime est considérée en arrêt cardiaque si elle ne répond pas, ne réagit pas et ne respire pas
- Appeler les secours (15, 18, 112)
- Dénuder le torse de la victime
- Ouvrir le boîtier du défibrillateur
- Ouvrir le sachet contenant les électrodes
- Placer une électrode sous la clavicule droite et l'autre sur le flanc gauche

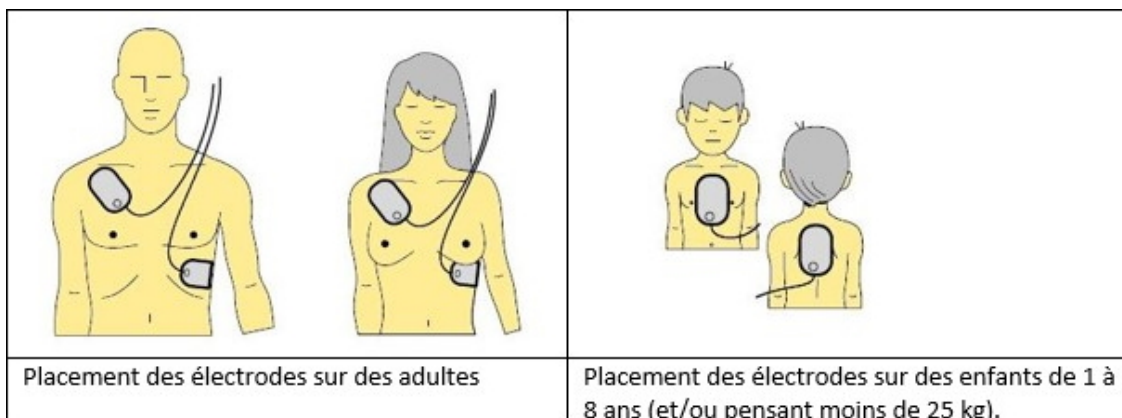


Figure n°17 : Zones de placements des électrodes sur l'adulte et l'enfant [43]

- S'assurer d'une bonne adhésion entre la peau et les électrodes
- Allumer le défibrillateur, durant cette étape le DAE va analyser l'activité cardiaque, déceler ou non une fibrillation et décider ou non de défibriller
- Défibrillateur automatique : un signal sonore annonce la nécessité du choc électrique et le déclenche de manière automatisé après un compte à rebours sonore

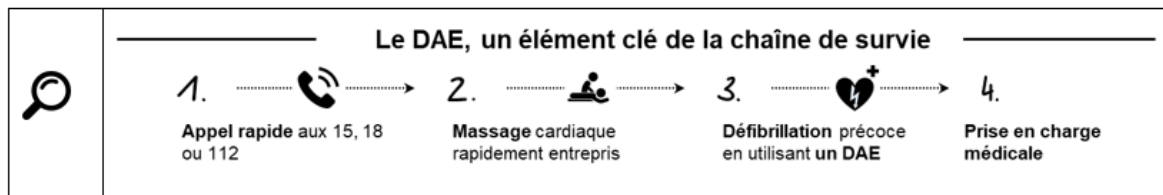
Défibrillateur semi-automatique : un signal sonore annonce la nécessité du choc électrique, l'opérateur doit appuyer sur le bouton « choc » pour le déclencher

- Continuer le massage cardiaque jusqu'à l'arrivée des secours et réitérer un choc électrique si le défibrillateur le recommande (l'activité cardiaque est analysée toutes les deux minutes de manière automatique)

Voici un lien pour suivre toutes ces étapes dans une vidéo explicative :
<https://www.youtube.com/watch?v=SjbqlyQ0il8>

c) Qui peut utiliser un DAE ?

Depuis le 4 mai 2007, le décret n°2007-705 concernant les utilisateurs possibles d'un DAE stipule que toute personne, même non-médecin, est habilitée à utiliser un DAE quel que soit son âge et ainsi permettre d'initier la chaîne de survie.



d) Quelles structures doivent s'équiper d'un DAE ?

L'installation des DAE dans les différents établissements recevant du publique (ERP) est un réel intérêt en terme de santé publique.

Cette installation suit une logique sur 3 axes :

- Installer des DAE dans les endroits les plus fréquentés
- Installer des DAE dans des endroits où le temps d'intervention des secours est supposé long
- Installer des DAE dans des lieux accessibles en permanence en extérieur si possible [44]

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les catégories 1, 2, 3 et 4 d'ERP sont dans l'obligation de posséder un DAE sur leur site, et, depuis le 1^{er} janvier 2022 certains ERP de catégorie 5. Les pharmacies d'officine ne font pas partie des ERP de catégorie 5 concernés à l'exception des pharmacies d'officine implantées dans un centre commercial qui sont classé dans la même catégorie d'ERP que le centre commercial en question. Cependant, il est possible de mutualiser l'équipement en DAE pour les ERP situés sur un même site géographique. [45]

e) Ou installer un DAE ?

Il est conseillé d'installer le DAE dans un emplacement visible du public et en extérieur, afin qu'il soit accessible en permanence, même pendant les heures de fermeture de la pharmacie. Afin de le protéger des intempéries, le DAE doit être placé dans un boîtier prévu à cet effet.

Article 3 de l'arrêté du 29 octobre 2019 publié au journal officiel n°0263 du 13 novembre 2019 : « Le défibrillateur automatisé externe est installé dans un emplacement facilement accessible et permettant son utilisation permanente par toute personne présente dans l'enceinte de l'établissement.

Le défibrillateur automatisé externe installé à l'extérieur de l'établissement est muni d'un boîtier assurant sa protection contre les intempéries et son maintien dans les conditions de température requises par son fabricant. » [46]

f) Les obligations des propriétaires de DAE

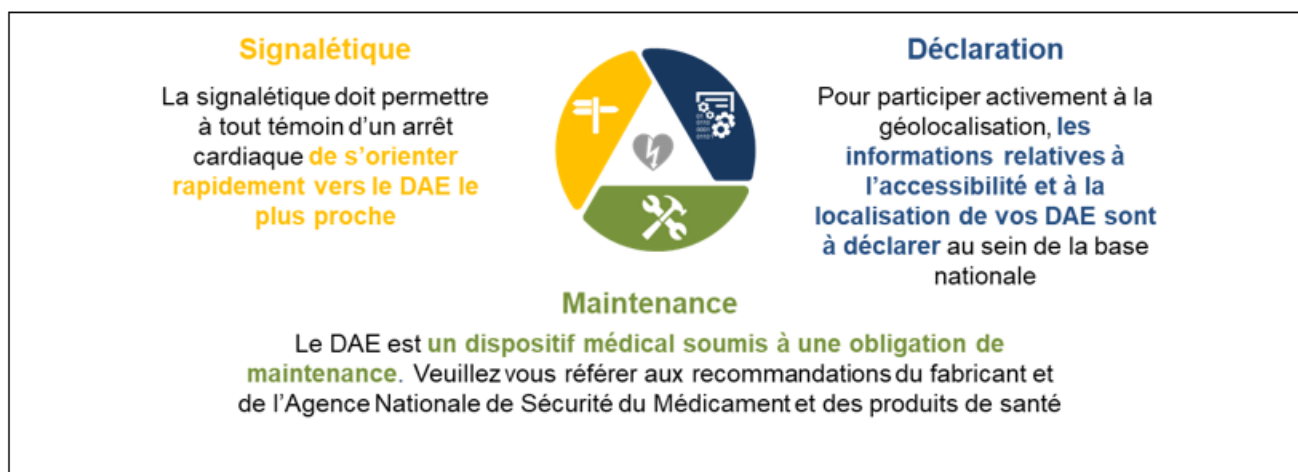


Figure n°18 : Obligations des propriétaires de DAE [47]

1) Obligation de signalétique

Les propriétaires de DAE sont tenus d'apposer cette affiche à côté de leur défibrillateur afin de permettre à tout témoin d'arrêt cardiaque de s'orienter vers le DAE le plus proche et le plus rapidement possible.



Depuis le 1^{er} janvier 2020, il est obligatoire de coller cette étiquette sur les boîtiers des DAE nouvellement installés :

DEFIBRILLATEUR CARDIAQUE
à votre disposition en cas d'urgence pour sauver une vie

Si vous observez un dysfonctionnement sur cet appareil (ouverture, alarme, etc.), contactez le responsable ou signalez-le sur une application dédiée

Nom du fabricant du DAE :

Nom du modèle du DAE :

Raison sociale du responsable du DAE :

Coordonnée du responsable du DAE :

Date de la prochaine maintenance :

Electrodes de défibrillation à remplacer le :

Batterie à remplacer le :

Il faut faire attention à ne pas coller l'étiquette de manière à masquer les témoins permettant de vérifier son état de fonctionnement.

2) Obligation de déclaration

Le gouvernement a créé une base de données nationale qui recueille les informations d'implantation et d'accessibilité de tous les DAE sur le territoire français. Cette base de données est accessible aux citoyens et service de secours et d'aide médicale d'urgence à l'adresse suivante : <https://geodae.atlasante.fr/apropos>

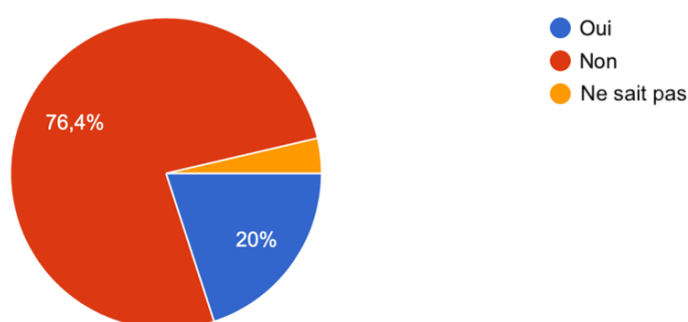
Les exploitants de DAE sont dans l'obligation de déclarer leurs données sur ce même site conformément à l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données des DAE.

3) Obligation de maintenance

L'obligation d'une maintenance régulière permet de s'assurer que le DAE soit opérationnel à tout moment. Elle est réalisée suivant les préconisations du fabricant décrites dans la notice d'utilisation. Cette maintenance peut comprendre une mise à jour du logiciel du défibrillateur, une évaluation de l'aspect général du dispositif, mais également un remplacement des consommables comme la batterie et/ou les électrodes.

4) Avez-vous un DAE (défibrillateur automatisé externe) fonctionnel (maintenance effectuée) dans votre officine ?

55 réponses

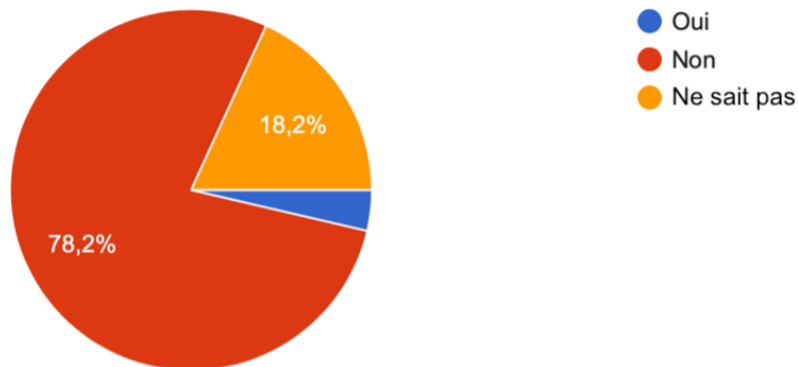


Ce diagramme montre le nombre de pharmacie équipée d'un défibrillateur automatisé externe :

- 20 % (11) en possèdent un
- 76,4 % (42) n'en possèdent pas
- 3,6 % (2) ne savent pas s'ils en possèdent un

5) Si oui, vous en êtes-vous déjà servi ?

55 réponses



Ce graphique montre le nombre pharmaciens qui se sont déjà servi d'un DAE, ils sont au nombre de 2 sur les 11 qui disent en posséder un.

A savoir que les deux qui affirment s'en être déjà servi ont une pharmacie qui se situe à plus de trente minutes de trajet d'un service d'urgence.

Une pharmacie sur cinq est donc équipée d'un défibrillateur automatisé externe et parmi elles, une sur cinq s'en est déjà servi.

Hypothèse : concernant les titulaires ne sachant ni s'ils en possèdent un, ni s'ils s'en sont déjà servi, il se peut que ce soit des titulaires récemment installés qui n'ont pas encore pris connaissance de tous les dispositifs présents dans leur officine. Ou bien des titulaires plutôt âgés qui ne s'en rappellent plus..

C) À L'OFFICINE

I) Systeme métabolique

a) Hypoglycémie

▪ Définition

L'hypoglycémie est, chez le diabétique, la situation d'urgence la plus fréquente. Elle se définit par une glycémie inférieure à 0,7g/L (3,9 mmol/L). Les hypoglycémies sont fréquentes, désagréables mais rarement dangereuses.

Chez le patient atteint de diabète de type 1 insulino-dépendant, les hypoglycémies sont très fréquentes car c'est la rançon obligatoire de l'intensification thérapeutique. Pour avoir une prise en charge thérapeutique optimale, le patient doit avoir une glycémie la plus basse possible et cours ainsi le risque de franchir la limite de l'hypoglycémie. 20% des diabétiques de type 1 présentent chaque année une hypoglycémie sévère et 5-10% présentent un coma hypoglycémique avec décès <1%.

Chez le patient atteint de diabète de type 2, les hypoglycémies sont également assez courantes de par la prise de médicaments insulino-sécréteurs comme les sulfamides hypoglycémisants ou les glinides.

▪ Étiologie

- Erreur de posologie insulinique ou d'insulino-sécréteur
- Apport alimentaire inadéquat (retard ou oubli d'un repas, apport insuffisant en glucides, malabsorption, vomissement)
- Activité physique inhabituelle ou dose insulinique insuffisamment diminuée avant l'activité
- Prise de médicaments antidiabétiques hypoglycémisants (sulfamides hypoglycémisants, glinides, gliflozines)
- Prise de médicaments hypoglycémisants (fluoxétine, paroxétine, sertraline, citalopram, AINS, chloroquine/hydroxychloroquine, IEC, fluoroquinolones, doxycycline, sulfaméthoxazole, triméthoprime)
- Consommation d'alcool

- Insuffisance hépatique ou rénale (diminuant la métabolisation et l'élimination des médicaments hypoglycémiant)

- Signes cliniques

Périphériques et mineurs (signes adrénérgiques) :

- Moiteur au niveau des mains
- Sueurs
- Pâleur
- Fourmillements / picotements
- Angoisse
- Faim
- Crampes
- Tachycardie

Centraux et majeurs (signes neuroglycopéniques) :

- Trouble de la conscience
- Trouble de la vision
- Céphalée
- Vertiges
- Difficulté de concentration ou de langage
- Agressivité / Irritabilité
- Sensation d'ébriété
- Convulsions jusqu'au coma hypoglycémique

HYPOGLYCÉMIE

Les symptômes

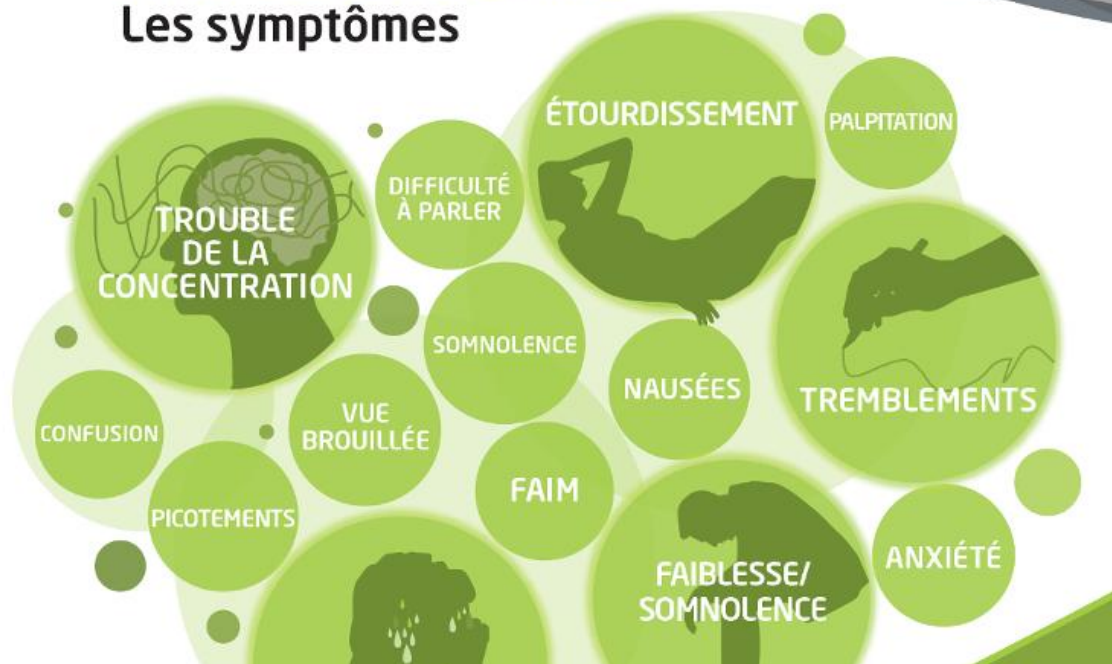


Figure n°19 : Symptômes de l'hypoglycémie [48]

Une hypoglycémie prolongée peut mener à un coma hypoglycémique. Toute perte de connaissance chez un diabétique doit être traitée comme une hypoglycémie donc il ne faut jamais injecter de l'insuline chez un patient diabétique présentant un malaise.

- Prise en charge d'urgence

Possible à l'officine

Traitement si patient conscient :

Resucrage direct par ingestion de 3 morceaux de sucre simple, miel, confiture, pâte de fruit, jus de fruit, soda.

Traitement si patient inconscient :

- 1 mg (1 mL) de glucagon (Glucagen kit®) intramusculaire ou sous cutanée, répéter 10 min après si nécessaire
- Pulvérisation de 3 mg de glucagon en poudre par voie nasale (Baqsimi®)
- Perfusion par 2-4 ampoules (20-40 mL) de glucose 30%, puis relais avec du G5% ou G10%

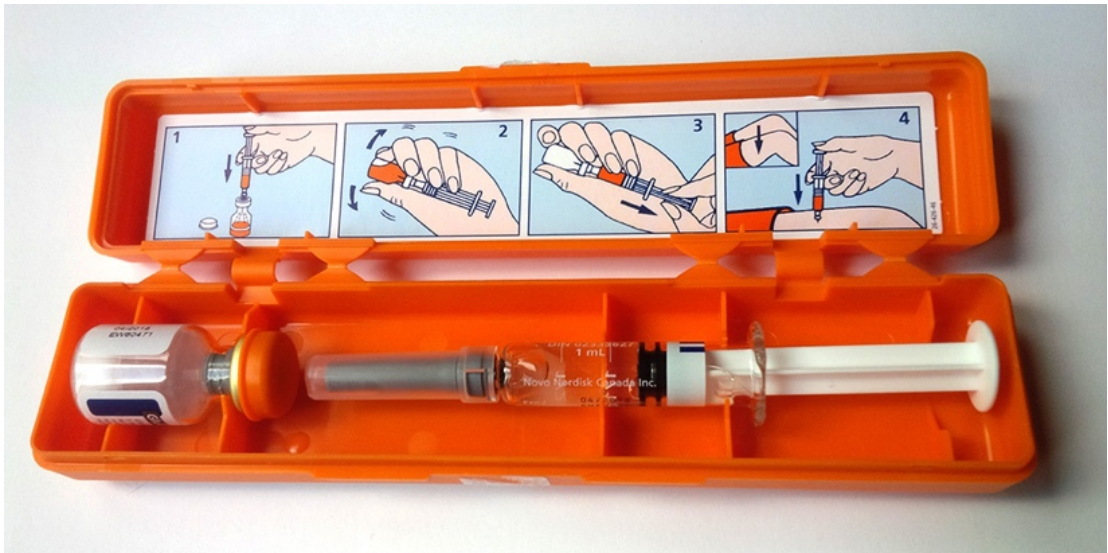


Figure n°20 : Photographie d'un Glucagen kit® [49]



Figure n°21 : Photographie et schématisation de Baqsimi® [50]

b) Hyperglycémie

L'hyperglycémie n'est pas une situation d'urgence à proprement parlé mais elle peut engendrer des états physiologiques graves comme l'acidocétose ou le coma hyperosmolaire.

▪ Définition

Une hyperglycémie modérée se définit par une glycémie à jeun comprise entre 1 g/L (5,5 mmol/L) et 1,25 g/L (7 mmol/L) et une glycémie post-prandiale supérieure à 1,8 g/L (10 mmol/L). Une hyperglycémie sévère à tendance diabétique se définit par une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/L (7 mmol/L).

- Signes cliniques
 - Soif intense
 - Somnolence
 - Fatigue
 - Polyurie
 - Haleine fruitée
 - Douleurs abdominales
 - Nausées
 - Irritabilité

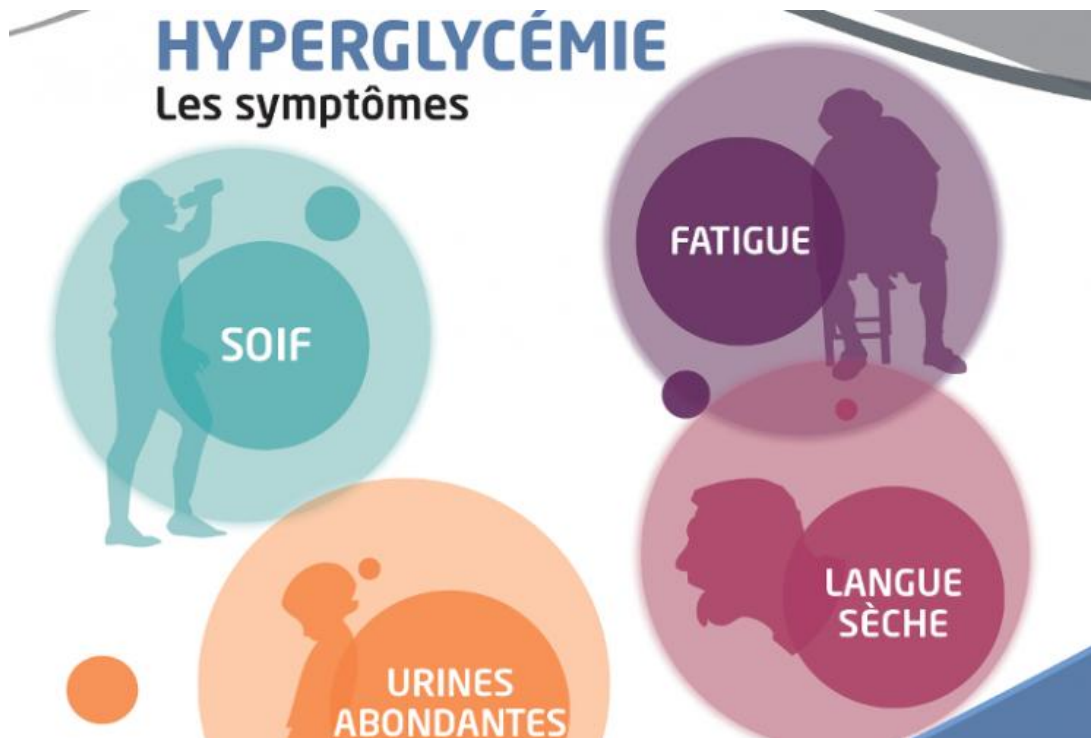


Figure n°22 : Symptômes de l'hyperglycémie [45]

c) Acidocétose

- Définition

Comme son nom l'indique, l'acidocétose est la présence simultanée d'une acidose et d'une cétose, qui résulte d'une carence en insuline. C'est pourquoi 90% des cas d'acidocétose concernent les patients atteints de diabète de type 1. Chez les diabétiques de type 2, l'acidocétose survient essentiellement lors d'un stress

physiologique (infection aigue en particulier pneumonie et infection urinaire, infarctus, AVC, pancréatite) ou alors peut être inaugurale d'un besoin de passage à de l'insulinothérapie.

L'acidocétose s'installe progressivement sur plusieurs jours par le biais d'une hyperglycémie majeure supérieure à 2,7 g/L (15 mmol/L). Elle peut se détecter par une haleine cétonique et une cétonurie (acide acétoacétique et acide β -hydroxybutyrique dans les urines).

- Étiologie
 - Panne d'une pompe à insuline
 - Oubli de traitement
 - Impossibilité de s'alimenter (personne non-autonomes)
 - Traumatisme
 - Passage d'un diabète insulino-résistant à un diabète insulino-dépendant

- Signes cliniques
 - Haleine cétonique
 - Asthénie
 - Amaigrissement
 - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales, crampes musculaires)
 - Troubles respiratoires (dyspnée de Kussmaul, polypnée, respiration ample, bruyante et accélérée)
 - Déshydratation extracellulaire (Pli cutanée, hypotension artérielle, soif, sécheresse des muqueuses)
 - Trouble de la conscience
 - Obnubilation
 - Coma (Acidocétose avancée)

La cétonurie et la glycosurie sont les signes biologiques les plus pertinents pour poser le diagnostic d'une acidocétose. Ils se mesurent dans l'urine grâce à des bandelettes urinaires (Kéto-diaxix®).

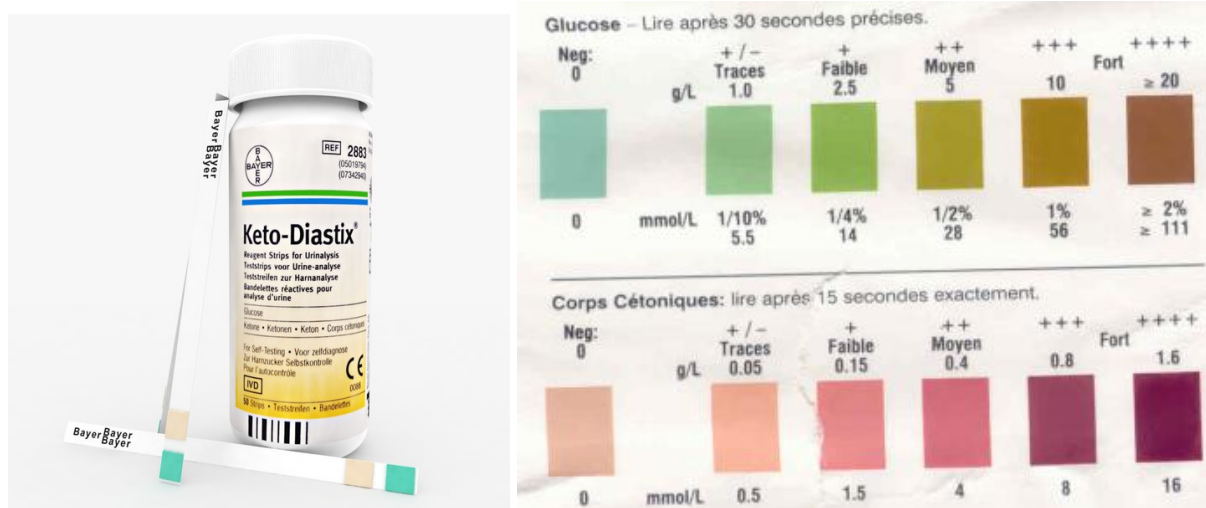


Figure n°23 : Photographie de bandelettes urinaires avec interprétation des résultats [51][52]

- Prise en charge d'urgence

Possible à l'officine

- Insulinothérapie par insuline rapide (Humalog®, Novorapid®) à 10 UI/h. Attention à l'hypoglycémie, surveiller la glycémie tout au long du traitement et utilisé un apport glucidique si besoin.
- Réhydratation par perfusion de sérum NaCl 0,9% 1 L/h les deux premières heures puis 0,5 L/h.
- Rééquilibrage de la kaliémie si besoin

d) Coma hyperosmolaire

- Définition

Le coma hyperosmolaire survient à la suite d'une cascade d'évènement qui a pour origine une hyperglycémie chronique (due à un diabète mal équilibré) couplée à une forte déshydratation. Ces deux états vont être les précurseurs d'une diurèse osmotique qui va provoquer une déshydratation extracellulaire dans un premier temps puis une insuffisance rénale aigue fonctionnelle. Cette insuffisance rénale aigue fonctionnelle va diminuer la natriurèse jusqu'à atteindre une hypernatrémie et ainsi créer une hyperosmolarité plasmatique. L'hyperosmolarité plasmatique va engendrer des mouvements d'eau du milieu intracellulaire vers le milieu extracellulaire (déshydratation intracellulaire) et par conséquent créer un coma.

L'absence d'acidose et une cétonémie normale voire modérée le différencie de l'acidocétose.

- Étiologie

- Diabète de type 2 mal équilibré
- Hyperglycémie médicamenteuse (corticoïde essentiellement)
- Prise de diurétiques
- Autonomie limitée, dépendance
- Problèmes neuropsychiatriques
- Sensation de soif altérée
- Infection (température, diarrhée, vomissement)
- Canicule

- Signes cliniques

- Trouble de la conscience
- Hypotension
- Stupeur
- Coma
- Signes de déshydratation extracellulaire (pli cutanée, sècheresse des muqueuses etc...)

- Prise en charge d'urgence

- Réhydratation intense grâce a du sérum physiologique : 6 à 8 L en 12 h afin d'éviter le collapsus vasculaire

Il n'y a pas de prise en charge possible à l'officine

II) Système cardio-vasculaire

a) Angor stable

▪ Définition

L'angor stable (aussi appelé angine de poitrine) est une ischémie myocardique transitoire, entraînant un défaut d'approvisionnement en oxygène créant ainsi un déséquilibre entre les apports et les besoins du myocarde. Ce phénomène se produit généralement à l'effort et peut avoir comme complications un syndrome coronarien aigu, des troubles du rythme, une ischémie chronique entraînant une insuffisance cardiaque ou même la mort subite. [53]

▪ Étiologie

L'angor stable est le plus souvent la conséquence d'une atteinte athéromateuse oblitérante des artères coronaires mais il existe aussi des formes idiopathiques comme l'angor de Prinzmetal qui est un angor dû à des spasmes des artères coronaires. [54]

▪ Signes cliniques

Le principal symptôme de la crise d'angor est une forte douleur rétro-sternale pouvant irradier le long des bras, dans le dos, les côtes et la nuque.

▪ Prise en charge d'urgence

Il existe une prise en charge thérapeutique au long cours chez les patients dont l'angine de poitrine a été diagnostiquée mais également une prise en charge d'urgence pour les situations de crises. Elle se base sur l'administration de dérivés nitrés d'action immédiate (par voie sublinguale : Trinitrine (NATISPRAY®)). Ce sont des donneurs de monoxyde d'azote (NO), qui, en stimulant la formation de GMP cyclique, vont conduire à une relaxation des fibres musculaires lisses vasculaires. Cette relaxation va entraîner une vasodilatation des vaisseaux et donc une diminution des besoins en oxygène du myocarde et une augmentation des apports en oxygène.

Possible à l'officine

Faire une pulvérisation sublinguale, une seconde peut être réalisée 5 min plus tard si la douleur reste prononcée.

Appeler le 15 si la douleur n'est pas soulagée et reste intense.

b) Syndrome coronarien aigue ST+ (Infarctus du myocarde)

▪ Définition

L'infarctus du myocarde, ou crise cardiaque, est une destruction par hypoxie d'une zone plus ou moins étendue du myocarde, à la suite d'un défaut de vascularisation due à une obstruction partielle ou totale d'une artère coronaire.

Cette obstruction se fait par le détachement d'une plaque d'athérome (amas de cholestérol encapsulé dans une chape fibreuse de collagène) qui va se loger au niveau des artères coronaires puis former un caillot sanguin empêchant la circulation du sang. La mort des cellules survient rapidement en quelques heures, c'est pourquoi l'infarctus du myocarde est une urgence médicale qui doit être pris en charge très rapidement. On dénombre environ 100 000 cas chaque année en France. [55]

▪ Étiologie

L'infarctus du myocarde survient suite à une pathologie préexistante comme l'angine de poitrine ou l'hypercholestérolémie chronique.

Certains facteurs de risques sont intrinsèques comme :

- L'âge,
- Le sexe
- Les antécédents familiaux de pathologies cardiovasculaires.

Tandis que d'autres facteurs de risques sont extrinsèques comme :

- Le surpoids et l'obésité,
- Le tabagisme,
- La sédentarité et le manque d'activité physique,
- Un diabète non contrôlé

▪ Signes cliniques

- Fortes douleurs dans la poitrine qui se propagent dans l'épaule, la mâchoire et le bras gauche
- Anxiété
- Nausée et vomissements
- Sueurs
- Vertiges

- Prise en charge d'urgence
- Thrombolyse : L'objectif est de restaurer la circulation artérielle au niveau du myocarde. Afin de dissoudre le caillot sanguin, il est nécessaire de procéder à une injection intra-veineuse d'un médicament thrombolytique : Altéplase. (ACTILYSE®). L'injection dure généralement une heure et se fait dès que possible en ambulatoire par le SAMU, le temps d'acheminer le patient vers l'hôpital le plus proche.
- L'angioplastie : Méthode chirurgicale de choix qui consiste à introduire un cathéter à partir de l'artère fémorale au niveau de l'aîne jusqu'au niveau des artères coronaires cibles. Une fois au niveau de la thrombose, un ballonnet situé au bout du cathéter se gonfle et se dégonfle afin de pousser les parois de l'artère vers l'extérieur et rétablir le flux sanguin. Dans la plupart des cas, le chirurgien pose un « stent », dans l'artère coronaire en question, qui est une endoprothèse en treillis métallique qui va permettre à l'artère de conserver la taille de sa lumière. Toute l'opération se déroule sous angiographie et peut durer trente minutes à trois heures.

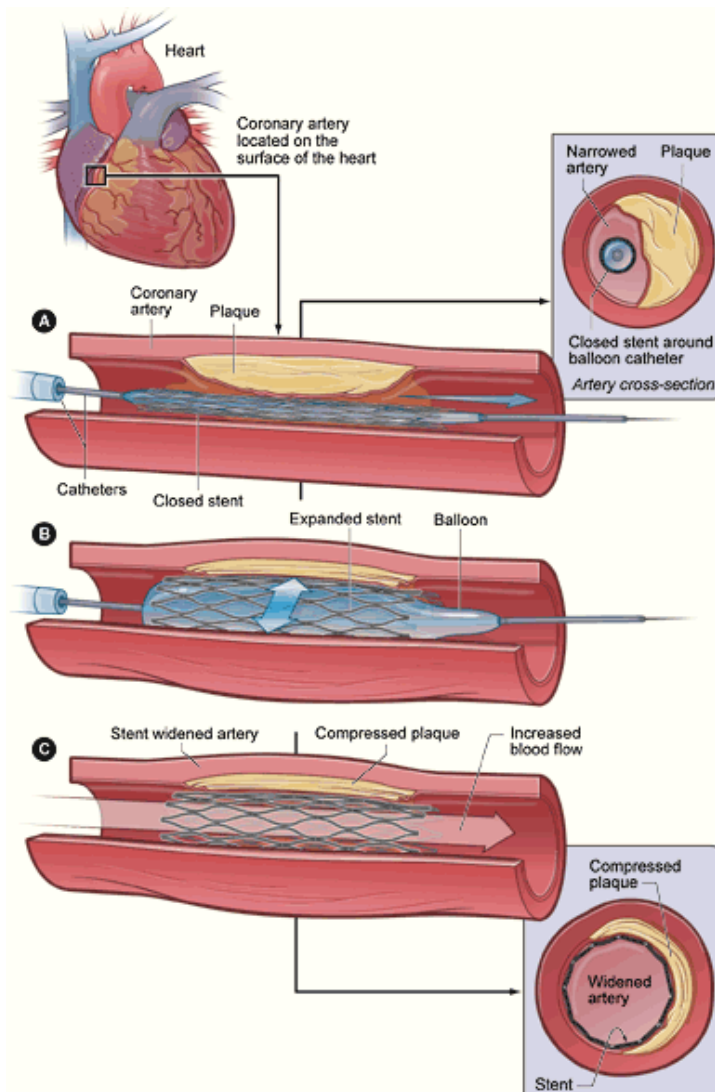


Figure n°24 : Schématisation d'une angioplastie [56]

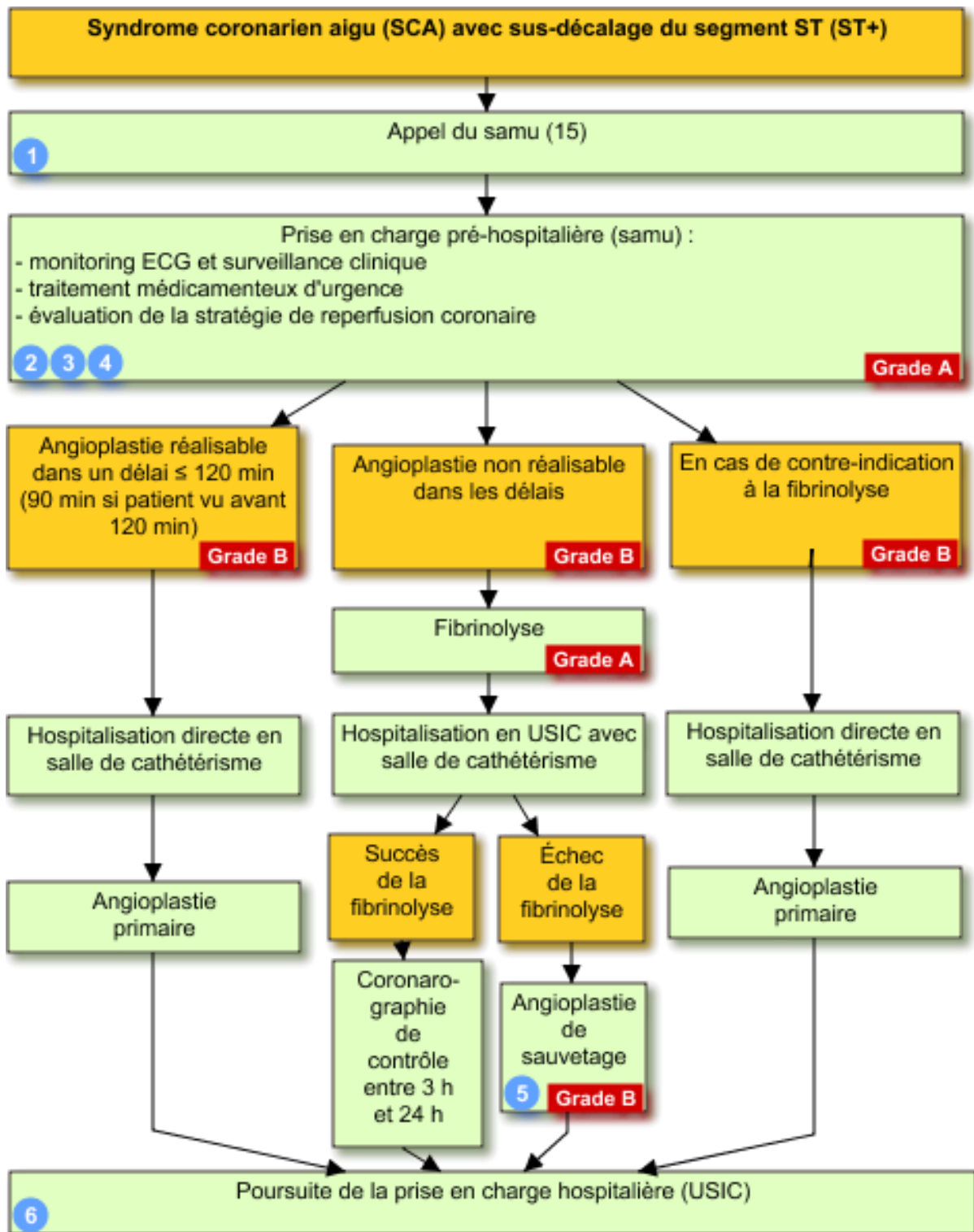


Figure n°25 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence de l'infarctus du myocarde [57]

Il n'y a pas de prise en charge d'urgence possible à l'officine.

c) Accident vasculaire cérébrale

▪ Définition

L'accident vasculaire cérébral est un « développement rapide de signes cliniques de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24h pouvant entraîner la mort, sans autre cause apparente qu'une origine vasculaire » (OMS, 1978)

L'AVC peut être soit ischémique ($\cong 85\%$ des cas) si l'artère se bouche soit hémorragique ($\cong 15\%$ des cas) si l'artère se rompt.

▪ Étiologie

L'accident ischémique résulte du blocage du flux sanguin par un caillot ou par un fragment de plaque d'athérome.

L'accident hémorragique quant à lui, se produit après la rupture d'un vaisseau causé par une hypertension artérielle non contrôlée ou par une anomalie de structure appelée anévrisme formant une petite poche fragile qui se rompt. On parle alors de « rupture d'anévrisme ».

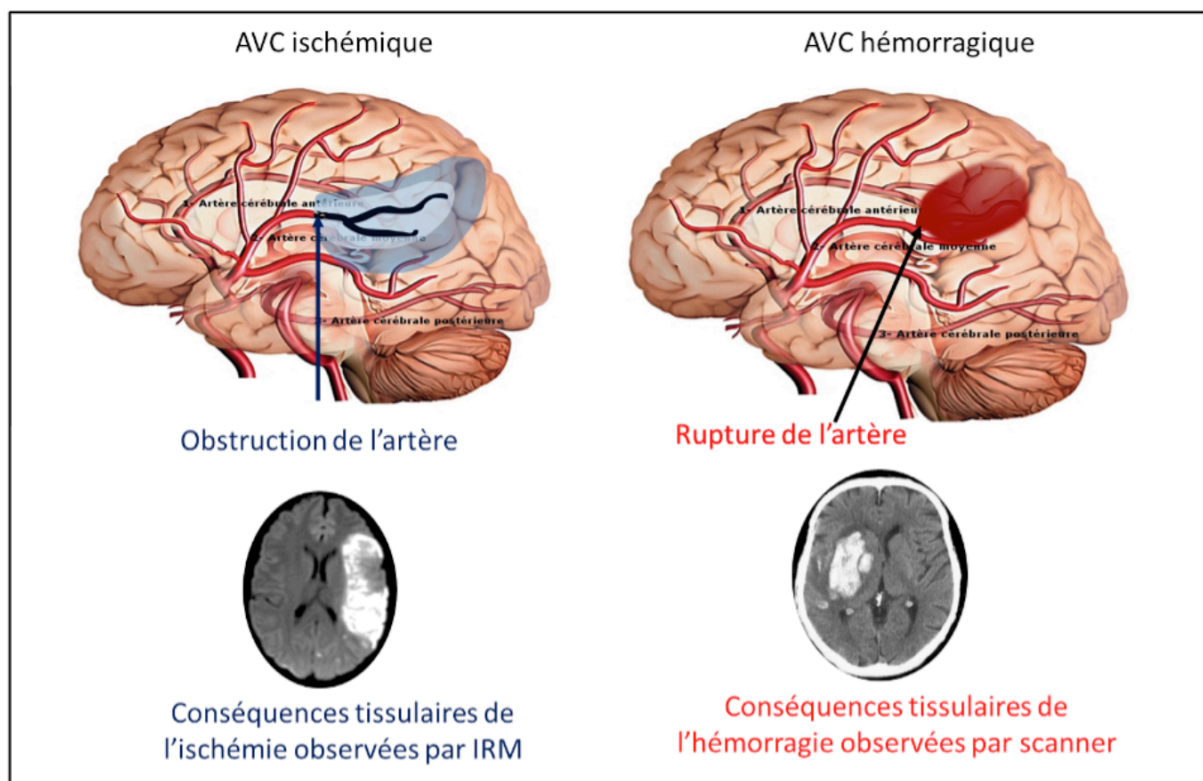


Figure n°26 : Schématisation des deux types d'AVC [58]

Les facteurs de risques sont presque identiques à ceux de l'infarctus du myocarde :

- L'âge
- L'hérédité
- Antécédant d'AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)
- Hypertension artérielle non contrôlée
- Diabète non contrôlé
- Fibrillation auriculaire favorisant la formation de caillots
- Hypercholestérolémie
- Sédentarité / Absence d'activité physique
- Tabagisme
- Traitement hormonaux (post ménopause)
- Consommation élevée de boissons alcoolisées

▪ Signes Cliniques



- Déficit moteur (hémiparésie) ou perte de la sensibilité touchant tout ou partie de l'hémicorps
- Troubles visuels
- Troubles du langage
- Troubles de l'équilibre
- Bras qui tombe

Figure n°27 : Outils diagnostic rapide FAST [58]

- Prise en charge

La prise en charge d'un AVC est identique à celle d'un infarctus du myocarde avec comme point clé la rapidité d'intervention.

Si l'AVC est ischémique, un puissant thrombolytique (l'Altéplase) sera injecté maximum 4h30 après l'accident, afin de dissoudre le caillot sanguin et ainsi empêcher la mort d'avantage de neurones.

Si l'AVC est hémorragique, le traitement sera chirurgical avec comme objectifs de stopper l'hémorragie et drainer la poche de sang qui comprime le cerveau.

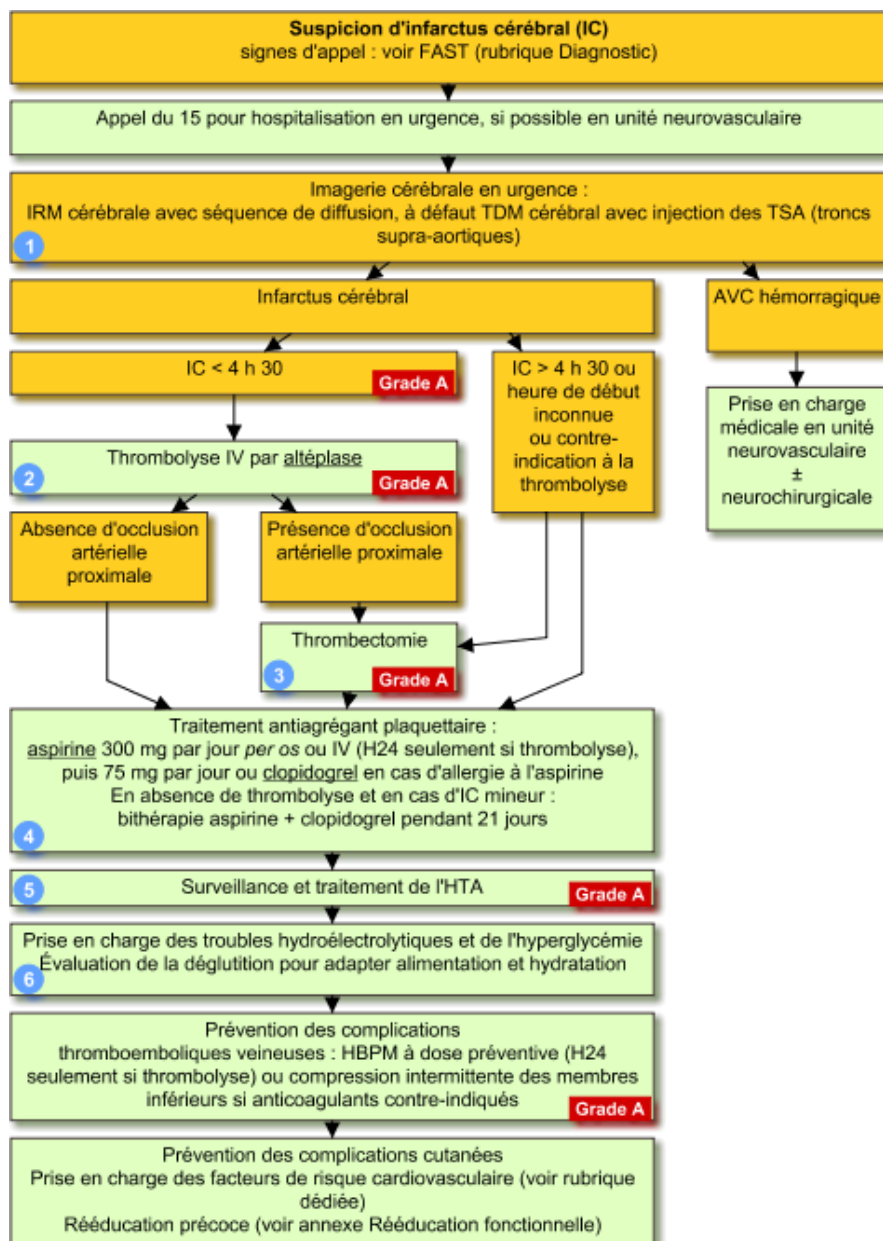


Figure n°28 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence d'un accident vasculaire cérébral [59]

III) Terrain allergique

a) Crise d'asthme

▪ Définition

La crise d'asthme est un épisode transitoire (quelques minutes voire quelques heures) de gêne respiratoire, caractérisée sifflante (dyspnée) et inflammatoire. Les muscles lisses entourant les bronches se contractent, diminuant ainsi leur diamètre, la muqueuse s'épaissit suite à l'inflammation et les cellules tapissant la lumière sécrètent une grande quantité de mucus. Tous ces événements ont pour conséquence de diminuer drastiquement le flux d'air dans les poumons créant ainsi une difficulté importante à respirer.

« Le terme « crise d'asthme » ne devrait plus être utilisé car insuffisamment précis et il recouvre des situations de sévérité et d'évolution variées. Il est aujourd'hui remplacé par « symptômes de brève durée ». » [60]

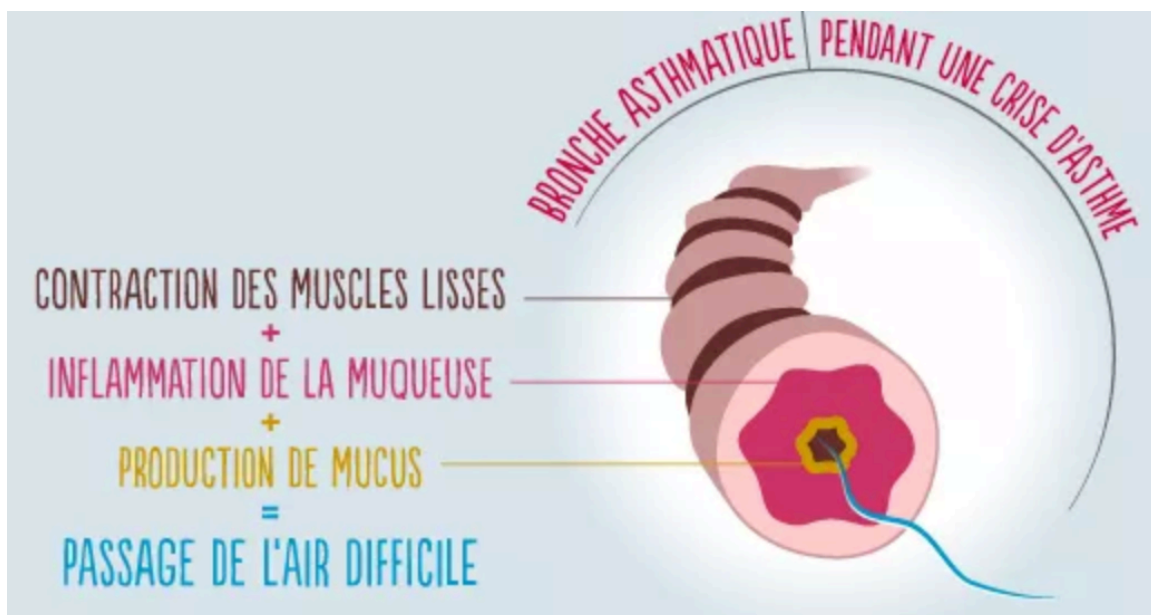


Figure n°29 : Schématisation de l'anatomie d'une bronche lors d'une crise d'asthme [60]

▪ Étiologie

La crise d'asthme se déclenche le plus souvent après un contact avec un allergène comme le pollen, les acariens, les poils d'animaux, les cafards, les moisissures, la pollution atmosphérique ou encore des substances chimiques.

- Signes cliniques

Les symptômes varient d'une personne à l'autre :

- Difficulté rapide à respirer sans effort
- Respiration pénible surtout pendant la phase d'expiration
- Respiration sifflante
- Sensation d'étouffement, d'oppression, de poids sur la poitrine.
- Toux sèche

- Prise en charge d'urgence

Possible à l'officine

La prise en charge de la crise d'asthme se résume essentiellement à rompre le contact avec l'allergène et la prise par voie inhalée de bronchodilatateur $\beta 2$ mimétique de courte durée d'action, comme le salbutamol (Ventoline®) ou la terbutaline (Bricanyl®). L'inhalation d'un bronchodilatateur permet de rapidement dilater les bronches et de rétablir un flux d'air adéquat pour une respiration sans effort.

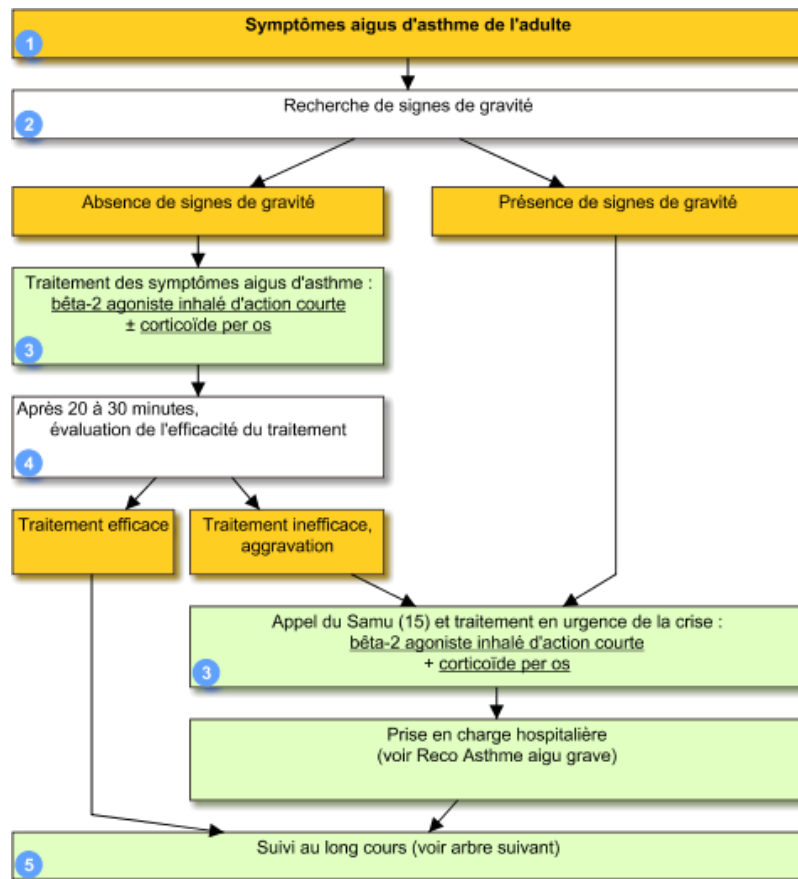


Figure n°30 : Arbre décisionnelle de la prise en charge d'urgence des symptômes aigus d'asthme de l'adulte [61]

« Principaux signes de gravité :

- Troubles de la vigilance
- Impossibilité de parler
- Orthopnée
- Pauses respiratoires
- Sueurs
- Cyanose
- Tachycardie > 110 bat/min
- Polypnée > 30 cycles/min
- Débit expiratoire de pointe < 30 % de la valeur théorique » [61]

Cas de l'exacerbation : Il est possible qu'une crise d'asthme dure plusieurs heures voire plusieurs jours malgré la prise répétée de traitement de crise, on parle alors d'exacerbation. Pour prendre en charge une exacerbation une prise continue à des doses plus élevées des mêmes bronchodilatateurs à courte durée d'action utilisés pour une crise d'asthme normale est nécessaire. Cette prise en charge peut se faire à domicile ou en hospitalisation selon le ressenti du patient. En cas d'inefficacité, une prise de corticoïde par voie orale peut être prescrite par le médecin. [60]

Cas de l'asthme aigu grave : L'asthme aigu grave est une crise inhabituelle et beaucoup plus intense. De début brutal, ou suite à une exacerbation mal prise en charge, l'appel aux secours est indispensable car aucune prise en charge officinale est possible.

En plus des symptômes classiques de la crise d'asthme on peut observer :

- Une plus grande difficulté à respirer
- Un bleuissement des lèvres et des ongles
- Difficulté à parler et à marcher
- Confusion voire perte de connaissance

b) Œdème de Quincke isolé

▪ Définition

L'Œdème de Quincke, aussi appelé angioœdème, est un gonflement de la peau et des muqueuses au niveau de la face et du cou. Souvent accompagné de rougeur, ce gonflement est de survenue rapide et temporaire. Les parties concernées sont le visage, les lèvres, les paupières, la langue, l'œsophage et le larynx. Lorsque ce dernier est touché, le flux d'air impliqué dans la respiration est coupé expliquant la dangerosité de ce phénomène.

▪ Étiologie

L'œdème de Quincke à trois origines possibles :

- Allergique : suite à l'exposition a un allergène (aliments, médicaments, piqûres d'insecte, textile, etc.), une libération massive d'histamine déclenche l'angioœdème.
- Non allergique : uniquement du a une réaction inflammatoire après contact avec une substance non allergique (les anti-inflammatoire non stéroïdiens sont les plus répandues).
- Bradykinique : cet œdème survient après une accumulation de bradykinine. On parle ici d'œdème angioneurotique, et peut toucher d'autres parties du corps telles que les mains, les pieds ou le tronc. Il se présente chez les patients prenant comme traitements des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, des sartans et gliptines mais également en cas de maladie orpheline (déficit en inhibiteur de la fraction C1 du complément) ou de lymphome non hodgkinien.

▪ Signes cliniques

Ils sont nombreux et d'apparition rapide :

- Démangeaisons intenses et généralisées
- Rougeur cutanée
- Œdème
- Conjonctivite
- Gonflement de la lèvre, de la langue et du pharynx
- Modification de la voix (faible puis inaudible)
- Difficultés respiratoires

- Malaise
- Fatigue
- Étourdissement
- Nausées et vomissements
- Diarrhée
- Douleurs abdominales
- Sueurs
- Panique

c) Choc anaphylactique

▪ Définition

Le choc anaphylactique, aussi appelé « choc allergique », est une insuffisance circulatoire aiguë provoquée par une réaction d'hypersensibilité exacerbée immédiate. L'anaphylaxie se caractérise par une atteinte hémodynamique, des voies aériennes et parfois cutanéomuqueuse. Elle est la forme la plus sévère d'une réaction allergique suite à l'exposition à un allergène et peut engager le pronostic vital du patient. [62]

▪ Étiologie

Les principaux allergènes mis en cause sont les allergènes :

- Alimentaires (lait de vache ou de chèvre, œufs, sésame, crustacés et poissons, fruits à coques, fruits exotiques)
- Animaux (venin d'abeilles, de guêpes et de frelons)
- Médicamenteux (anti-inflammatoires, antibiotiques (amoxicilline+++), aspirines, bêta-bloquants, vaccins, antalgiques et produits anesthésiques)
- Végétaux (latex)

Un effort physique modéré à intense succédant au contact d'un de ces allergènes peut être favorable à la survenue d'un choc anaphylactique.

▪ Signes cliniques

Les symptômes cliniques d'un choc anaphylactique sont hétérogènes, nombreux et individu-dépendants.

Les symptômes sont les suivants :

- Peau et muqueuses : prurit, érythème, urticaire, angioœdème, rash
- Respiratoires : rhinorrhée, toux, dyspnée, cyanose, dysphonie, détresse respiratoire et arrêt respiratoire
- Gastro-intestinaux : douleur abdominale, nausées et vomissements, diarrhées, dysphagie, dysgueusie
- Cardiovasculaires : douleur thoracique, trouble du rythme, hypotension artérielle, arrêt cardio-respiratoire
- Neurologiques : céphalées, aura, confusion, vertiges, troubles visuelles, sensation de mort imminente

La classification de Ring et Messmer de 1977 permet de graduer la gravité d'un choc anaphylactique :

Classification de Ring et Messmer	
Grades	Symptômes
I	Signes cutanéomuqueux érythème, urticaire, avec ou sans angioedème
II	Atteinte multiviscérale modérée signes cutanéomuqueux ± hypotension artérielle ± tachycardie ± toux, dyspnée ± signes digestifs
III	Atteinte mono- ou multiviscérale grave collapsus cardio-vasculaire, tachycardie ou bradycardie ± troubles du rythme cardiaque ± bronchospasme ± signes digestifs Les signes cutanéomuqueux peuvent être absents ou n'apparaître qu'au moment de la restauration hémodynamique.
IV	Arrêt cardiaque

Figure n°31 : Classification de Ring et Messmer [63]

La présence de plusieurs symptômes cliniques couplée à une mise en évidence d'un contact avec un allergène (dosage de la tryptase sérique) permet de poser le diagnostic d'un choc anaphylactique.

- Prise en charge d'urgence, commune à un choc anaphylactique et/ou un œdème de Quincke

Possible à l'officine

Sans une bonne prise en charge, un choc anaphylactique est létal. Le pronostic vital étant engagé, le premier réflexe à avoir est d'appeler le SAMU 15 puis procéder à l'éviction de l'allergène. Enfin en attendant l'arrivée des secours, une injection d'adrénaline (ANAPEN®) par voie intra musculaire (tier moyen antéro-externe de la cuisse ou zone deltoïdienne) doit être effectuée, répéter l'injection toutes les 5 minutes en absence d'amélioration. Un patient conscient doit être allongé sur le dos avec les jambes relevées. Un patient inconscient doit être mis en position latérale de sécurité. Ne pas verticaliser le patient car il existe un risque d'arrêt cardiaque par désamorçage de la pompe cardiaque.

La posologie pour un adulte ou un enfant pesant plus de 30kg est l'injection d'un stylo dosé à 300 µg/0,3 mL. Pour un enfant pesant entre 15 et 30kg, un stylo dosé à 150µg/0,3mL devra être utilisé. En dessous de 15kg l'injection se fera en fonction de l'appréciation du médecin urgentiste. [64]

Une fois les secours sur place, une oxygénothérapie à haut débit sera initiée ainsi qu'un remplissage vasculaire par du sérum salé isotonique (adulte : 500-1000 mL ; enfant : 20 mL/kg)

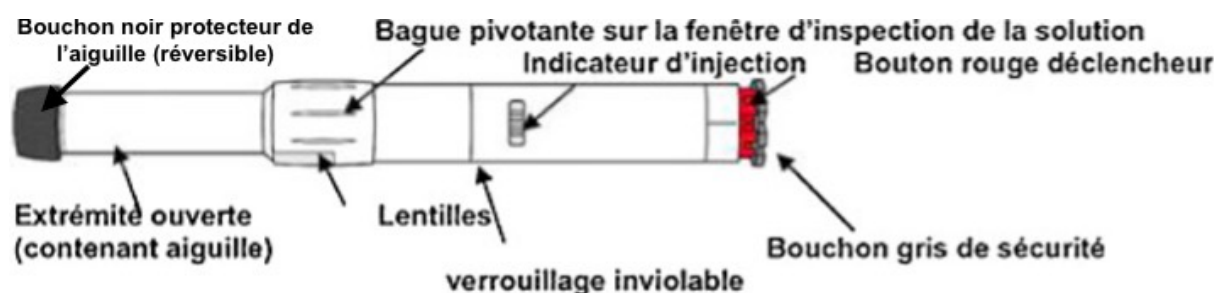
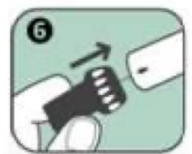
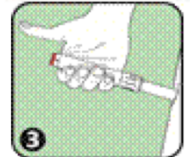
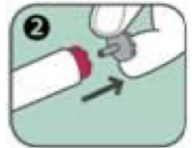


Figure n°32 : Schématisation d'un stylo ANAPEN® [65]

Mode d'emploi d'un stylo auto-injecteur ANAPEN® :

- Enlever le bouchon noir protecteur de l'aiguille en tirant fortement dans le sens de la flèche ; cela permet également de retirer une gaine grise de protection de l'aiguille.
- Enlever le bouchon gris de sécurité du bouton rouge déclencheur en tirant dans le sens de la flèche.
- Appuyer l'extrémité ouverte (contenant l'aiguille) de l'auto-injecteur ANAPEN® sur la face externe de la cuisse ou sur la région deltoïdienne. Il est possible d'utiliser ANAPEN® à travers un vêtement léger, tel que du jean, du coton ou du polyester.
- Appuyer sur le bouton rouge déclencheur de façon à entendre un « clic ». Maintenir en position pendant 10 secondes. Retirer lentement l'auto-injecteur de la cuisse puis masser légèrement le site d'injection
- L'indicateur d'injection est passé au rouge, ce qui indique que l'injection est terminée. Si l'indicateur d'injection n'est pas rouge, recommencer l'injection avec un autre auto-injecteur ANAPEN®.
- Après l'injection l'aiguille dépasse du dispositif. Pour la recouvrir, replacer la partie large du bouchon noir protecteur de l'aiguille en l'enclenchant sur l'extrémité ouverte (contenant l'aiguille) de l'auto-injecteur ANAPEN® (comme indiqué par la flèche). [66]



IV) Crise convulsive

▪ Définition

Hyperactivité électrique paroxystique, soudaine et transitoire, ayant comme foyer une zone du cortex cérébral et se propageant par conduction dans les autres zones adjacentes du cerveau. La crise d'épilepsie se caractérise par une modification rapide de l'état de conscience s'accompagnant de phénomènes moteurs, sensitifs, sensoriels, psychiques ou végétatifs selon les régions du cortex touchées.

▪ Étiologie

Les différentes étiologies possibles permettent de les classer en trois catégories :

- Les épilepsies idiopathiques : également appelées « constitutionnelles », aucune cause a été identifiée pour expliquer l'origine. Elles sont transmises de façon héréditaire et représentent 10-15% des épilepsies.
- Les épilepsies cryptogéniques : tout comme les épilepsies idiopathiques, la cause reste inconnue, néanmoins certaines lésions du cerveau sont suspectées mais ne peuvent être mise en évidence avec les moyens médicaux actuels. Ces épilepsies représentent 60% des cas.
- Les épilepsies symptomatiques : la cause est identifiable et elles sont classées en deux sous-catégories :
 - Congénitales : présentent dès la naissance, elles peuvent être d'origine génétique comme une anomalie de chromosome. Elles peuvent survenir pendant la grossesse comme une malformation cérébrale pendant la période fœtale ou une infection par la rubéole ou la toxoplasmose. Il existe également des cas de lésions lors de l'accouchement par manque d'oxygène, de sucre ou de calcium.
 - Acquises : surviennent après la naissance, comme les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs, les infections cérébrales comme la méningite et la toxoplasmose, ou bien des maladies métaboliques comme la phénylcétonurie.

- Signes Cliniques

Plusieurs crises se distinguent de part cette hétérogénéité symptomatologique :

- Les crises d'épilepsie « partielles » ou « focales ». Lorsqu'une seule zone du cerveau est touchée sans propagation, elles peuvent être :
 - Simples : état de conscience conservé, symptômes discrets comme des hallucinations, contractions musculaires, fourmillements ou encore ressenti d'émotions inattendues
 - Complexes : état de conscience non conservé avec incapacité de se souvenir de la crise s'ajoutant aux symptômes d'une crise partielle simple.
- Les crises d'épilepsie « généralisées ». Lorsque l'hyperactivité électrique s'étend à d'autres zones du cerveau, elles sont au nombre de quatre :
 - Les absences généralisées : anciennement appelées « petit mal », elles touchent essentiellement les enfants entre 5 et 12 ans, sont des crises d'épilepsie sans convulsion qui durent quelques secondes, avec perte de conscience et un regard vague.
 - Les crises tonico-cloniques : anciennement appelées « grand mal », elles sont celles de l'imaginaire collectif lorsque l'épilepsie est évoquée. Elle se déroulent en deux phases, une phase « tonique » avec de fortes contractions musculaires intenses et une autre phase « clonique » avec des convulsions. Le patient est victime d'une perte de connaissance entraînant une chute, des convulsions, d'hypersialorrhée et parfois de vomissement, de perte d'urine et/ou de selles ainsi qu'un faible arrêt respiratoire provoquant une cyanose. Ces crises ne durent que quelques minutes.
 - Les crises myocloniques : survenant essentiellement au réveil, elles se traduisent par des secousses musculaires brusques et répétées au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

- Les crises atoniques : plus rares que les autres crises, la personne perd son tonus musculaire et s'affaisse soudainement sur elle-même pendant quelques secondes. [67]

- **Prise en charge d'urgence**

Possible à l'officine

En règle générale, il ne faut pas arrêter une crise d'épilepsie qui a débuté et il faut la laisser passer tout en accompagnant et en sécurisant le patient. Pour éviter les risques de blessures il faut placer la personne en position latérale de sécurité dans un espace dégagé, desserrer ses vêtements, ne pas entraver les mouvements et protéger sa tête en plaçant un vêtement dessous.

Il est important de chronométrer la durée de la crise car si elle dure plus de cinq minutes et si la personne ne reprend pas conscience dans les dix minutes ou si la crise se répète, il faut contacter les secours.

Cependant quelques traitements d'urgence peuvent être utilisés si le médecin les trouve pertinent. C'est le cas d'un nouveau médicament, le Midazolam (BUCCOLAM®) s'administrant par voie buccale, qui a comme indication dans son AMM : « Traitement des crises convulsives aiguës prolongées chez les nourrissons, jeunes enfants, enfants et adolescents (de 3 mois à moins de 18 ans) » [68]

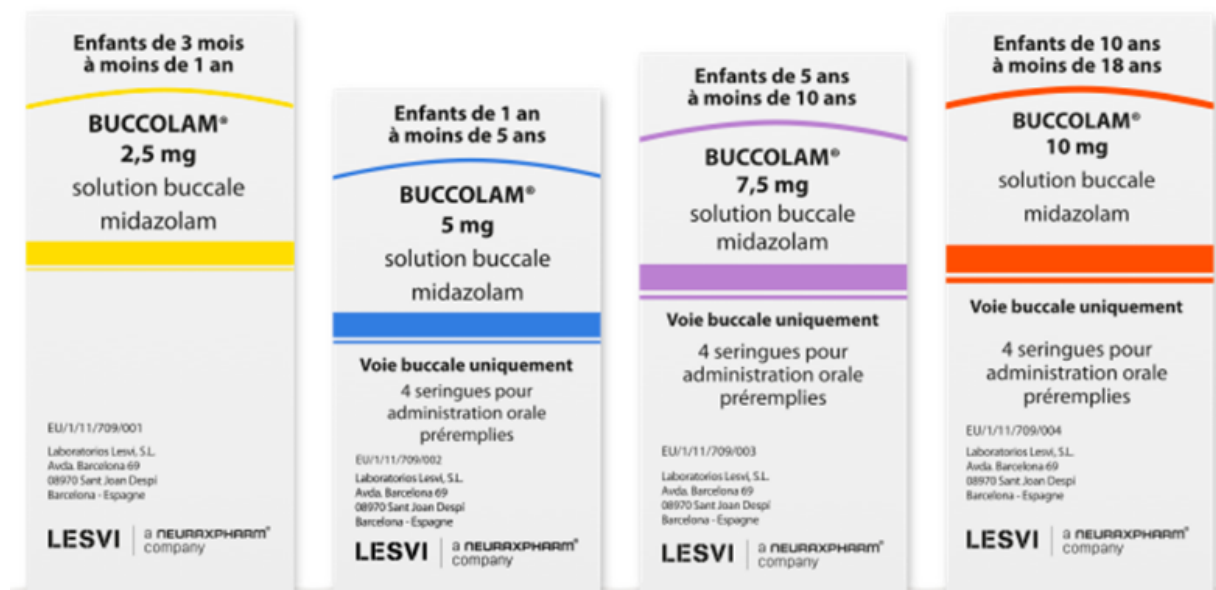


Figure n°33 : Photographie du conditionnement des différents dosages de BUCCOLAM® [69]

L'utilisation du midazolam chez un nourrisson âgé entre 3 et 6 mois doit être faite en milieu hospitalier afin d'avoir une surveillance adéquate. Pour les autres âges, le midazolam peut être utilisé par n'importe quel accompagnant, parent ou professionnel de santé.

Mode d'emploi :

- « Étape 1 : Tout en tenant le tube en plastique, retirer le capuchon. Sortir la seringue du tube.
- Étape 2 : Retirer le capuchon rouge de l'embout de la seringue et l'éliminer en toute sécurité.
- Étape 3 : Pincer délicatement la joue de l'enfant entre le pouce et l'index et tirer doucement vers l'arrière. Insérer l'embout de la seringue à l'arrière de l'espace entre la joue et la gencive inférieur.
- Étape 4 : Appuyer lentement sur le piston de la seringue jusqu'à ce qu'il s'arrête. La dose complète de solution doit être administrée lentement dans l'espace entre la gencive et la joue (cavité buccale). Si nécessaire (pour des volumes plus importants et/ou des patients plus petits), la moitié de la dose environ doit être administrée lentement d'un côté de la bouche, puis l'autre moitié de l'autre côté. » [68]

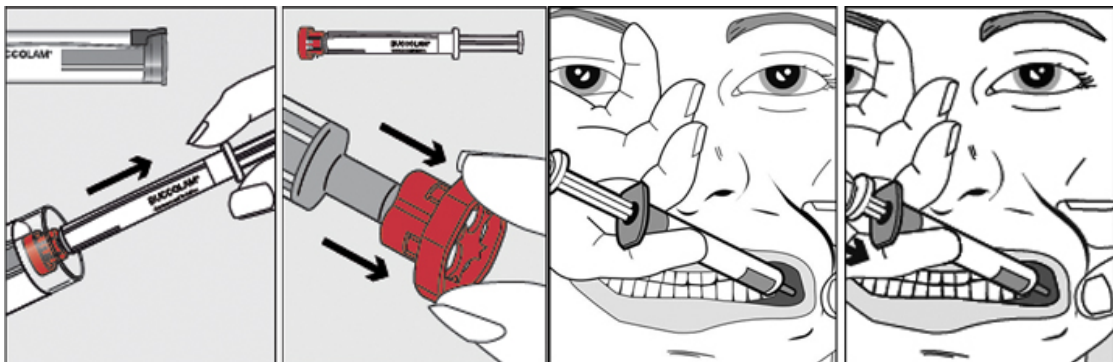


Figure n°34 : Schématisation de l'utilisation d'une seringue BUCCOLAM® [68]

Une seule dose doit être administrée, si la crise persiste 10 minutes après l'administration de midazolam un service médical d'urgence doit être contacté. Ce sont les secours qui administreront une seconde dose de midazolam si nécessaire.

En ce qui concerne la prise en charge d'urgence chez l'adulte elle est beaucoup moins médicamenteuse. Elle consiste à sécuriser le patient pendant sa crise puis à l'adresser à un service d'urgence si nécessaire afin d'entamer une démarche d'exploration diagnostic :

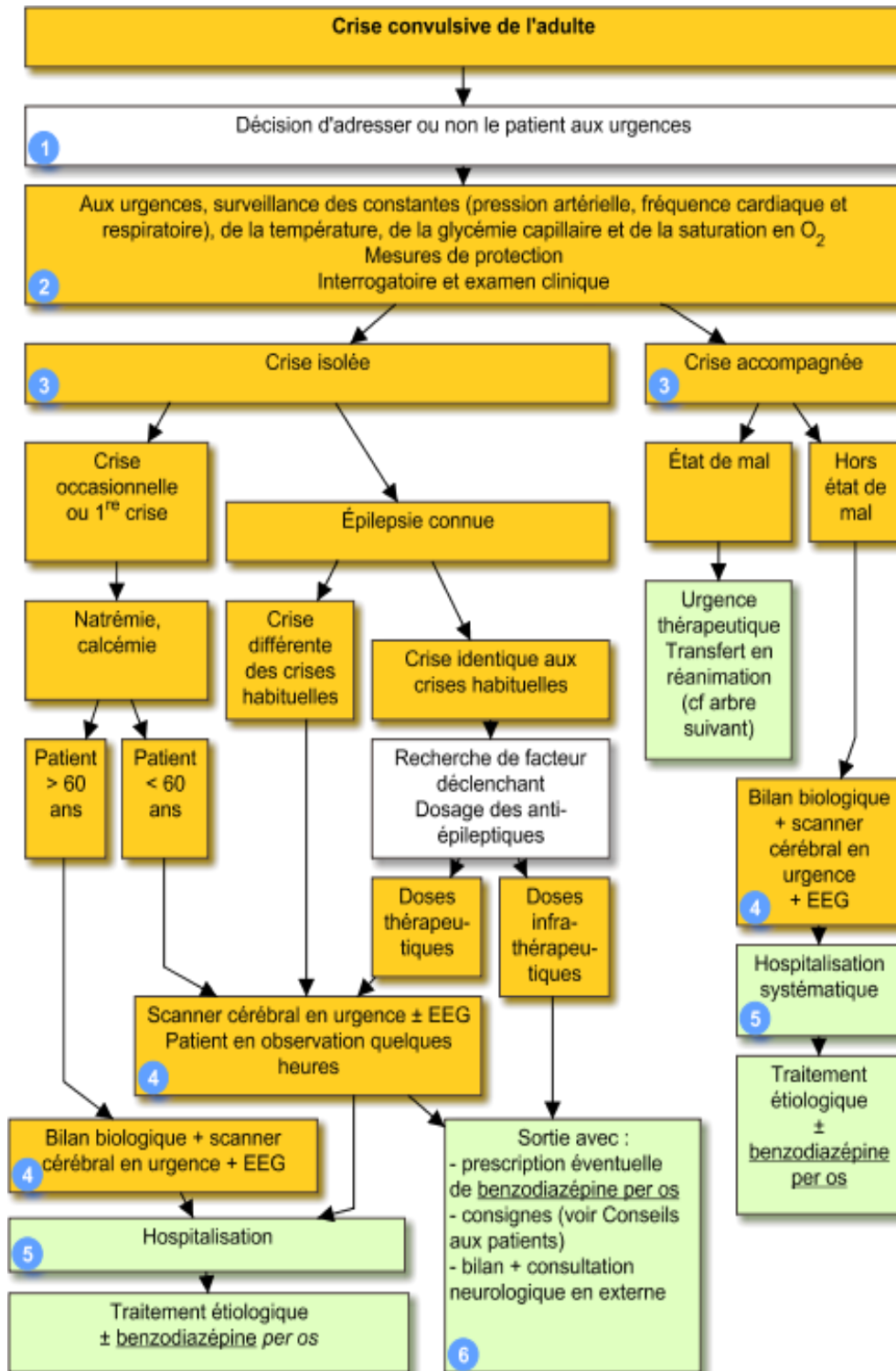


Figure n°35 : Arbre décisionnel de la prise en charge d'urgence de la crise convulsive de l'adulte [70]

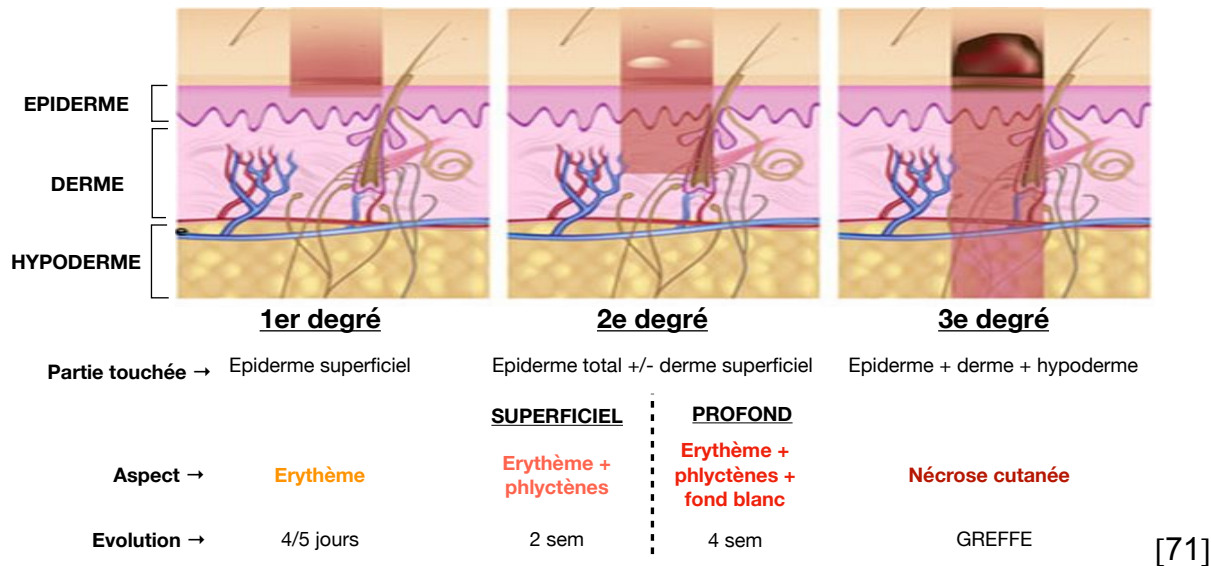
« La crise convulsive est dite « accompagnée » si au moins un des critères suivants est présent :

- répétition de la crise aux urgences
- état de mal convulsif
- confusion mentale > 30 minutes
- fièvre > 38 °C
- déficit post-critique
- alcoolisation
- sevrage alcoolique
- éthyliste chronique
- intoxication
- trouble métabolique
- traumatisme crânien
- maladie générale (cancer, lymphome, sida)
- prise d'anticoagulants oraux
- grossesse » [70]

V) Brulure cutanée

- Définition

Une brulure est une destruction du revêtement cutané avec plus ou moins des structures sous-jacentes. Une brulure est classée en 3 degrés de gravité selon la profondeur touchée :



[71]

Le terme « grand brûlé » est utilisé quand il s'agit d'une brûlure du 2^e ou 3^e degré sur au moins 20% de surface corporelle.

- Étiologie

Une brulure peut être provoquée par :

- Chaleur
- Frottement
- Produits chimiques
- Rayonnement UV
- Rayonnement ionisant

- Signes cliniques

La gravité d'une brulure dépend de son étendue, de sa localisation et de son degré. Plus le degré est fort et plus les symptômes seront bruyants :

- 1^{er} degré : Douleur modérée localisée avec un érythème et un gonflement au niveau de la brûlure.
 - 2nd degré superficiel et profond : Douleur intense irradiante avec un érythème et formation de cloques remplies de liquide. Possible fièvre, déshydratation et risque d'infection.
 - 3^{eme} degré : Désensibilisation totale au niveau de la brûlure. La peau est en état de nécrose et peut devenir noire ou blanche, avec douleur intense en périphérie.
- [72]

- Prise en charge d'urgence

Pour les brûlures du 3^e et du 2nd degré profond, une prise en charge médicale d'urgence est indispensable. En revanche les brûlures du 1^{er} et 2nd degré superficiel peuvent être prises en charge à l'officine, il faut :

Possible à l'officine

- Soustraire l'agent brûlant
- (Appeler le SAMU si brûlure du 2nd degré profond ou 3^e degré)
- Refroidir la plaie (Règle des 15 : pendant 15 minutes, asperger la plaie d'une eau à 15°C d'une distance de 15 centimètres)
- Nettoyer à l'eau claire avec savon surgras ou au sérum physiologique
- Désinfecter à l'aide de solution à base de chlorhexidine ou de povidone iodée
- Couvrir la plaie avec un pansement de type « interface », intéressant pour ses propriétés hydratantes. Si la plaie est très exsudative, il est préférable d'utiliser un pansement de type « hydrocolloïde » ou « hydrogel » pour leurs propriétés absorbantes.
- Couvrir la personne

VI) Urgences ophtalmologiques

- Définition

« Les urgences ophtalmologiques désignent les atteintes de l'œil, de ses annexes et des voies optiques qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel de l'œil dans de brefs délais si elles ne sont pas prises en charge immédiatement et de façon adéquate. »

[73]

Les urgences ophtalmologiques sont très nombreuses et variées et peuvent être classer selon plusieurs critères comme la présence ou non d'un trauma, d'une douleur ou d'une baisse de l'acuité visuelle.

Seuls les traumatismes les plus bénins comme l'insertion d'un corps étranger, une érosion de la cornée ou une photokératite peuvent être traités dans un premier temps à l'officine, puis dans un second temps par un ophtalmologue.

Les traumatismes majeurs comme les brûlures oculaires, les contusions ou les plaies du globe oculaire doivent être pris en charge le plus rapidement possible par un service d'urgence ophtalmique ou un ophtalmologue.

- Étiologie

Corps étrangers dans l'œil et érosion de la cornée : arrive généralement pendant du jardinage ou du bricolage.

Photokératite : aussi appelée « ophtalmie des neiges », est une véritable brûlure la cornée qui survient lorsque des skieurs ne portent pas de lunette de soleil ou lors de soudure à l'arc sans lunette de protection UV.

- Signes cliniques

Les signes cliniques sont communs, avec un œil rouge, une douleur vive, une photophobie, un larmoiement et une gêne niveau de la cornée surtout en clignant des yeux.

- Prise en charge d'urgence

Possible à l'officine

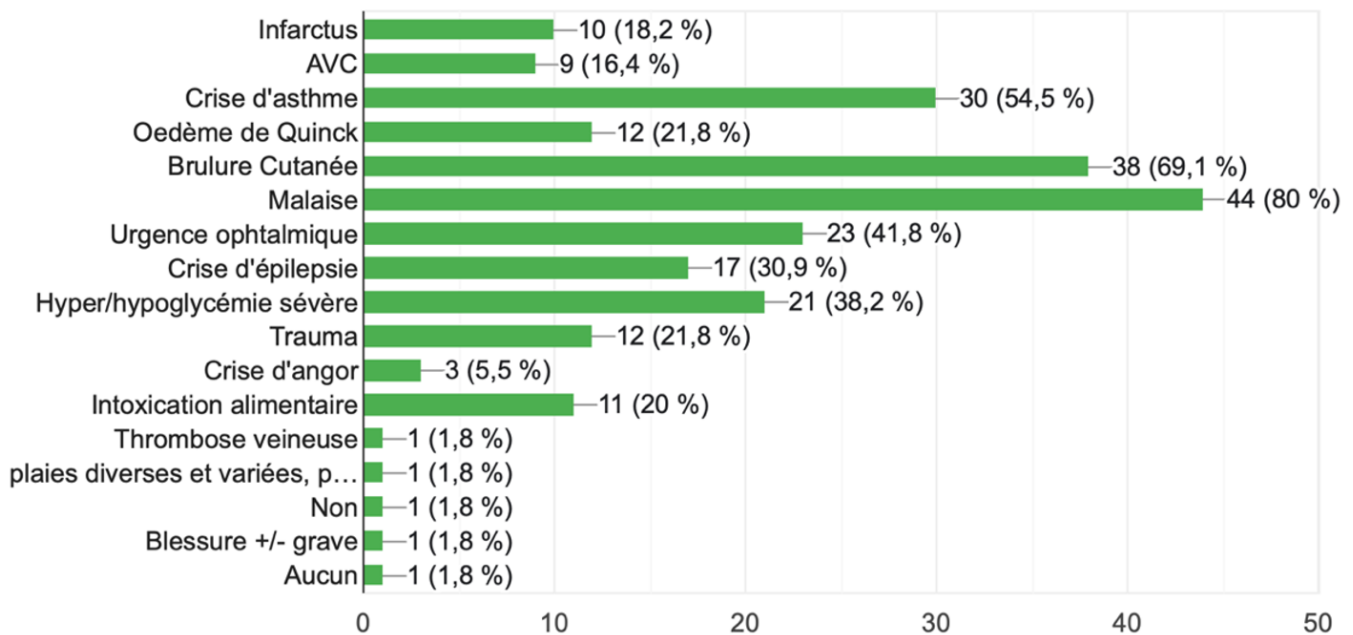
La prise en charge de ces petits traumatismes suit le même schéma triptyque :

- 1) Lavage antiseptique : Sérum physiologique + acide borique (DACRYOSERUM®)
- 2) Cicatrisant : Rétinol en pommade, 2-3 fois par jour (VITAMINE A DULCIS®)
- 3) Lubrifiant : Acide hyaluronique, 6-8 fois par jour (HYLOVIS®, VISMED®, OPTIVE®)

Une fois traité, il est conseillé au patient de consulter un ophtalmologue rapidement pour faire un bilan et retirer un éventuel corps étranger s'il est encore présent.

10) Avez-vous, durant votre carrière professionnelle, déjà rencontré une de ces situations d'urgences :

55 réponses



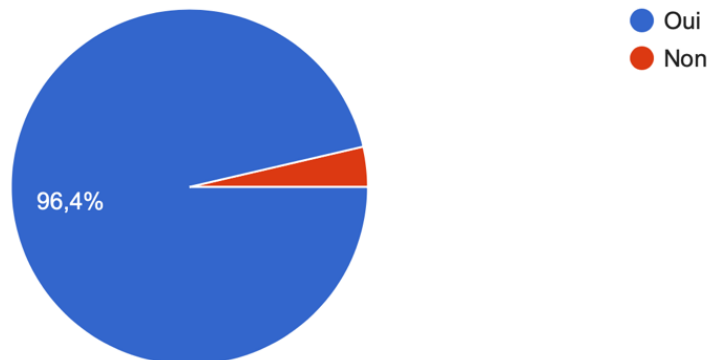
Cet histogramme nous montre la prévalence des situations d'urgences dans la carrière d'un(e) pharmacien(ne). D'après cette enquête, les pourcentages de pharmaciens ayant rencontré une situation d'urgence sont les suivants :

- 18,2 % (10) pour l'infarctus du myocarde
- 16,4 % (9) pour l'accident vasculaire cérébral
- 54,5 % (30) pour la crise d'asthme
- 21,8 % (12) pour l'œdème de Quinck
- 69,1 % (38) pour la brulure cutanée
- 80 % (44) pour le malaise commun sans étiologie diagnostiquée
- 41,8 % (23) pour l'urgence ophtalmique
- 30,9 % (17) pour la crise d'épilepsie
- 38,2 % (21) pour une hyperglycémie ou une hypoglycémie sévère
- 21,8 % (12) pour un trauma
- 5,5 % (3) pour une crise d'angor
- 20 % (11) pour une intoxication alimentaire

À noter qu'un(e) seul(e) pharmacien(ne) n'a jamais rencontré une situation de ce genre dans sa carrière. Ces situations sont donc bien présentes en officine et le pharmacien joue un rôle essentiel dans la prise en charge de ces dernières

11) Pensez-vous que le pharmacien détient un rôle clé dans la gestion de ces situations ?

55 réponses



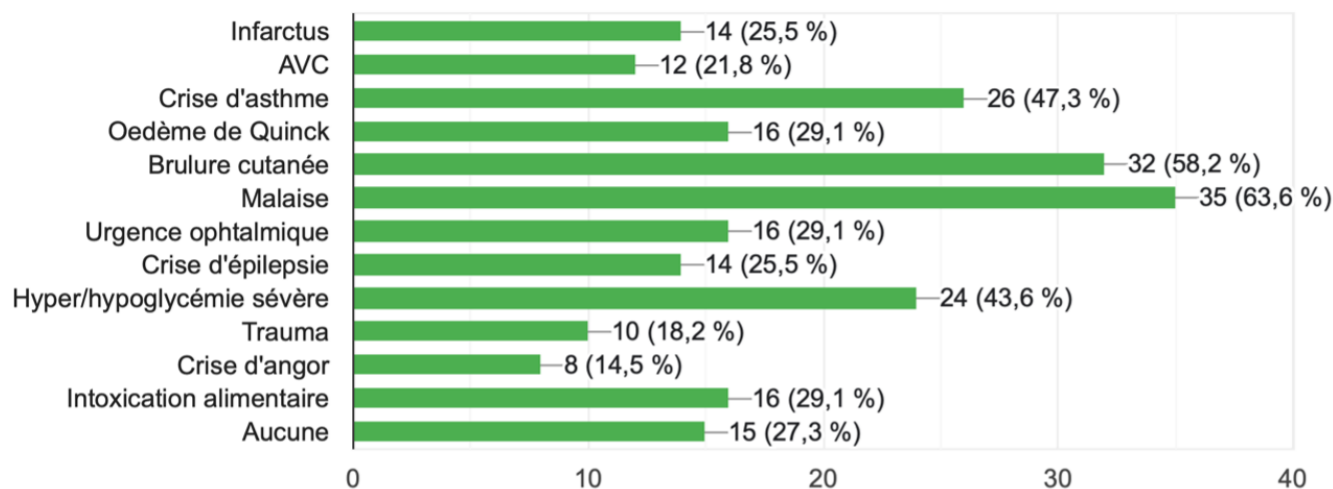
Ce graphique montre si les pharmaciens pensent détenir un rôle clé dans la gestion des situations citées ci-dessus :

- 96,4 % (53) pensent que oui
- 3,6 % (2) pensent que non

Hypothèse : Il semble évident que les pharmaciens se sentent particulièrement impliqués dans la prise en charge des situations d'urgences, de par leurs expériences du passé ou leur proximité avec leurs patients de par la facilité d'accès à une officine.

12) Êtes-vous suffisamment préparé/formé à prendre en charge ces situations ?

55 réponses



La problématique ici est de savoir si les pharmaciens se sentent capable de prendre en charge une situation d'urgence, que ce soit en terme de connaissance mais aussi des compétences et des aptitudes psychologiques. Ainsi :

- 25,5 % (14) se sentent suffisamment préparé/formé à prendre en charge un infarctus
- 21,8 % (12) un accident vasculaire cérébral
- 47,3 % (26) une crise d'asthme
- 29,1 % (16) un œdème de Quinck
- 58,2 % (32) une brulure cutanée
- 63,6 % (35) un malaise
- 29,1 % (16) une urgence ophtalmique
- 25,5 % (14) une crise d'épilepsie
- 43,6 % (24) une hyperglycémie ou une hypoglycémie sévère
- 18,2 % (10) un trauma
- 14,5 % (8) une crise d'angor
- 29,1 % (16) une intoxication alimentaire
- 27,3 % (15) ne se trouvent pas suffisamment préparé/formé pour prendre en charge une quelconque situation d'urgence

Force est de constater que les pharmaciens ne se sentent pas pleinement capable de gérer ce genre d'évènements alors qu'ils se pensent détenteurs d'un rôle clé dans la gestion de ces situations d'urgences.

DISCUSSION

Grace à cette étude nous avons pu observer une disparité au sein des réponses des pharmaciens interrogés, avec des réponses qui sont en faveur de l'investissement du pharmacien dans la prise en charge des situations d'urgence à l'officine et d'autres qui suggèrent simultanément le contraire.

En effet, si nous reprenons les chiffres des répondeurs au questionnaire :

- 96,4% pensent détenir un rôle clé dans la gestion des situations d'urgence. (Question 11)
- 85,5% possèdent une trousse de secours à l'officine. (Question 6)
- 92,7% savent quel service de secours appeler en fonction de la situation. (Question 15)

En revanche, toujours selon les chiffres des répondeurs au questionnaire :

- 20% seulement possèdent un défibrillateur automatisé externe. (Question 4)
- 27,3% seulement affirment avoir une équipe officinale à jour de sa formation AFGSU malgré que 47,3% la pense obligatoire. (Question 7 et 8)
- 52,7% ne savent ni comment ni où suivre cette formation. (Question 9)
- 27,3% ne sont pas suffisamment préparé/formé à prendre en charge ces situations d'urgence, malgré que 96,4% ont déjà rencontré l'une d'elles dans leurs carrières. (Question 12 et 10)
- 94,5% n'ont pas mis en place un système qualité bien que 69,1% pensent que ce dernier permettrait de mieux prendre en charge des situations d'urgences. (Question 17 et 18)
- 50,9% pensent que le code de déontologie n'est pas un référentiel dictant les droits et devoirs du pharmacien à porter secours. (Question 16)

Il est important également de prendre en compte certaines limites à cette étude dans l'interprétation des résultats et des conclusions qu'elle permet de tirer :

- La faible quantité de réponse
- La fiabilité de ce questionnaire repose sur la bonne foi des répondeurs
- La prédominance de réponse de la part de titulaires plutôt jeunes (80% ayant moins de 45 ans)
- La pertinence des questions choisies
- L'absence de questions congruentes ayant pu être omises

Au final, les résultats de cette étude suggèrent un investissement insuffisant de la part des pharmaciens qui peut s'expliquer par un manque de temps qu'il veut y consacrer, par un manque de connaissance, de compétences, d'information, d'intérêt économique (coût du matériel de secours non pris en charge et absence de rémunération à l'acte), par l'appréhension de réaliser un geste difficile avec un haut risque d'erreur. Les résultats de cette étude vont dans ce sens bien qu'il semble simultanément indiquer que le pharmacien a conscience de détenir un rôle et un devoir auprès des patients dans la prise en charge des situations d'urgence

CONCLUSION

Au cours de ce travail, plusieurs dimensions ont été explorées pour estimer la capacité des équipes officinales à prendre en charge une situation d'urgence.

D'un point de vue juridique et constitutionnel, le pharmacien a des droits et des devoirs sous la responsabilité du code civil, du code pénal et du code de déontologie. C'est au travers de ces trois codes, que le pharmacien a une obligation d'agir face à une situation d'urgence avec maîtrise et discernement.

Il peut compter sur l'appui des services publics et privés d'urgences qui sauront l'aiguiller dans la prise en charge de ces situations d'urgences mais surtout prendre le relais une fois l'équipe de secours sur place.

Pour parfaire ses connaissances et les maintenir à jour, le pharmacien et son équipe ont la possibilité de suivre une formation des gestes et soins d'urgences dispensé par des centres d'enseignement certifiés. Ces formations peuvent être particulièrement utiles en ce qui concerne la réactualisation des connaissances, la sensibilisation aux situations d'urgences mais aussi l'apprentissage par la répétition des gestes et automatismes à connaître pour une prise en charge optimale des victimes. L'aspect pratique de ces formations couplé à l'aspect théorique que le pharmacien a reçu pendant son enseignement font de lui un acteur de choix pour porter secours à la population.

Si à cela s'ajoute une préparation matérielle avec la mise en place d'une trousse de soin et l'installation d'un défibrillateur automatisé externe, une officine peut devenir un lieu adapté pour gérer des situations d'urgences.

Le système qualité peut être une excellente méthodologie pour accompagner le pharmacien grâce à la mise en place de protocoles ayant pour fonction de mieux prendre en charge des situations d'urgence.

Au vu des réponses du questionnaire, le pharmacien semble mettre les urgences médicales au second plan en dépit de tous ses atouts à prendre en charge les situations d'urgence.

Il est possible que les équipes officinales s'investissent plus si la prise en charge des situations d'urgences rentrait dans les nouvelles missions du pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE

[1] : Haute Autorité de Santé : Définition situation d'urgence médicale ; consulté le 03/09/2023

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/fiche_pedagogique_urgence_vitale.pdf

[1] : Dictionnaire Larousse : Définition Responsabilité ; consulté le 16/03/2022

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilite/68694>

[2]: La responsabilité civile : Code civil; Livre III : Des différentes manières dont on acquiert la propriété; Titre III : Des sources d'obligations; Sous-titre II : La responsabilité extracontractuelle; Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général (article 1240 à 1244) ; consulté le 16/03/2022

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000032021488/#LEGISCTA000032021488

[3] : L'obligation de s'assurer : Code de santé publique ; Première partie : Protection générale de la santé ; Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé ; Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires ; Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé ; Section 1 : Principes généraux (article L1142-2) ; consulté le 16/03/2022

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665?etatTexte=VIGUEUR

[4] : Non-assistance à personne en danger : Code pénal ; Partie législative ; Livre II : Des crimes et délits contre les personnes ; Titre II : Des atteintes à la personne humaine ; Chapitre III : De la mise en danger de la personne ; Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (Article 223-6) ; consulté le 16/03/2022

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037289588/2018-08-06>

[5] : Service public. Qu'est-ce que la non-assistance à personne en danger ? ; consulté le 16/03/2022

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34551>

[6] : Atteinte à l'intégrité corporelle : Code Pénal ; Partie législative ; Livre Ier : Dispositions générales ; Titre II : de la responsabilité pénale ; Chapitre II : des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité (Article 122-7)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006149818/2018-08-06/?anchor=LEGIARTI000006417220#LEGIARTI000006417220

[7] : Code de santé publique ; Partie législative ; Quatrième partie : Professions de santé ; Livre II : Professions de la pharmacie et de la physique médicale ; Titre III : Organisation de la profession de pharmacien ; Chapitre V : Déontologie (Article L4235-1)

[8] : Code de santé publique ; Partie législative ; Quatrième partie : Professions de santé ; Livre II : Professions de la pharmacie et de la physique médicale ; Titre III :

Organisation de la profession de pharmacien ; Chapitre V : Déontologie ; Section II : Dispositions communes à tous les pharmaciens ; Sous-section I : Devoir généraux (Article R4235-7)

[9] : SAMU : Code de santé publique ; Partie législative ; Sixième partie : Établissements et services de santé ; Livre III : Aide médicale urgente, permanences des soins, transports sanitaires, télésanté et autres services de santé ; Titre 1^{er} : Aide médicale urgente, permanences des soins, télésanté et transports sanitaires ; Chapitre 1^{er} : Aide médicale urgente (Article L6311-2)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171601/#LEGISCTA000006171601

[10] : HAS. Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification. Consulté le 20/03/2022

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf

[11] : Agora store. Ambulance UMH Citroën jumper. Consulté le 20/03/22 pour figure

<https://www.agorastore.fr/vente-occasion/vehicules-utilitaires/fourgons/ambulance-umh-citroen-jumper-27964.aspx>

[12] : Overblog. Album - vue de l'intérieur. Consulté le 20/03/2022 pour figure

<http://smur-rd.over-blog.com/album-7773.html>

[13] : Pompiers. Intégrer le service de santé et de secours médical (SSSM). Consulté le 23/03/2022

<https://www.pompiers.fr/grand-public/devenir-sapeur-pompier/integrer-le-service-de-sante-et-de-secours-medical-sssm>

[14] : Gouvernement. Connaître les numéros d'urgence. Consulté le 27/03/2022

<https://www.gouvernement.fr/risques/connaître-les-numeros-d-urgence>

[15] : Service public. Les numéros d'urgence à connaître. Consulté le 27/03/2022

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15066>

[16] : Un médecin. Un médecin 116 117. Consulté le 30/03/2022 <https://www.un-medecin.fr>

[17] : Maisons médicales. Trouver un médecin de garde proche de chez vous. Consulté le 23/03/2022

<https://www.maisonsmedicale.com>

[18] : MACSF. Qu'est-ce qu'une maison médicale ? Consulté le 23/03/22

<https://www.macsf.fr/actualites/qu-est-ce-qu-une-maison-medicale>

[19] : SOS MEDECIN FRANCE. Consulté le 28/08/2023 <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/activites-organisation-federation-sos-medecins/>

[20] : Pharmacie de garde marseille. Consulté le 28/08/23

<https://pharmaciesdegardemarseille.com>

[21] : Légifrance. Code de la santé publique. Consulté le 09/03/2022
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000025748825?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=AFGSU&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT&anchor=LEGIARTI000037228252#LEGIARTI000037228252

[22] : AP-HM. Centre d'enseignement des soins d'urgences 13. Consulté le 09/03/2022
<http://fr.ap-hm.fr/site/cesu13>

[23] : Légifrance. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. Consulté le 09/03/2022
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030084493/>

[24] : Certification QSE. La roue de Deming. Consulté le 11/11/2022 pour figure
<https://www.certification-qse.com/cycle-pdca-roue-de-deming/>

[25] : Démarche qualité officine. Consulté le 13/05/2023
<https://www.demarchequalityofficine.fr>

[26] : Sante Gouv. La loi HPST à l'hôpital les clés pour comprendre. Consulté le 29/11/2022
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

[27] : Ordre national des pharmaciens. Consulté le 09/03/2022
<https://www.ordre.pharmacien.fr>

[28] : Maitre-nageur sauveteur. Score de Glasgow, un bilan neurologique. Consulté le 04/11/2022 pour figure
<https://www.maitrenageur.info/2021/05/bilan-neurologique-avec-le-score-de-glasgow-bilan-neurologique.html>

[29] : Journal Le Parisien. Prenez votre pouls, cela peut vous sauver la vie. Consulter le 04/11/2022 pour figure
<https://www.leparisien.fr/societe/sante/prenez-votre-pouls-cela-peut-vous-sauver-la-vie-16-05-2016-5799861.php>

[30] : Secourisme RCR Quebec. La pression artérielle : où doit on se situer. Consulter le 04/11/2022 pour figure
<https://secourismercrquebec.com/pression-arterielle-on-se-situer/>

[31] : Recommandations 2021 de la Société Européenne d'Hypertension Artérielle pour la mesure de la pression artérielle au cabinet et en dehors du cabinet

[32] : Helsana. Position latérale de sécurité : comment faire ? Consulté le 04/11/2022 pour figure
<https://www.helsana.ch/fr/blog/corps/connaissance-du-corps/position-laterale-de-securite.html>

- [33] : Croix rouge. L'inconscience. Consulté le 04/11/2022
<https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-inconscience>
- [34] : Conseil Français de Réanimation Cardio-pulmonaire. Recommandations 2020-2025. Consulté le 13/11/2022
<http://www.cfrc.fr>
- [35] : Securimed. Insufflateur eco à usage unique. Consulté le 13/11/2022 pour figure
<https://www.securimed.fr/insufflateur-eco.html#3957>
- [36] : Ylea. Masque de poche avec étui rigide personnalisé. Consulté le 13/11/2022 pour figure
<https://www.ylea.eu/secourisme/trousses-secours/masque-poche-avec-etui-rigide-personnalise-b8608.html>
- [37] : Sanoetpharm. Pansement Israélien. Consulté le 13/11/2022 pour figure
<https://sanoetpharm.fr/hemorragies/330-pansement-compressif-israelien.html>
- [38] : Ministère de l'intérieur et des Outre-mer. Recommandations relatives à l'unité d'enseignement prévention et secours civique de niveau 1. Consulté le 08/09/2023
- [39] : Wikipédia. Garrot. Consulté le 13/11/2022 pour figure
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Garrot>
- [40] : Santegouv. Les défibrillateurs automatisés externes. Consulté le 04/03/2022
https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/les-defibrillateurs-automatisees-externes-dae?TSPD_101_R0=087dc22938ab200017f796a2210818b4cd942cfc6b01efea51ebb3b7cb768c19dee22669cfb86012083d1f77b8143000b051946f47b06c61a19972c30f56c974911de943a4d41a76009b5b83b27a45e2df1115d1146c4af8aff094dd4694cf1b
- [41] : Défibrillateur France. Aides financières pour l'achat d'un DAE. Consulté le 04/03/2022
<https://www.defibrillateur-france.com/aide-financiere-pour-lachat-dun-dae/>
- [42] : ANSM. Défibrillateurs cardiaques externes. Consulté le 10/06/2023 pour figure
<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/defibrillateurs-cardiaques-externes>
- [43] : Impulsion Ingénierie & design. Foire aux questions. Consulté le 04/03/2022 pour figure
<https://www.impulsion-id.fr/produits/foire-aux-questions-faq.html>
- [44] Legifrance. Décret n°2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes. Consulté le 04/03/2022
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037839290/>
- [45] : Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. Défibrillateur cardiaque. Consulté le 04/03/2022

<https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/mesures-et-moyens-de-prevention/article/defibrillateur-cardiaque>

[46] : Légifrance. Ou installer un DAE ? Consulté le 04/03/2022
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039363942/>

[47] : Ministère de la santé et de la prévention. Les défibrillateurs automatisés externes. Consulté le 17/05/2022
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

[48] : Fédération des diabétiques. Comment faire face à une hypoglycémie ? Consulté le 06/07/2022 pour figure
<https://www.federationdesdiabetiques.org/diabete/glycemie/hypoglycemie>

[49] : Iheart. Diabetes podcast. Consulté le 06/07/2022 pour figure
<https://www.iheart.com/podcast/256-diacast-a-diabetes-podcast-31070989/episode/014-high-school-famous-36462567/>

[50] : Type 1 better. Glucagon nasal. Consulté le 06/07/2022 pour figure
<https://type1better.com/fr/glucagon-nasal-desormais-disponible-au-quebec/>

[51] : Turbosquid. Keto Diastix modèle 3D. Consulté le 06/07/2022 pour figure
<https://www.turbosquid.com/fr/3d-models/3d-model-keto-diaxix/791528>

[52] : Skyrock. Blog de diabète 59. Consulté le 06/07/2022 pour figure
<https://diabete59.skyrock.com/373289189-Analyse-d-urine.html>

[53] : Vidal. Recommandations Angor stable. Consulté le 15/09/2022
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/angor-stable-1585.html#la-maladie>

[54] : MSD. Angor de Prinzmetal. Consulté le 15/09/2022
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/coronaropathie/angor-de-prinzmetal>

[55] : Vidal. Infarctus du myocarde. Consulté le 15/09/2022
<https://www.vidal.fr/maladies/coeur-circulation-veines/apres-infarctus-myocarde.html>

[56] : Slate. Cardiologie : le premier stent vraiment biodégradable est français. Consulté le 15/09/2022 pour figure
<http://www.slate.fr/lien/59661/stent-biodegradable-coeur>

[57] : Vidal. Recommandations syndrome coronarien aigu st-. Consulté le 17/05/2022 pour figure
<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/syndrome-coronarien-aigu-st-infarctus-du-myocarde-1505.html#prise-en-charge>

[58] : Institut du cerveau. Les causes et les mécanismes biologiques de l'AVC. Consulté le 15/09/2022 pour figure
<https://institutducerveau-icm.org/fr/avc/causes-facteurs-personnes-risques/>

[59] : Vidal. Recommandations infarctus cérébral. Consulté le 20/05/2023 pour figure <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/infarctus-cerebral-1714.html#prise-en-charge>

[60] : Ameli. Crise d'asthme, exacerbation, asthme aigu grave. Consulté le 19/09/2022 https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/asthme/asthme-symptomes-diagnostic/crises-asthme-exacerbation-asthme-aigu-grave#text_9815

[61] : Vidal. Recommandations asthme de l'adulte. Consulté le 17/05/2023 pour figure <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/asthme-de-l-adulte-1457.html#diagnostic>

[62] : Revmed. Anaphylaxie et état de choc anaphylactique. Consulté le 19/09/2022 <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-438/anaphylaxie-et-etat-de-choc-anaphylactique#tab=tab-references>

[63] : Slideplayer. Traitement d'une réaction allergique de type immédiat. Consulté le 20/05/2023 pour figure <https://slideplayer.fr/slide/483580/>

[64] : Collège des Enseignants de Pneumologie – 2015 – Item 333 : Œdème de Quincke et anaphylaxie

[65] : ANSM – Résumé des caractéristiques du produit. Consulté le 20/05/2023 pour figure <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877032016300185>

[66] : Académie Poitiers. Projet d'accueil individualisé. Consulté le 19/09/2022 https://ww2.ac-poitiers.fr/dsden16-pedagogie/sites/dsden16-pedagogie/IMG/pdf/modele_pai_allergies.pdf

[67] : Vidal. Épilepsie. Consulté le 23/09/2022 <https://www.vidal.fr/maladies/systeme-nerveux/epilepsie.html>

[68] : Vidal. Buccolam 10mg sol bucc. Consulté le 23/09/2022 <https://www.vidal.fr/medicaments/buccolam-10-mg-sol-bucc-109996.html#indications>

[69] : Neuraxpharm. Gamme buccolam. Consulté le 23/09/2022 pour figure <https://www.neuraxpharm.com/fr/portfolio/buccolam>

[70] : Vidal. Recommandations crise convulsive de l'adulte. Consulté le 29/05/2023 pour figure <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/crise-convulsive-de-l-adulte-3755.html#prise-en-charge>

[71] : Docteurcllic. Brûlures. Consulté le 01/10/2022 pour figure <https://www.docteurcllic.com/symptome/les-brulures.aspx>

[72] : Vidal. Brûlure. Consulté le 01/10/2022

<https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/brulure.html>

[73] : Société de l'anesthésie réanimation d'Afrique francophone. Urgences ophtalmologiques. Consulté le 15/10/2022

<https://web-saraf.net/Les-urgences-ophtalmologiques-en.html>

Questionnaire sur la capacité des équipes officinales à prendre en charge une situation d'urgence

Ce questionnaire est destiné aux titulaires d'officine et a pour but d'être un recueil d'informations essentielles pour mener à bien une étude dans le cadre d'une thèse. Ce document est anonyme.

- 1) Quel âge avez-vous ? 25-35 ans 35-45 ans 45-55 ans + de 55 ans
- 2) Effectuez-vous régulièrement un service de garde ? Oui Non
- 3) A combien de temps de trajet se trouve le service d'urgence le plus proche de votre officine ?
 <5 min 5-10 min 10-20 min 20-30 min + de 30 min Je ne sais pas
- 4) Avez-vous un DAE (défibrillateur automatisé externe) fonctionnel (maintenance effectuée) dans votre officine ?
 Oui Non Je ne sais pas
- 5) Si oui, vous en êtes-vous déjà servi ? Oui Non Je ne sais pas
- 6) Avez-vous une trousse d'urgence dans votre officine ? Oui Non
- 7) Votre équipe officinale est-elle à jour de sa formation AFGSU ? Oui Non Je ne sais pas
- 8) Selon vous, cette formation est-elle obligatoire ? Oui Non Je ne sais pas
- 9) Savez-vous comment et où suivre cette formation ? Oui Non
- 10) Avez-vous, durant votre carrière professionnelle, déjà rencontré une de ces situations d'urgences :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infarctus | <input type="checkbox"/> Brulure cutanée | <input type="checkbox"/> Hyper/hypoglycémie sévère |
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Malaise | <input type="checkbox"/> Trauma |
| <input type="checkbox"/> Crise d'asthme | <input type="checkbox"/> Urgence ophtalmique | <input type="checkbox"/> Crise d'angor |
| <input type="checkbox"/> Œdème de Quinck | <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie | <input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire |
- Autre(s) ?
- 11) Pensez-vous que le pharmacien détient un rôle clé dans la gestion de ces situations ? Oui Non
- 12) Êtes-vous suffisamment préparé/formé à prendre en charge ces situations ?
 Œdème de Quinck Brulure cutanée Crise d'angor Crise d'épilepsie Hyper/hypoglycémie sévère
 Urgence ophtalmique Trauma Intoxication alimentaire Malaise Infarctus AVC Crise d'asthme
- 13) Êtes-vous capable d'effectuer des gestes de premiers secours ?
 Compression Auscultation des signes cliniques PLS Massage cardiaque Bouche à bouche Garrot
- 14) Utiliseriez-vous, sans avis médical, des produits listés si l'usage vous semble adéquat à la situation ? (Ventoline®, insuline/glucagon, adrénaline, anticonvulsivants etc...) Oui Non Je ne sais pas
- 15) Savez-vous quel service de secours (15,17,18, 112 etc...) appeler en fonction de la situation ? Oui Non Je ne sais pas
- 16) Selon vous, quel référentiel dicte les droits et devoirs d'un pharmacien à porter secours ?
 Code pénal Code de santé publique Code de déontologie Serment de Galien Aucun
- 17) Avez-vous un système qualité qui encadre la prise en charge des situations d'urgences ? Oui Non
- 18) Pensez-vous qu'un système qualité vous permettrait de mieux prendre en charge une situation d'urgence ?
 Oui Non Je ne sais pas

Merci pour votre temps.

Vous pouvez envoyer le questionnaire rempli par scan ou simple photo (de bonne qualité) à l'adresse mail suivante : victor.dovidio@hotmail.fr ou par MMS au 06 46 80 27 87

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.