

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2024

THESE 2024 TOU3 2129

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

TROGNEUX Quentin

URGENCE À L'OFFICINE :
RÔLES DU PHARMACIEN, PERCEPTIONS ET ATTENTES

Date de soutenance

21 novembre 2024

Directeur de thèse : Monsieur Alquier Vincent

JURY

Président : Pr Sallerin Brigitte
1er assesseur et directeur de thèse : Monsieur Alquier Vincent
2ème assesseur : Pr Boutet Elisa

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 24/08/2024

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

M. PARINI A. Physiologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A. (*)	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S (*)	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
Mme ROYO J.	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A	Droit Pharmaceutique
M. GRACIA M.	Pharmacologie
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme CROSSAY E.	Pharmacognosie
Mme GRISSETI H.	Biochimie
Mme MALLI S.	Pharmacie Galénique
Mme MTAT DALILA D.	Chimie Pharmaceutique
Mme MONIER M.	Microbiologie
M. TABTI R.	Chimie Thérapeutique

Remerciements :

Merci au **Professeur Brigitte SALLERIN** de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse.

Merci au **Professeur Elisa BOUTET** d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance.

Merci au **Pharmacien Vincent ALQUIER**, d'avoir repris la direction de ma thèse en cours de route. Ça a été un plaisir de mener à son terme ce projet.

Merci à **Méganne**, ma femme. Pour tous nos bons moments et ceux plus difficile que l'on a vécu et que l'on vivra encore. Pour la famille que l'on crée avec **Amelia**.

Merci mes parents de m'avoir aidé à poursuivre dans cette voie.

Merci à ma sœur Margot et mon frère Paul.

Merci à Marie et Alain, qui ont toujours été présent depuis que l'on se connait.

Merci François, pour les moments partagés ensemble. J'ai réussi et tu m'as toujours remis sur le droit chemin malgré les différents épisodes des doutes. J'ai bien retenu : « Pas de doute ».

Merci aux copains, pour toutes nos sorties, nos moments mémorables. Je suis sur qu'on va bien se marrer encore.

Merci à toute la pharmacie du Centre à Plaisance du Touch qui m'a vu grandir et qui me fait progresser maintenant en tant que Pharmacien.

Merci à tous les pharmaciens qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Merci à la PUI du SDIS 31 qui m'a accepté dans son effectif et qui me font tant apprendre du métier de pharmacien pompier.

Liste des abréviations

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

CSP : Code de Santé Publique

DPC : Développement Professionnel Continu

APS : Apprendre à porter secours

GQS : Gestes qui sauvent

PSC 1 : Prévention et secours civique de niveau 1

SST : Sauveteur Secouriste au Travail

JDC : Journée Défense et Citoyenneté

SAMU : Service d'Aide Médical d'Urgence

BAVU : Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle

FGSU : Formation aux Gestes et Secours d'Urgence

RCP : Réanimation Cardio-pulmonaire

SUAP : Secours d'Urgence Aux Personnes

DSA : Défibrillateur semi-automatique

DA : Défibrillateur automatique

NRBC : Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique

PSE : Premier secours en équipe

DAE : Défibrillateur automatisé externe

SpO2 : Saturation pulsée en Oxygène

CO : Monoxyde de Carbone

EVA : Echelle visuelle analogique

CRRA : Centre de Réception et de Régulation d'Appel

CTA : Centre de Traitement d'Appel

BNS : Brevet National de Secourisme

AFPS : Attestation de Formation de Premier Secours

PUPS : Pharmacie Urgence Premiers Secours

CSPP : Chambre Syndicale des Pharmaciens de Paris

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

LVA : Libération des voies aériennes

PLS : Position Latérale de Sécurité

Table des matières

Remerciements :	4
Liste des abréviations	6
I. Introduction.....	10
II. Notions d'urgence et de secourisme, législation	12
A. Définition de l'urgence	12
B. Définition du secourisme	13
C. Législation.....	13
1. Code Pénal	13
2. Code de la Santé Publique (CSP) :	14
3. Ordre des Pharmaciens :	14
4. Exercice illégal de la médecine	15
III. Les formations.....	16
A. Les formations de base et leurs évolutions.....	16
1. Formation aux premiers secours et gestes qui sauvent	16
2. Journée défense et citoyenneté	17
3. AFGSU	17
B. Les Formations spécifiques	22
1. Premier Secours en Equipe (PSE)(11)	22
2. Secours d'Urgence Aux Personnes (SUAP)	26
C. La Formation continue	33
IV. Étude de cas : Perceptions et attentes des pharmaciens	35
A. Introduction avec l'article de Pascal CASOURANG.....	35
B. Questionnaire réalisé à destination des pharmaciens d'officine : matériel et méthodologie. 35	
1. Schéma d'étude	35
2. Objectifs	36
3. Facteurs étudiés.....	36
4. Elaboration et validation du questionnaire	36

5.	Modalités de recrutement des pharmaciens.....	36
6.	Analyse des résultats	37
C.	<i>Analyse et discussion</i> :	48
D.	Apport d'un pharmacien d'officine par rapport à un citoyen formé	49
V.	Réaliser une bonne prise en charge : les situations d'urgence rencontrées en pharmacie d'officine	
	51	
A.	Arbre décisionnel	51
1.	Sécurisation de la victime et de la zone.....	53
2.	Y-a-t-il une hémorragie ?	53
3.	La victime est-elle consciente ?	55
4.	La victime respire-t-elle ?.....	59
5.	La victime a-t-elle un pouls ?	62
B.	Fiche bilan	69
C.	La protection de la victime.....	70
D.	Réalisation du bilan	70
1.	Bilan circonstanciel	71
2.	Bilan d'urgence vitale.....	72
3.	Bilan complémentaire.....	82
4.	Surveillance de la victime.....	83
E.	La transmission de l'urgence.....	84
VI.	Conclusion	85
	Sources / Bibliographies	86
	ANNEXE 1 : Questionnaire.....	89
	ANNEXE 2 : Réponses libres concernant l'axe d'amélioration des formations.....	94
	ANNEXE 3 : Arbre décisionnel	96
	ANNEXE 4 : Fiche bilan	97

I. Introduction

Le pharmacien d'officine joue un rôle essentiel dans le système de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de situations d'urgence vitale ou non. Face à des événements tels que des accidents, des crises sanitaires ou des catastrophes, le pharmacien d'officine devient un acteur clé dans la chaîne de secours.

Cette thèse vise à explorer en profondeur les compétences, obligations et le rôle du pharmacien d'officine dans ces situations.

Deux mois après avoir fini mes études de Pharmacie, je me suis trouvé dans une situation qui a mis à contribution mes connaissances de la prise en charge d'une victime. En effet, une personne a fait un malaise dans une rue adjacente à la pharmacie dans laquelle je travaille.

Alerté par un voisin proche de l'incident, je me suis rendu sur place. « Quelqu'un crache du sang » me signale-t-on. Sans aucune autre information, je me rends compte que la victime est en arrêt cardio-respiratoire.

J'ai pris en charge la victime comme je l'ai appris lors de ma formation officinale avec l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 (AFGSU 2) et en ayant une connaissance théorique sur la prise en charge de victime en arrêt cardio-respiratoire avec le protocole pompier.

Malgré ces connaissances, je n'ai pas été assez à l'aise pour prendre en charge la victime.

Un Pharmacien d'Officine est un professionnel de santé qui a des connaissances sur les médicaments. Cette science est importante afin d'appuyer les prescriptions des Médecins et de jouer son rôle dans le contrôle des délivrances.

Les professionnels de santé sont garants de la santé publique mais ils ont aussi le devoir de porter secours à une personne en situation d'urgence, vitale ou non.

Bien que les pharmaciens d'officine aient des connaissances théoriques sur les gestes de premiers secours, comment la mettent-ils en pratique face à une situation d'urgence vitale ?

Quels impacts peuvent avoir le stress, l'anxiété ou des facteurs externes comme la foule sur leurs capacités à agir efficacement.

La but de cette thèse est de faire un état des lieux sur le rôle du pharmacien d'officine dans la gestion des urgences vitales. Pour cela nous allons faire une analyse des compétences du pharmacien d'officine, ses obligations et son implication dans la chaîne de secours.

II. Notions d'urgence et de secourisme, législation

A. Définition de l'urgence

La définition du mot urgence dans le Petit Larousse est la *“nécessité d'agir vite”* ou *“cas urgent, nécessitant une intervention médicale rapide”* (1). Dans cette définition, on présente l'urgence comme un terme avec une connotation de temps.

Qu'en est-il donc de la définition médicale du terme urgence ?

Par définition, une urgence, dans le domaine médical, est une situation où un patient doit être soigné sans délai (2).

De cette notion médicale découle deux acteurs : le sauveteur et la victime. En fonction des éléments recueillis par le sauveteur, comme le premier bilan fonctionnel, il peut mettre en œuvre son intervention en fonction des moyens disponibles et des risques estimés.

On peut nommer selon ces critères, différentes situations d'urgences :

- Urgence absolue qui correspond à une situation de détresse vitale
- Urgence relative qui exige une prise en charge rapide sans que le pronostic vital de la victime ne soit engagé, elle est accompagnée de douleur physique ou psychologique.

L'urgence vitale peut être définie comme une situation qui met en jeu, à court terme la vie des patients. Elle correspond à de multiples éventualités, comporte de nombreuses facettes qui traduisent la complexité des faits pouvant conduire à tout instant à un arrêt cardiaque.

Une urgence vitale est aussi souvent appelée une urgence absolue dans les médias ou dans des articles médicaux.

Les situations d'urgences vitales sont toujours différentes. Cependant le facteur temps a un rôle primordial dans la prise en charge de l'urgence vitale. En effet, certaines situations requièrent une réaction immédiate ou très rapide comme pour un arrêt cardio-respiratoire. Cela peut rendre impossible le recueil des informations nécessaires pour une véritable prise de décision éclairée : informations sur l'histoire médicale du malade, sur les circonstances de survenue, sur sa volonté, son consentement ou son refus de soins.

Un autre point très important dans la prise en charge des urgences vitales est la compétence des acteurs secouristes. Il faut pouvoir évaluer le degré de gravité mais aussi avoir les connaissances technico-pratique des manœuvres de réanimation.

B. Définition du secourisme

Le secourisme est l'acte de prise en charge d'une urgence. Le secourisme aussi appelé prompt secours, est la pratique des premiers gestes d'urgence pratiqués par des personnes ayant des connaissances nécessaires.

Il consiste au maintien ou à l'amélioration des fonctions vitales d'une victime.

C. Législation

En France, la prise en charge d'une urgence vitale par un pharmacien d'officine est encadrée par plusieurs textes législatifs et réglementaires. Voici quelques éléments clés du cadre législatif :

1. Code Pénal

Le pharmacien est avant tout un citoyen, il a donc à ce titre les mêmes devoirs que tous les autres citoyens. Son devoir d'assistance est régi par l'article 223-6 du Code pénal français.

Il stipule "*...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.*"(3)

Il est rappelé plus loin dans l'article que "*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...*"(4)

Cependant, le pharmacien étant un professionnel de santé, le fait de ne pas porter assistance à une personne est sanctionnable plus lourdement. Ceci est considéré comme une circonstance aggravante ; exemple lors de la Cour de Cassation du 10 décembre 2003, où un pharmacien adjoint a refusé la

délivrance d'une ventoline à une personne faisant une crise d'asthme. (Cour de Cassation, Chambre sociale, 2003-12-10, 01-44732)

2. Code de la Santé Publique (CSP) :

Une des conduites à tenir pour le pharmacien face à une urgence est régie par l'article R4235-7 qui stipule que *"tout pharmacien doit, qu'elle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors cas de force majeure"*.(5)

Le pharmacien doit donc, en tant que professionnel de santé, porter assistance à une victime. Cependant il doit le faire dans la limite de ses connaissances et de ses moyens.

On retrouve dans ce Code de la Santé Publique, l'article L4234-6 mentionne que les poursuites disciplinaires peuvent venir de la Chambre Disciplinaire de l'Ordre des Pharmaciens(6).

Les sanctions encourues sont :

- la réprimande
- le blâme (avec inscription au dossier)
- l'interdiction temporaire d'exercer pour une durée maximale de cinq ans
- l'interdiction définitive d'exercer

3. Ordre des Pharmaciens :

L'Ordre des Pharmaciens émet des recommandations et des lignes directrices pour guider les pharmaciens dans la gestion des situations d'urgence.

Pour ce faire, il contrôle et rend favorable la formation des pharmaciens d'officines via les DPC. Dans ces formations sont revus tous les éléments essentiels à la bonne prise en charge d'une victime dans ou en dehors d'une officine.

Il est essentiel que le pharmacien se conforme à ces dispositions législatives et réglementaires tout en exerçant son devoir d'assistance et en respectant les principes d'éthique de sa profession. Les pharmaciens peuvent également participer à des formations continues pour rester informés des évolutions législatives et des bonnes pratiques en matière de prise en charge des urgences vitales.

4. Exercice illégal de la médecine

Il existe une limite dans le secours à personne que le pharmacien ne doit pas franchir.

Cette limite est l'exercice illégal de la médecine qui est spécifié dans le CSP par l'article L 4161-1:

“Exerce illégalement la médecine: 1° Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous les autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L 4111-2 à L 4111-4, L 4111-6, L 4111-7, L 4112-6, L 4131-2 à L 4131-5 ...”(7)

L'exercice illégal de la médecine est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende en plus des peines complémentaires encourues.

Dans le cadre d'une urgence nécessitant une intervention médicale, le caractère illégal de l'acte médical n'est pas considéré comme une faute.

Le pharmacien est autorisé à réaliser un acte médical dans le but de porter secours sachant qu'il doit agir dans la limite de ses connaissances, de ses compétences et de ses moyens.

Le pharmacien peut agir à condition qu'il est qualifié pour reconnaître les signes de gravité, identifier un danger immédiat et exécuter les gestes de survie adaptés.

Prenons en exemple l'autorisation d'injecter de l'adrénaline par le Pharmacien d'Officine à un patient qui fait une réaction allergique grave. Cet acte médical invasif du fait de l'administration parentérale, se rapproche d'un exercice illégal de la médecine.

Cependant, la notion d'urgence et d'assistance à personne en danger permet au pharmacien d'officine, s'il s'en sent capable, de réaliser cet acte.

Les pharmaciens doivent être vigilants dans le cas de situation d'urgence médicale pour ne pas agir en dehors du cadre légal.

III. Les formations

A. Les formations de base et leurs évolutions

1. Formation aux premiers secours et gestes qui sauvent

Depuis la parution du bulletin officiel du 24 août 2016(8), une instruction du ministre chargé de l'Éducation nationale et du ministère de l'Intérieur renforce la sensibilisation et la formation des élèves de l'école au collège et au lycée qui se décline :

- A l'école, par le dispositif « apprendre à porter secours » (APS)
- Au collège et au lycée, par la sensibilisation des élèves aux gestes qui sauvent (GQS) et la formation « prévention et secours civiques » de niveau 1 (PSC1)
- Au lycée, par la formation continue au PSC1 et la formation de sauveteur secouriste du travail (SST) pour les élèves des formations professionnelles.

Le dispositif « apprendre à porter secours » est un apprentissage des principes simples pour porter secours. Il est en lien avec la prévention des accidents de la vie courante.

La formation aux gestes qui sauvent dure deux heures et permet d'acquérir les premiers gestes d'urgence dans l'attente des secours.

Pour cela, les points évoqués sont :

- La protection et l'alerte
- Les hémorragies
- Les positions d'attente
- La perte de connaissance
- L'arrêt cardiaque

La formation de PSC1 est enseignée aux collégiens qui obtiendront un certificat de compétences. Il atteste de la capacité à prévoir les risques et reproduire les gestes élémentaires de secours aux personnes en situation de détresse physique.

Il existe une volonté de formations dès le plus jeune âge, de la population de demain dont certains seront des pharmaciens d'officine.

2. Journée défense et citoyenneté

Le service militaire a été remplacé par une journée défense et citoyenneté (JDC).

Lors de cette journée, il est enseigné entre autres à apporter les premiers secours à une victime d'un arrêt cardio-respiratoire. Il est enseigné l'utilisation du défibrillateur et la pratique du massage cardiaque.

Cette formation d'une heure lors de cette journée n'a pas pour vocation de former des secouristes mais de permettre la prise en charge d'une victime d'un arrêt cardiorespiratoire.

Cette formation a été arrêtée avec la mise en place de formation aux premiers secours et gestes qui sauvent(9).

3. AFGSU

Durant les études médicales, pharmaceutiques et paramédicales, il est obligatoire d'être formé aux gestes de premiers secours via l'AFGSU 2. En effet, l'article 1 de l'arrêté du 03 mars 2006(10) stipule que les *professionnels et les étudiants en santé doivent être formés aux gestes de premiers secours*. Cette formation sera validée en fonction des connaissances de la personne évaluée ainsi que de sa manière de gérer différentes situations simulées.

Cette formation encadrée par des professionnels du SAMU a pour vocation de nous permettre de potentiellement sauver la vie d'une personne. Pour cela, on apprend à nous familiariser avec le matériel (défibrillateur, Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle BAVU...) ainsi que les techniques qui nous permettront d'optimiser la prise en charge d'une victime.

Ainsi par groupe de dix personnes maximums, il est étudié les dispositifs et les gestes techniques à réaliser en fonction de chaque situation pouvant être rencontrées.

Nous avons pu travailler sur les situations les plus courantes telles que l'arrêt cardio-respiratoire avec la mise en place d'un mannequin qui permet de simuler le massage cardiaque, ainsi que l'utilisation du défibrillateur et du BAVU.

Une autre situation enseignée a été la réaction allergique. Le diagnostic ainsi que les traitements ont été traités lors de l'enseignement. Dans le cas d'un œdème de Quincke, il a été enseigné de pratiquer une injection d'adrénaline par voie parentérale. Les différents stylos injectables d'adrénaline ont été testés afin d'être à l'aise pour pratiquer une injection si besoin.

L'objectif de cette AFGSU 2 est l'acquisition de connaissances nécessaires à l'identification d'une urgence à caractère médicale et sa prise en charge en équipe, en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée de l'équipe médicale.

Les différentes formations FGSU se différencient par la population ciblée. En effet, les formations deviennent de plus en plus spécifiques et ne visent pas toutes le même corps de profession.

- AFGSU 1

L'AFGSU 1 est une formation destinée aux personnels non médicaux et non paramédicaux travaillant dans des établissements médico-sociaux.

L'objectif de cette formation est d'identifier une urgence à caractère médical. La finalité est une prise en charge seul ou en équipe en attendant l'arrivée d'une équipe de secours médicale.

Cette formation comporte 3 modules.

Le premier module s'organise sur six heures et se déroule sous la forme d'un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales en lien avec les recommandations médicales françaises de bonne pratique.

Il permet d'identifier un danger immédiat dans l'environnement et de mettre en œuvre une protection adaptée, au quotidien ; d'alerter le SAMU ou le numéro interne à l'établissement de santé dédié aux urgences vitales, de transmettre les observations et de suivre les conseils donnés.

Nous allons pouvoir identifier l'inconscience, assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée ; identifier un arrêt cardiaque et réaliser une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) de base avec matériel (défibrillateurs semi-automatiques (DSA), défibrillateurs automatiques (DA)). Nous serons également capables d'identifier une obstruction aiguë des voies aériennes pour réaliser les gestes adéquats ou arrêter une hémorragie externe.

Le second module dure trois heures et s'organise avec un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences potentielles.

Nous allons identifier les signes de gravité d'un malaise, d'un traumatisme osseux ou cutané et effectuer les gestes appropriés. Nous connaissons les signes de gravité d'une brûlure et les actions à mener en conséquence. Le module permet de participer au relevage et au brancardage.

Nous pourrions appliquer les règles élémentaires d'hygiène et en l'absence d'un médecin proche, demander conseil au SAMU ou appeler le numéro interne dédié en transmettant les observations en respectant les règles déontologiques et professionnelles tout en suivant les conseils donnés.

Le troisième module se présente sous forme d'un enseignement relatif aux risques collectifs, et dure trois heures. Il nous permet d'identifier son rôle en cas de déclenchement de plan blanc et d'être sensibilisé aux risques Nucléaire Radiologique Biologique et Chimique.

Le plan blanc est un dispositif de crise qui permet à l'établissement qui le déclenche de mobiliser tous les moyens de toute nature dont il dispose immédiatement.

- 1er module : enseignement pratique concernant les urgences vitales
 - 2ème module : enseignement aux urgences potentielles
 - 3ème module : enseignement aux risques collectifs
-
- AFGSU 2

Ce niveau 2 est destiné aux professionnels de santé qui pourront effectuer les soins de premier secours en utilisant des techniques non invasives en attendant l'arrivée des secours médicaux.

Ce niveau comporte également trois modules. La totalité des modules dure neuf heures (chaque module dure trois heures).

Le premier module est organisé sous forme d'enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences vitales.

Il nous permet d'identifier un arrêt cardiaque et de réaliser une réanimation cardiopulmonaire avec le matériel prévu (chariot d'urgence, matériel embarqué...) en lien avec les recommandations médicales françaises de bonne pratique ou de mettre en œuvre des appareils non invasifs de surveillance des paramètres vitaux.

Il nous permet également d'appliquer les procédures de maintenance et de matériovigilance des matériels d'urgence.

Le deuxième module est un enseignement pratique relatif à la prise en charge des urgences potentielles.

Il y est enseigné la mise en place de matériel d'immobilisation adapté à un traumatisme ; à enlever un casque intégral ; à effectuer un relevage et un brancardage ; à faire face à un accouchement inopiné et à appliquer les règles de protection face à un risque infectieux.

Le troisième module s'articule autour d'un enseignement théorique et pratique relatif aux risques collectifs. Il permet de participer à la mise en place de plans sanitaires ; de s'intégrer dans la mise en œuvre des plans de secours et des plans blancs selon le rôle prévu pour la profession exercée ou d'identifier son rôle en cas d'activation des annexes NRBC, de se protéger par la tenue adaptée prévue.

Les modules de l'AFGSU 1 et 2 peuvent être adaptés en fonction du stade de connaissance des participants acquis antérieurement.

- AFGSU 3

Cette formation est destinée aux professionnels de santé et aux personnels ayant vocation à intervenir en cas de situation sanitaire exceptionnelle. En effet, c'est une formation spécialisée ayant pour objectif l'acquisition de connaissances nécessaires à la participation adaptée à la gestion de crise en situation de risque sanitaire NRBC.

Le niveau 3 est un ensemble de modules indépendants les uns des autres axé sous forme d'enseignement théorique et pratique relatif au risque collectif.

Les modules enseignés sont :

- principes d'organisation sanitaire en situation exceptionnelle
- prise en charge d'une urgence collective en préhospitalier
- prise en charge d'un afflux massif de victimes en établissement de santé
- stratégie médicale de damage control
- urgences médico-psychologiques
- moyens de protection individuels et collectifs NRC et décontamination d'urgence
- décontamination approfondie
- prise en charge des patients victimes d'agents nucléaires, radiologiques et chimiques
- prise en charge des patients présentant un risque épidémique et biologique en établissement de santé
- prise en charge des patients présentant un risque épidémique et biologique en établissement de santé de référence

Il permet d'appliquer les procédures individuelles et collectives de protections aux risques NRBC et de participer à la chaîne de décontamination.

En résumé :

AFGSU 1	AFGSU 2	AFGSU 3
Population non médicale ou paramédicale	Population médicale	Population médicale
Dure douze heures et comporte trois modules	Dure neuf heures et trois modules	Onze modules indépendant
Identification des urgences	Prise en charge des victimes en attendant les services d'urgence	Participation à la gestion de crise en cas de risque sanitaire

L'attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence a une durée de validité de quatre ans. L'attestation peut être prolongée de quatre années supplémentaires via une actualisation des connaissances sous la forme d'exercices ou d'entraînement qui dure une demi-journée.

Cet arrêté a été abrogé par l'arrêté du 30 décembre 2014 pour que des modifications soient apportées.

Dans les modifications apportées, il y a la mise en place de cet enseignement de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 dans le cursus des étudiants en profession de santé mentionnée dans la quatrième partie du code de la santé publique.

Les intitulés des points de la formation ont été optimisés (exemple : anciennement : faire face à un accouchement inopiné ; adapté : prendre les mesures adaptées pour la mère et pour l'enfant face à un accouchement inopiné).

Le niveau 3 de la FGSU était une formation centrée sur les risques sanitaires NRBC. Elle s'intitule formation et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle.

Ce niveau est composé de onze modules regroupés en trois catégories. La première regroupe les principes d'organisation sanitaire en situation d'exception. La deuxième catégorie enseigne les moyens de protection individuels et collectifs face à des victimes potentiellement contaminées. La troisième catégorie a pour objectif la mise en œuvre d'une unité de décontamination hospitalière.

B. Les Formations spécifiques

En dehors des formations obligatoires enseignées dans le cursus de pharmacien, il existe d'autres formations de secourismes qui sont plus complètes que les formations précédentes. Un des points enseignés est la réalisation d'un bilan.

1. Premier Secours en Equipe (PSE)(11)

Cet enseignement dure 35 heures divisé en plusieurs parties. Il est composé des points suivants :

- le secouriste avec son rôle et ses responsabilités, son attitude ; le matériel et les dispositifs de secours.
- la chaîne des secours avec les étapes de la prise en charge d'une victime et les acteurs de l'organisation des secours
- la sécurité individuelle du secouriste, la sécurité de la zone d'intervention et des personnes s'y trouvant, et la sécurité collective face à un risque majeur
- la transmission de l'alerte
- l'obstruction brutale des voies aériennes, obstruction totale chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson ; l'obstruction partielle des voies aériennes
- l'hémorragie et ses conséquences ; la compression directe ; le garrot et la section de membre ; les hémorragies extériorisées
- l'inconscience, signes et principes de l'action de secours ; la victime est inconsciente et respire ; un malade est inconscient et respire ; un blessé est inconscient et respire
- l'arrêt cardiaque et principes de l'action de secours ; RCP de l'adulte à un secouriste ; RCP de l'enfant à un secouriste ; RCP du nourrisson à un secouriste ; RCP d'une victime à un ou deux secouristes avec matériel
- la chaîne de survie et la défibrillation automatisée externe (DAE) ; le DAE ; RCP avec DAE de l'adulte à deux secouristes

- les détresses vitales : l'interaction des fonctions vitales ; recherche et identification d'une détresse vitale ; la conduite à tenir devant une victime qui présente une détresse vitale
- les malaises et la maladie
- les accidents de la peau
- les traumatismes des os et articulations
- la noyade
- la surveillance et l'aide au déplacement

Le but n'étant pas ici de détailler toutes les parties de cette formation. Cet enseignement est plus complet qu'une formation d'AFGSU 2.

Il est enseigné comment un secouriste doit agir dans le cas où il est seul face à une victime ou s'il est en équipe.

Un facteur important est le devoir de maintien des connaissances et de compétences du secouriste. Pour ce faire, de nombreuses séances de formation continue sont disponibles. Ce maintien d'activité permet d'améliorer ses missions futures, de mieux coordonner son action et de prendre connaissance des nouvelles techniques et procédures. La fréquence de renouvellement est annuelle.

La notion de chaîne des secours est enseignée dans cette formation. Il est important de connaître les différents acteurs et les maillons de la chaîne de secours.

La chaîne de secours est définie comme une succession d'actions réalisées par les différents acteurs dont le but est de prendre en charge les victimes avant l'admission hospitalière.

Les maillons de la chaîne de secours sont :

- la sécurité
- l'alerte des services de secours
- la réalisation des gestes de secours d'urgence par un témoin
- la mise en œuvre des gestes de secours en équipe
- la prise en charge médicale pré-hospitalière
- la prise en charge hospitalière

La réalisation des gestes de secours d'urgence par un témoin comme ceux de la réanimation cardio-respiratoire (RCP), améliore les chances de survie des victimes. Cela permet de maintenir en vie ou d'éviter une aggravation de leur état avant l'arrivée des équipes de secours ou de l'équipe médicale de réanimation préhospitalière.

Ensuite les équipes spécialisées interviennent. Elles sont dotées de matériel de prise en charge des détreesses ce qui leur permet de dispenser des soins d'urgence, de stabiliser l'état de la victime et d'attendre sous surveillance étroite un avis ou une intervention médicale avant son transport, médicalisé ou non, vers une structure hospitalière d'accueil.

La mise en œuvre de la chaîne de secours dépend notamment de la qualité et de la précocité de l'alerte. Le défaut d'un seul des maillons de la chaîne des secours affaiblit l'ensemble de celle-ci et diminue les chances de survie de la victime.

Le secouriste est, par sa formation, un acteur essentiel de la chaîne de secours.

Les différents acteurs de la chaîne de secours en France sont :

- le citoyen
- les réserves communales de sécurité civile
- les médecins libéraux et entreprises de transport sanitaire agréées
- les associations agréées de sécurité civile
- les services de la gendarmerie nationale et de la police nationale
- les services départementaux d'incendie et de secours et des forces militaires de sécurité civile
- les services d'aide médicale urgente
- les services hospitaliers publics et privés d'accueil des urgences

Le chapitre sur les détreesses vitales est un point essentiel de la formation. On apprend qu'il y a trois fonctions vitales :

- la fonction nerveuse
- la fonction respiratoire
- la fonction circulatoire

La fonction nerveuse a pour rôle de maintenir la personne en état de conscience, de permettre les mouvements (motricité) et la perception (sensibilité), de commander les mouvements respiratoires et de protéger les voies aériennes grâce à des réflexes qui sont le réflexe de déglutition (dans le but d'avaler sa salive), le réflexe de toux qui permet d'expulser des liquides ou petites particules des voies aériennes et le réflexe de fermeture de la glotte qui empêche le passage des aliments et des liquides

dans les poumons et qui est aussi mis en œuvre lors de la survenue de vomissements pour éviter une inhalation de ces derniers.

La fonction respiratoire a pour rôle d'apporter en permanence de l'oxygène à l'organisme en puisant ce dernier dans l'air ambiant qui possède à une concentration de 21% et en le transportant au niveau des alvéoles pulmonaires avant qu'il ne soit pris en charge par la circulation sanguine. Elle permet aussi d'évacuer le dioxyde de carbone dans le sang vers l'extérieur de l'organisme.

La fonction circulatoire va grâce à la circulation du sang dans les vaisseaux sanguins permettre de transporter de l'oxygène des poumons vers les tissus, de transporter l'énergie extraite des aliments pour l'amener vers les cellules, de recueillir le dioxyde de carbone puis de le transporter vers les poumons pour être éliminé et de recueillir les déchets des aliments et de les éliminer, entre autres, dans les urines.

Que se passe-t-il lors d'une défaillance d'une des fonctions vitales ?

Une perturbation brutale et grave d'une fonction vitale également appelée détresse vitale, entraîne la perturbation des autres fonctions vitales.

Les trois fonctions sont étroitement liées et toute altération de l'une entraîne une perturbation des autres.

La détresse vitale est définie comme une atteinte d'une ou plusieurs des trois fonctions vitales de l'organisme.

Pour rechercher une détresse vitale, il y a 6 points à examiner :

- Evaluer l'orientation de la victime et rechercher une perte de connaissance :
- Evaluer la motricité
- Examiner les pupilles
- Evaluer la respiration (fréquence, amplitude, régularité)
- Evaluer la circulation avec le pouls (fréquence, amplitude, régularité)
- Apprécier l'aspect de la peau et des muqueuses (couleur, température, humidité)

Ceci ressemble en tout point à un bilan réalisé par les pompiers.

2. Secours d'Urgence Aux Personnes (SUAP)

Il existe une activité peu connue : le Pharmacien de Sapeur-Pompier.

Le Pharmacien de Sapeur-Pompier peut avoir deux statuts :

- Professionnel : en temps plein, il doit être titulaire du Diplôme d'Études Spécialisées en pharmacie qui est un concours via la filière internat.
- Volontaire : en temps partiel, il nécessite le diplôme de pharmacien.

Le Pharmacien Sapeur-Pompier est formé aux gestes de secourisme par des formateurs agréés avec le SUAP.

a) *Le bilan circonstanciel*

Le sapeur-pompier appelé pour une intervention va commencer par faire un bilan structuré et rapide avant de prendre en charge la victime(12).

Le **bilan circonstanciel** est le premier bilan effectué sur le lieu de l'intervention. Il consiste en une observation de la scène de l'incident et au recueil des informations concernant la ou les victimes et leur environnement.

Il s'agit de faire un point global de la situation.

Le bilan circonstanciel permet de répondre aux questions suivantes :

- Que s'est-il passé ?
- Existe-t-il un danger ?
- Les secours sont-ils suffisants pour le moment ?
- Les informations initiales en ma possession sont-elles correctes ?

Ces informations permettent de :

- déterminer la nature de l'intervention
- identifier les risques éventuels et assurer si nécessaire la sécurité de la victime et de l'intervention (protection des lieux de l'accident, prévention du suraccident, extraction d'une victime d'un milieu potentiellement hostile)
- évaluer rapidement le nombre de victime et l'état apparent des victimes
- demander des moyens de secours complémentaires
- compléter et corriger les informations de départ

b) Le bilan primaire XABCDE

Après ce bilan circonstanciel, le sapeur-pompier va pouvoir initier le bilan primaire. Ce nouveau bilan débute par l'observation rapide de la victime au cours de laquelle des mesures immédiates peuvent être prises si la santé de la victime en dépend.

Le bilan primaire est un bilan rapide basé sur l'anagramme : XABCDE

- **X: exsanguination: on va rechercher une hémorragie massive**
- **A: airways: on va chercher une obstruction des voies aériennes**
- **B: breathing: on va chercher des détresses respiratoires**
- **C: circulation: on va chercher des détresses circulatoires**
- **D: disability: on va chercher des détresses neurologiques**
- **E: environnement: on va chercher à protéger la victime**

Nous allons voir tous les examens à réaliser et les gestes à effectuer pour mener à bien le bilan primaire.

- Exsanguination

Dans ce bilan nous allons rechercher dans un premier temps, s'il existe une ou des hémorragies externes visibles.

Les critères de gravité d'une hémorragie sont le fait que cette hémorragie n'est pas contrôlée, qu'il y ait plusieurs foyers hémorragiques ou un seul très important.

Pour secourir une victime face à une hémorragie, il va falloir arrêter le saignement soit par appui manuel, ou la pose de pansement compressif ou d'un garrot.

- Airways: gestion des voies aériennes

On va chercher à regarder si les voies aériennes supérieures sont libres. Un moyen simple de savoir si elles sont libres est que la victime est capable de parler correctement.

Un des moyens pour libérer les voies aériennes peut être de stabiliser le rachis surtout si la victime a subi un traumatisme.

On va chercher des critères de gravité tels qu'une obstruction complète des voies aériennes ou si les voies aériennes sont menacées car la victime est inconsciente.

Les gestes à effectuer pour libérer les voies aériennes sont multiples suivant les situations.

La libération des voies aériennes se fait par une bascule de la tête en arrière ou par une sub-luxation du menton chez le traumatisé.

Dans le cas d'une obstruction totale des voies aériennes, on va procéder à une manœuvre de désobstruction comme la manœuvre d'Heimlich.

Si l'obstruction est liée à un objet dans la cavité buccale, on retire l'objet avec les doigts et si l'obstruction est liée par la présence de liquide, on va utiliser un aspirateur à mucosités.

- Breathing:

Dans ce domaine, la qualité de la respiration est évaluée. Pour cela, on va apprécier la fréquence respiratoire (lente, normale ou rapide) et regarder la symétrie de la respiration sur une période de dix secondes.

Les critères de gravité sont l'absence de mouvements respiratoires, une fréquence ou une amplitude respiratoire anormale, une asymétrie des mouvements, la présence d'une plaie ou une déformation du thorax, l'impossibilité de faire une phrase complète sans reprendre son souffle et une saturation en oxygène SpO₂ en dessous de l'objectif (< 94%) sous oxygénothérapie.

On va surveiller la saturation en oxygène via un saturomètre au bout du doigt chez les adultes et via un saturomètre frontal chez les nourrissons.

Afin de mener à bien le bilan, il faut observer l'amplitude des mouvements, s'il y a des efforts respiratoires comme le tirage, une symétrie des mouvements respiratoires, des signes éventuels de détresse comme la cyanose ou des sueurs. Il peut y avoir des signes de contusions, des plaies, de l'emphysème. Il faut prendre en considération les bruits respiratoires ainsi que les plaintes émises par la victime.

Il faudra installer la victime en position demi-assise s'il existe des signes de détresse respiratoire.

- Circulation:

On va évaluer la qualité de la circulation sanguine. On doit faire attention aux critères de gravité tels que la fréquence cardiaque anormale (< 40 ou > 120 pulsations/min), une absence de pouls radial, une hémorragie externe, des signes d'hémorragies internes ou des signes accompagnants de type cutanés (marbrures, pâleurs ou peau froide), la soif ou un temps de recoloration cutané allongé (> 2 secondes).

La recherche d'un pouls radial se fait sur dix secondes ce qui permet de qualifier s'il est lent, normal ou rapide. On peut qualifier les battements tels que fuyant ou bien frappés et s'ils sont réguliers. En l'absence de pouls radial, on se focalisera sur le pouls carotidien.

- Disability : déficit neurologique

Le cinquième bilan est la recherche d'une atteinte neurologique.

Les critères de gravité d'une atteinte neurologique sont les convulsions répétitives, des pupilles asymétriques et/ou aréactives, une altération sensitive ou motrice ou une glycémie capillaire inférieure à 0,06 g/L.

Pour évaluer l'état de conscience d'une victime, on emploie le **score AVPU** :

- **A (alerte) : la victime est alerte**
- **V (verbal) : la victime ne réagit qu'à la stimulation verbale**
- **P (pain) : la victime ne réagit qu'au stimulus douloureux**
- **U (unresponsive) : la victime ne réagit pas, elle est aréactive**

On peut rechercher d'autres signes d'atteintes neurologiques comme une confusion, une désorientation spatio-temporelle, une agitation ou une perte de connaissance. Il faut observer comment réagissent les pupilles face aux stimuli lumineux et rechercher une asymétrie.

- Environnement :

On va examiner les lésions potentielles et le but est de maintenir une température corporelle normale. Les signes d'hypothermie ou d'hyperthermie font partie des signes de gravité. Tout traumatisme pénétrant ou contondant pouvant entraîner une détresse vitale est un signe de gravité, tout comme des brûlures étendues et des plaies graves.

Il faut se méfier des signes cutanés comme un œdème, un hématome, une douleur à la palpation ou une déformation.

Afin d'exposer les lésions de la victime, il faut ouvrir ou retirer les vêtements de la victime à la recherche d'éventuelles lésions potentiellement vitales. Suite à cela, il est possible d'examiner le corps entier, de la tête aux pieds.

Nous devons préserver la température corporelle de la victime.

L'objectif du bilan primaire d'une victime est d'identifier la ou les détresses vitales évidentes et permettre ainsi de réaliser des gestes salvateurs en complément d'une régulation médicale rapide. La victime en urgence absolue ainsi prise en charge verra ses chances de survie augmentées ou à défaut stabilisées dans l'attente de moyens médicaux complémentaires ou de son évacuation vers une structure de soins adaptée.

Si aucune détresse n'a été mise en évidence, ou dès que l'état de la victime le permet, les sapeurs-pompier devront compléter le bilan primaire par le bilan secondaire.

c) Le bilan secondaire

Après le bilan primaire effectué et les risques vitaux écartés, le bilan secondaire peut commencer. Il permet de repérer des atteintes moins graves qui n'auront pas été découvertes initialement, le tout en continuant de surveiller les premiers gestes effectués.

Ce bilan commence par une mesure des paramètres vitaux, un interrogatoire, puis un examen en profondeur de chaque partie du corps tout en réévaluant continuellement les éléments du bilan primaire dans l'ordre XABCDE.

La fréquence ventilatoire est le premier paramètre à mesurer. Nous allons la mesurer sur une minute en qualifiant l'amplitude et la saturation en oxygène.

Une fréquence cardiaque va être étudiée pendant une minute. Sa qualité, la régularité du pouls et la pression artérielle sont les critères à diagnostiquer.

Suivant les circonstances, nous pouvons être amené à mesurer la température corporelle, la glycémie capillaire ou le taux de CO expiré.

Après la mesure des paramètres vitaux, un interrogatoire est mené. Cet **interrogatoire, appelé M.H.T.A. (Maladie, Hospitalisation, Traitement, Allergies)** permet de faire un point et pour cela nous allons chercher à savoir si la victime a des antécédents médicaux ou chirurgicaux, si elle a été hospitalisée, récemment ou non.

Les traitements en cours sont à explorer, ainsi que l'observance et les éventuels changements de traitements. Ce point est très important.

Si des allergies sont connues, il est nécessaire de les prendre en compte.

Après ce premier interrogatoire, nous allons chercher à en savoir plus sur les circonstances de l'incident avec un deuxième questionnaire intitulé **P.Q.R.S.T (Provoqué par, Qualité, Région, Sévérité, Temps)**.

- **“P” : le but est d'identifier l'origine des symptômes et si possible en connaître le mécanisme**
- **“Q” : on veut connaître le type de douleur ainsi que le ressenti que cela induit.**
- **“R” : on va faire un état des régions touchées par l'incident**
- **“S” : pour la quantifier, on va utiliser une échelle de la douleur ou EVA**
- **“T” : cet indicateur permet de savoir depuis combien de temps s'est déroulé l'incident ou à partir de quelle heure et si l'incident s'est déroulé plusieurs fois**

Avec ces questionnaires, on va pouvoir aider au diagnostic et à la prise en charge. Par la suite, nous allons réaliser l'examen complet.

d) Examen complet

Cet examen a pour but de faire un check-up de chaque région du corps et de manière approfondie. Pour mener à bien l'examen, nous allons utiliser la méthode : regarder, écouter, palper.

L'examen va commencer par la région du crâne où nous allons méticuleusement contrôler le cuir chevelu, les oreilles, les yeux, les os du crâne et de la face. Au niveau de la sphère buccale, nous allons checker les mâchoires, la langue et les dents.

Il va falloir chercher des contusions, des saignements, des plaies, des douleurs, des déformations, une perte de sensibilité ou de motricité, des troubles de la vision ou des maux de têtes.

Au niveau du cou, on va rechercher des contusions, des saignements, des plaies, des éraflures, des douleurs ou des déformations. Il faut être vigilant au niveau de l'examen des cervicales avec une palpation prudente.

Dans la région thoracique, les points à surveiller sont les asymétries de mouvement, un tirage, des contusions, des éraflures, des douleurs, des déformations, de l'emphysème, une plaie soufflante et des bruits respiratoires anormaux.

Ensuite un contrôle de la région de l'abdomen est nécessaire. Nous allons chercher à déceler au niveau de la peau des ecchymoses, des hématomes ou des plaies. La région abdominale va être segmentée en 4 quadrants avec le nombril comme point d'intersection de ces 4 quadrants.

La région périnéale est ensuite auscultée avec une recherche d'éventuelles contusions, d'éraflures, d'hématomes.

Il faut être vigilant à la présence d'urines, de matière fécale ou de liquide amniotique.

Le dos doit être examiné à la recherche de contusions, de douleurs à la palpation du rachis, de déformations ou d'éventuelles plaies et éraflures.

En dernier lieu, il faut contrôler les membres. Nous commençons par la racine des membres et nous nous dirigeons vers leurs extrémités. Chaque os et articulation doit être examiné. Nous allons rechercher des déformations, des contusions, des hématomes, la présence de douleurs ou une perte de sensibilité ou une motricité anormale.

Il est important d'observer l'état de la peau en cherchant la présence de plaies ou de marbrures.

e) Surveillance

Cette surveillance est permanente. Elle a pour but de réévaluer l'état de la victime selon la méthode XABCDE (bilan primaire) puis du bilan secondaire si nécessaire.

Le sapeur-pompier doit durant cette phase :

- parler à la victime, en lui expliquant ce qui se passe pour la reconforter
- apprécier son état de conscience
- rechercher une modification de ses plaintes
- apprécier l'aspect de sa peau et de ses conjonctives
- contrôler la qualité de la fonction respiratoire et circulatoire
- contrôler l'évolution des signes particuliers relevés lors du bilan

La mesure des paramètres vitaux va se faire toutes les 10 minutes si la victime n'est pas en détresse vitale sinon la fréquence de mesure sera de 5 minutes.

Si l'état de la victime s'aggrave, il faut effectuer les gestes de secours adaptés et transmettre le nouveau bilan à la régulation médicale par la suite.

C. La Formation continue

Via les formations DPC(13), il existe des formations sur les gestes de premiers secours. Lors de ces formations, le but du programme est de maîtriser les gestes et d'avoir les connaissances dans la prise en charge d'une victime.

Pour cela, ces organismes de formations travaillent sur diverses situations. Ces situations permettent une prise en charge globale d'une victime.

Il est enseigné des techniques de protection de victime mais aussi la population alentour si besoin. Le passage de l'alerte est aussi travaillé afin d'être le plus précis possible lors de l'interrogatoire fait par le Centre de Réception et de Régulation d'Appel du SAMU (CRRA) ou le Centre de Traitement d'Appel des Pompiers (CTA).

L'examen de la victime fait aussi partie de l'axe de travail de ces formations.

Dans un deuxième temps, la formation va être axée sur la prise en charge de la victime dans les différents accidents :

- les brûlures et les plaies
- l'obstruction des voies aériennes
- l'hémorragie externe
- l'arrêt cardiaque, le massage cardiaque et la défibrillation
- les malaises
- le traumatisme des os et des articulations
- la perte de connaissance

La validation de cette formation permet l'obtention du PSC1 (Prévention et Secours Civiques de niveau 1).

Afin de faciliter l'enseignement relatif aux gestes de premiers secours, il existe une équivalence entre AFGSU et PSC1 via l'article 3.1 de l'arrêté du 23 août 2019(14) (modifiant l'arrêté du 24 juillet 2007). *Les titulaires de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 ou 2 sont considérés comme titulaires, par équivalence, à l'unité d'enseignement "prévention et secours civiques de niveau 1".*

En somme, le pharmacien d'officine doit être bien préparé pour faire face aux urgences vitales en combinant des compétences médicales et techniques. La formation continue et la participation à des exercices pratiques peuvent grandement contribuer au développement de ces compétences.

IV. Étude de cas : Perceptions et attentes des pharmaciens

A. Introduction avec l'article de Pascal CASOURANG

Un article est paru en 1996 dans la revue Actualités pharmaceutiques (15), où un pharmacien d'officine, Pascal Casaurang, a recensé les interventions réalisées dans sa pharmacie pendant 240 semaines auprès de la patientèle. Il s'est avéré que la majorité était des interventions et de soins d'urgence. En fonction des interventions réalisées, il les a classées en quatre catégories qui sont :

- accidents sur la voie publique et urgences
- soins et conseils sur plaies (sauf urgences)
- intoxication par médicaments
- accompagnement d'urgence en unité de soins

La catégorie accidents sur la voie publique et urgences représente la majorité des interventions (194 sur 229). On note également qu'il a dû agir sur en moyenne une intervention par semaine d'observation. Cela montre l'importance de l'action des pharmaciens dans le cadre de la chaîne de secours.

On se rend compte aussi que les patients n'hésitent pas à venir à la pharmacie dans le cadre de soins allant du soin de première nécessité jusqu'à l'urgence.

Cet article met en évidence l'attente des patients vis-à-vis du pharmacien d'officine. Mais qu'en est-il de la perception du pharmacien d'officine face aux urgences de soins ?

B. Questionnaire réalisé à destination des pharmaciens d'officine : matériel et méthodologie

1. Schéma d'étude

L'étude a présenté un schéma de type observationnelle.

La réalisation a consisté à la diffusion d'un questionnaire à destination des pharmaciens d'officine. La période de diffusion du questionnaire a été du 01 mars 2024 au 30 avril 2024.

2. Objectifs

Ce questionnaire a pour objectif de faire un état des lieux sur les formations de gestes de premier secours dispensées aux pharmaciens d'officine et de faire une analyse de la perception et des attentes sur la formation de mes confrères pharmaciens.

3. Facteurs étudiés

Le questionnaire est subdivisé en sections. Chaque section correspond à des items différents. Cela permet, en fonction des réponses des participants, de cibler les questions.

- La première section permet d'avoir des informations générales sur le pharmacien d'officine participant : lieu d'exercice et ancienneté
- La deuxième section permet de savoir si les participants ont été formés aux gestes de premiers secours et à quelle(s) formation(s) ils ont participé.
- La troisième section fait état des formations afin de savoir si elles préparent au mieux face aux différentes urgences et si non un commentaire libre pour savoir quel serait l'axe d'amélioration des formations.
- La quatrième section interroge sur le renouvellement des formations
- La cinquième section est basée sur de la prise en charge d'urgence par les participants
- La sixième section fait un état de la dotation en matériel des pharmaciens participants
- La septième section interroge sur la connaissance de l'association PUPS
- La huitième section fait état de la volonté de formation des pharmaciens participants

4. Elaboration et validation du questionnaire

Ce questionnaire a été vu par 4 pharmaciens avant d'être publié.

J'ai réalisé un questionnaire sur Google Form. La plateforme permet de transmettre aisément le questionnaire via un lien internet et les réponses sont facilement exploitables.

Ce questionnaire se devait rapide et succinct pour obtenir le maximum de réponse.

5. Modalités de recrutement des pharmaciens

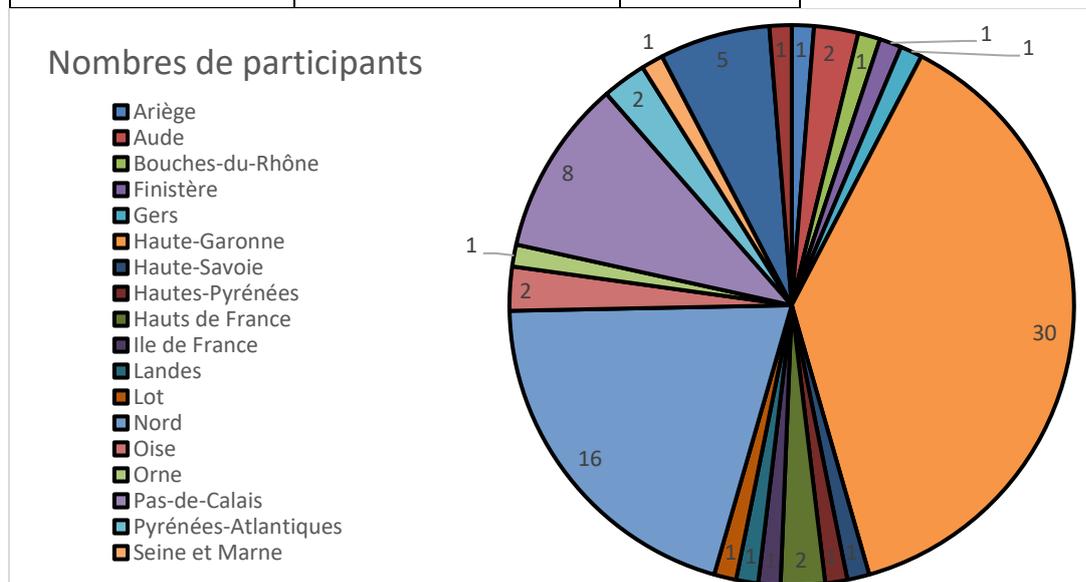
Le lien du questionnaire a été transmis via peu de plateforme.

Le premier envoi a été via le groupement « Elsie » grâce aux titulaires de la pharmacie où je suis employé.

La deuxième plateforme d'envoi a été via le grossiste répartiteur « OCP Toulouse ».

6. Analyse des résultats

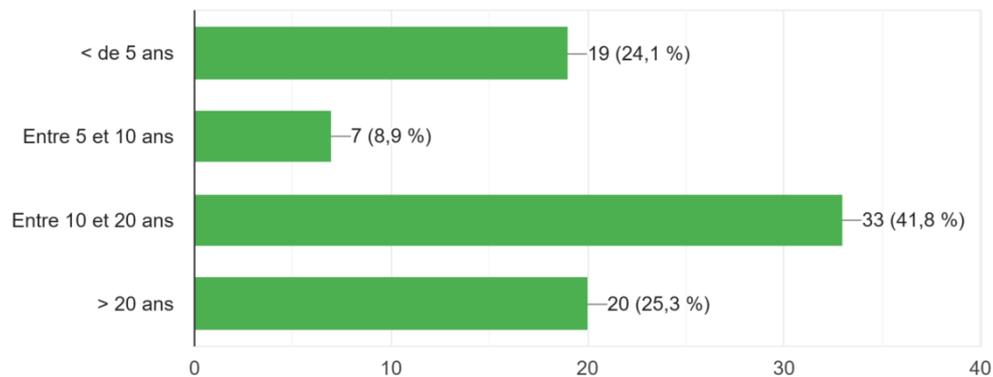
Départements	Nombres de participants	Pourcentage
Ariège	1	1.3
Aude	2	2.5
Bouches-du-Rhône	1	1.3
Finistère	1	1.3
Gers	1	1.3
Haute-Garonne	30	37.9
Haute-Savoie	1	1.3
Hautes-Pyrénées	1	1.3
Hauts de France	2	2.5
Ile de France	1	1.3
Landes	1	1.3
Lot	1	1.3
Nord	16	20.3
Oise	2	2.5
Orne	1	1.3
Pas-de-Calais	8	10.1
Pyrénées-Atlantiques	2	2.5
Seine et Marne	1	1.3
Tarn et Garonne	5	6.3
Val d'Oise	1	1.3



La première question permet de déterminer la localisation géographique des pharmaciens participants ayant répondu au questionnaire. Sur les 79 participants, la plus grande proportion de pharmaciens provient de Haute-Garonne (37.9%).

Depuis combien de temps êtes-vous Pharmacien?

79 réponses

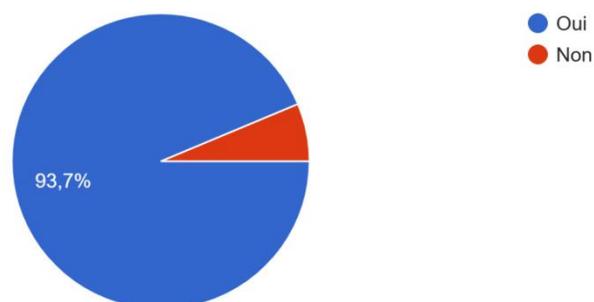


On peut observer que 33 pharmaciens ont entre 10 et 20 ans d'activité, 20 pharmaciens exerçant depuis plus de 20 ans talonné par 19 pharmaciens ayant moins de 5 ans d'exercice.

Seulement 7 pharmaciens ayant participé ont entre 5 et 10 ans d'activité.

Avez-vous été formé(e) au secourisme?

79 réponses



La question suivante demandait si les pharmaciens avaient été formés aux secourismes. Sur les 79 réponses, une très grande proportion a été formée (93,6 % = 73 réponses) et seulement 5 n'ont pas été formés.

Sur ces 5 pharmaciens non formés au secourisme, une personne a moins de 5 ans d'expérience en pharmacie. Cette réponse est surprenante du fait que chaque étudiant est formé via l'AFGSU 2 depuis l'année 2006. On peut supposer que ce pharmacien a oublié sa formation.

Pour les 4 autres réponses, 2 pharmaciens ont plus de 20 ans d'exercice et les 2 autres ont entre 10 et 20 ans d'exercice. Quand on sait que la mise en place de la formation obligatoire pour l'AFGSU 2 a eu lieu en 2006, il est donc possible qu'ils aient fini leurs études sans avoir été formés.

Concernant les 73 pharmaciens ayant été formés, j'ai essayé de savoir qu'elle(s) a(ont) été leur(s) formation(s). Il y avait 4 propositions :

- PSC1
- FGSU (1,2 et/ou 3)
- PSE 1
- Autre

Formations	Nombre de réponses
PSC1	26 (soit 35,6%)
FGSU	37 (soit 49,3%)
PSE 1	5 (soit 6,9%)
Autre	6 (soit 8,2%)

Concernant les réponses « Autre », il y a eu :

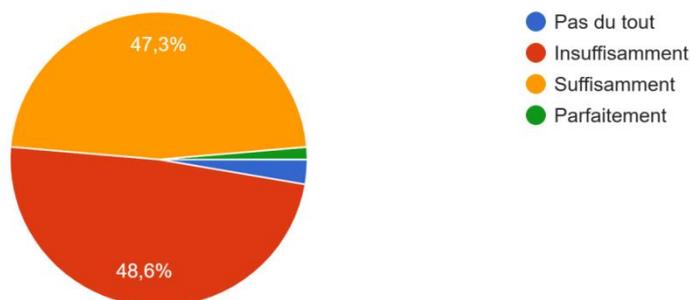
- 1 réponse pour AFPS
- 1 réponse pour BNS
- 1 réponse pour formation du soir
- 1 réponse pour la formation de premiers secours en officine
- 1 réponse pour formation adaptée à l'officine par les pompiers
- 1 réponse pour AFGSU 2 et PSE 2

Le Brevet National de Secourisme (BNS) est une formation qui a disparu depuis 1991 pour être remplacée par l'Attestation de Formation de Premier Secours (AFPS) à son tour remplacée par le PSC1. On peut donc estimer que 28 personnes ont une formation de PSC1.

On observe donc que les formations pour les pharmaciens sont diverses. Cependant il y a une majorité de participants qui ont été formés au PSC1 (38,4%) et à la FGSU (49,3%). Ceci s'explique en partie par la formation lors des études pour la FGSU et potentiellement via le DPC qui délivre une formation de PSC1. Il faut savoir que le PSC1 et la FGSU sont équivalents sur le plan de la formation.

Considérez-vous que cette (ces) formation(s) prépare(nt)-elle à faire face à une situation d'urgence

74 réponses



La question suivante posée est de savoir si les formations réalisées par les pharmaciens répondent à leurs attentes dans la prise en charge d'urgence.

Il y avait 4 choix de proposition :

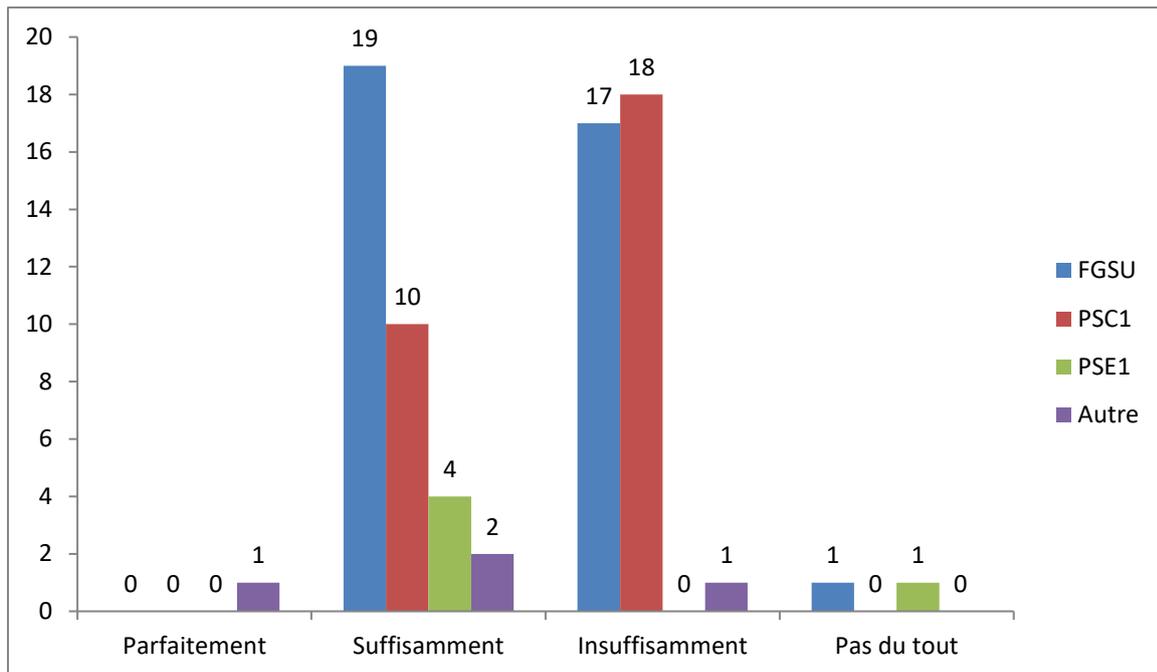
- Parfaitement
- Suffisamment
- Insuffisamment
- Pas du tout

Nous allons voir le taux de réponses pour chaque choix.

	FGSU	PSC1	PSE1	Autre
Parfaitement	0	0	0	1
Suffisamment	19	10	4	2
Insuffisamment	17	18	0	1
Pas du tout	1	0	1	0

Pour les réponses « autre » :

- La formation du soir répond insuffisamment aux attentes du pharmacien l'ayant pratiquée.
- La formation de premiers secours en officine répond suffisamment aux attentes du pharmacien l'ayant pratiquée.
- La formation adaptée à l'officine dispensée par les pompiers répond parfaitement aux attentes du pharmacien l'ayant pratiquée.
- Le pharmacien ayant validé l'AFGSU 2 et le PSE 2 considère que les formations sont suffisamment adaptées.



38 sur 74, soit plus de la moitié, considèrent que les formations ne sont pas adaptées à la prise en charge d'une victime.

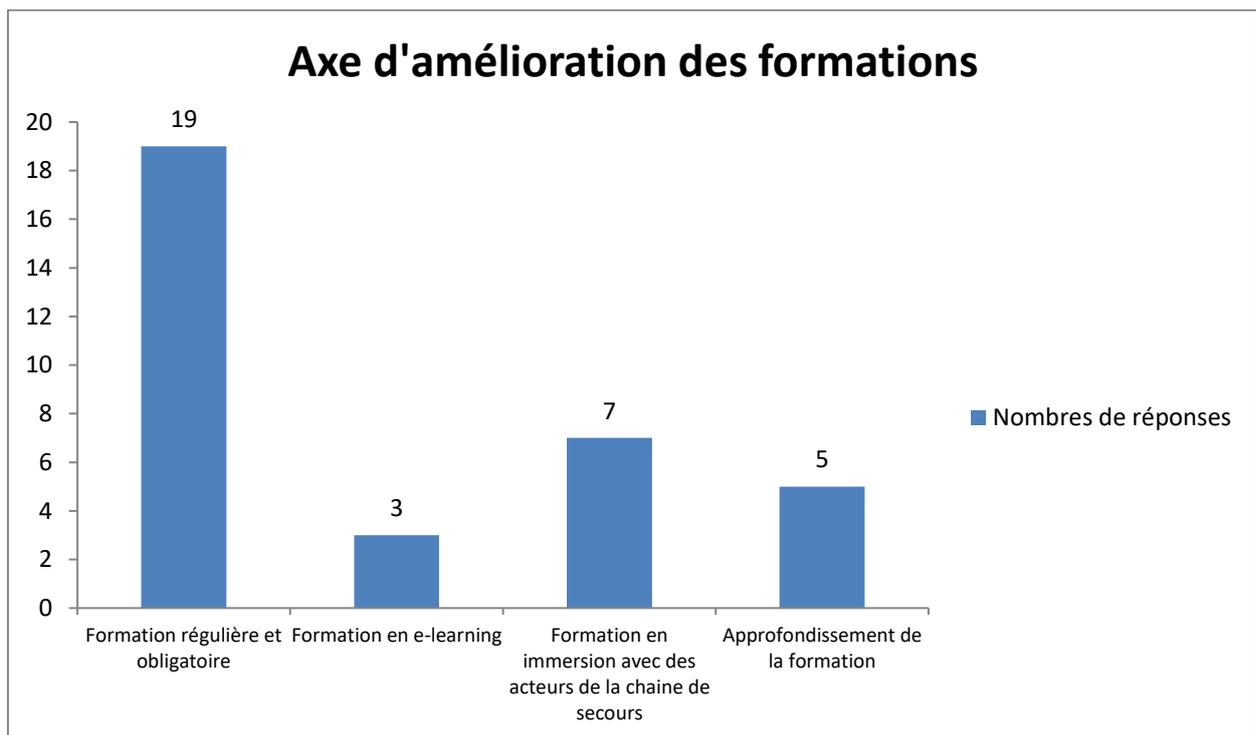
Pour les pharmaciens ayant répondu « insuffisamment » et « pas du tout » pour les formations, je leur ai demandé quel serait l'axe d'amélioration des formations. Les réponses étaient libres.

Les réponses sont disponibles en annexe 2.

Les réponses ont été regroupées dans différentes catégories pour être exploitables. En fonction des réponses, les catégories d'axe d'amélioration de la formation seraient :

- Formation régulière et obligatoire
- Formation en e-learning
- Formation en immersion avec des acteurs de la chaîne de secours
- Approfondissement des formations

Catégories	Nombres de réponses
Formation régulière et obligatoire	19 (soit 55,9%)
Formation en e-learning	3 (soit 8,8%)
Formation en immersion avec des acteurs de la chaîne de secours	7 (soit 20,6%)
Approfondissement de la formation	5 (soit 14,7%)



Avec les réponses émises par mes confrères, une suggestion revient avec 55,9% qui est la mise en place de formations régulières et obligatoires.

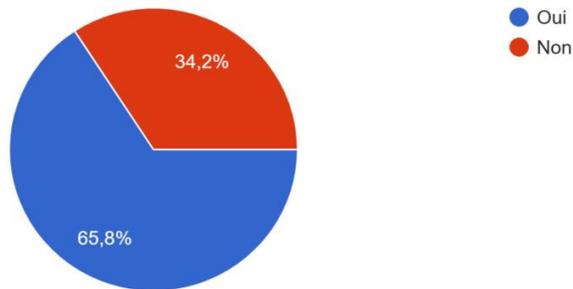
En effet, mise à part la formation réalisée dans le cadre des études, aucun renouvellement de l'attestation de la FGSU n'est obligatoire.

Un autre axe d'amélioration de formation serait de réaliser des immersions avec des acteurs de la chaîne de secours (20,6%) pour pouvoir se confronter en situation de stress et être confronté à l'urgence.

En ce qui concerne la demande d'approfondissement de la formation (14,7%), des formations plus poussées existent comme le PSE 1 et PSE 2. Ces formations sont axées sur la réalisation de bilans comme ceux pratiqués par les acteurs de la chaîne de secours.

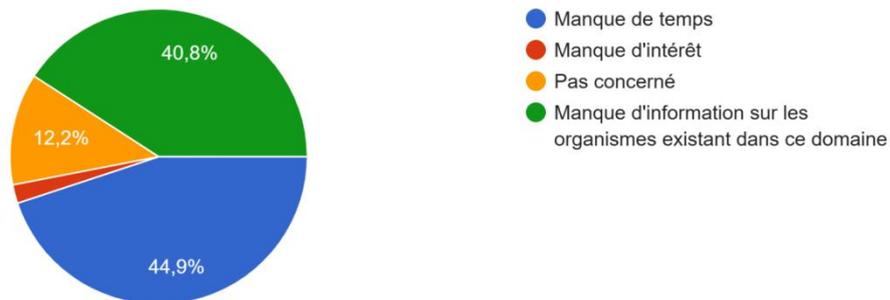
Savez-vous que ces formations sont à renouveler?

38 réponses



Pourquoi ne pas les avoir renouvelé(es)?

49 réponses

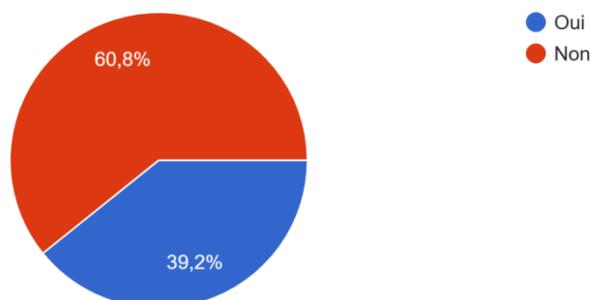


Les réponses sur le renouvellement de la formation ne sont pas exploitables en l'état. Le déroulé des questions ne s'est pas fait comme souhaité.

On peut cependant remarquer sur les réponses reçues que les pharmaciens ont peu de visibilité sur les organismes qui permettent de renouveler les formations de premiers secours mais que le premier point qui ressort sur le non-renouvellement des formations est surtout un manque de temps.

Avez-vous déjà pris en charge une personne victime d'une urgence vitale nécessitant l'intervention rapide du SAMU?

74 réponses

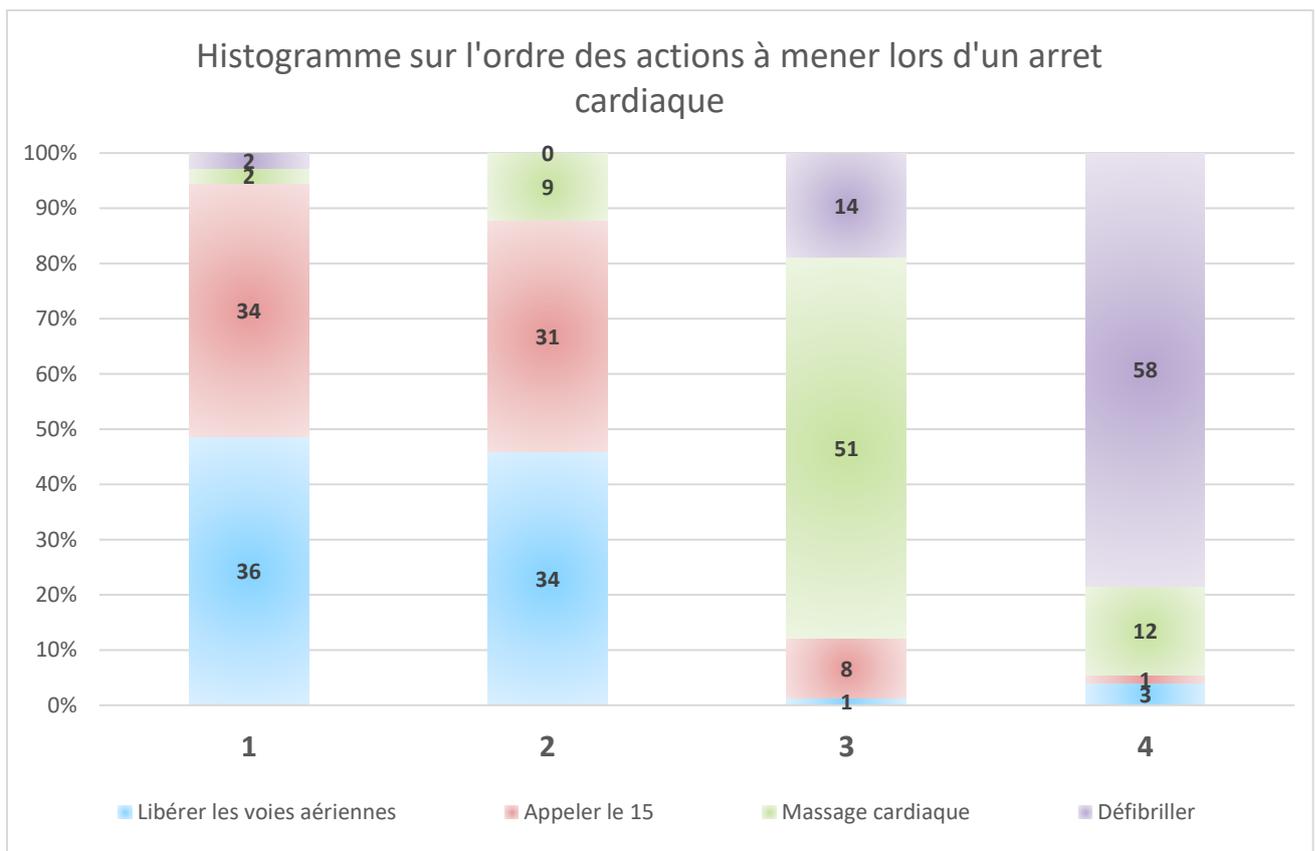


Le pharmacien d'officine étant un professionnel de santé de proximité et disponible, il me semblait intéressant de connaître la proportion de pharmaciens ayant été confrontés à une urgence vitale (ou plusieurs) nécessitant de contacter le 15.

Sur 74 réponses, 29 pharmaciens ont déjà contacté le 15 pour prendre en charge rapidement une victime d'urgence vitale. Cela représente plus d'un tiers des participants.

Cette proportion d'intervention des pharmaciens d'officine démontre l'importance d'une formation aux gestes de premiers secours.

Ordre d'action	Libérer les voies aériennes	Appeler le 15	Massage cardiaque	Défibriller
1	36	34	2	2
2	34	31	9	0
3	1	8	51	14
4	3	1	12	58



Cette question a pour but de voir comment mes confrères réagiraient lorsqu'une victime a un arrêt cardiaque.

J'ai demandé aux participants d'organiser par ordre croissant, les actions à mener pour une prise en charge optimale de l'arrêt cardiaque.

L'ordre croissant de prise en charge optimale est le suivant :

- 1- Libérer les voies aériennes
- 2- Appeler le 15
- 3- Massage cardiaque
- 4- Défibriller

Les résultats obtenus nous montrent que sur les 74 réponses :

- 1^{ère} action : 36 sont en faveur d'une libération des voies aériennes, 34 pour un appel au 15, 2 réponses pour débiter le massage et 2 réponses pour défibriller.
- 2^{ème} action : 34 pour une libération des voies aériennes, 31 sont en faveur d'un appel au 15 et 9 pour débiter le massage. Il n'y a pas de réponse pour la défibrillation.
- 3^{ème} action : 1 réponse en faveur de la libération des voies aériennes, 8 pour appeler le 15, 51 réponses pour commencer le massage cardiaque et 14 pour défibriller.
- 4^{ème} action : 3 réponses sont en faveur de la libération des voies aériennes, 1 réponse pour contacter le 15, 12 participants commencent le massage et 58 réponses sont en faveur d'utiliser le défibrillateur.

On peut estimer que le nombre de bonnes réponses par ordre d'action est le suivant :

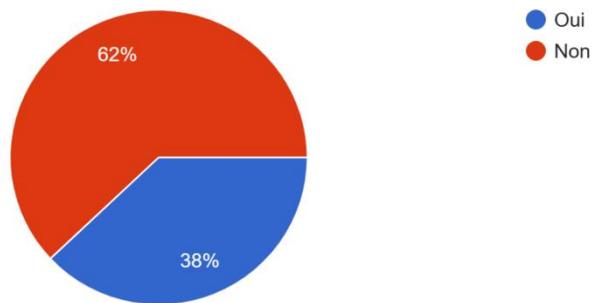
- 1^{ère} action : 36/74 soit 48,6 % de bonne réponses
- 2^{ème} action : 31/74 soit 41,9 % de bonne réponses
- 3^{ème} action : 51/74 soit 68,9 % de bonne réponses
- 4^{ème} action : 58/74 soit 78,4 % de bonne réponses

Au total, 24 pharmaciens ont bien répondu pour le déroulé de prise en charge de l'arrêt cardiaque ce qui représente 32,4 %.

Seulement 8 participants (10,8 %) ont répondu totalement à coté pour la prise en charge optimale.

Avez-vous un défibrillateur dans votre Pharmacie?

79 réponses



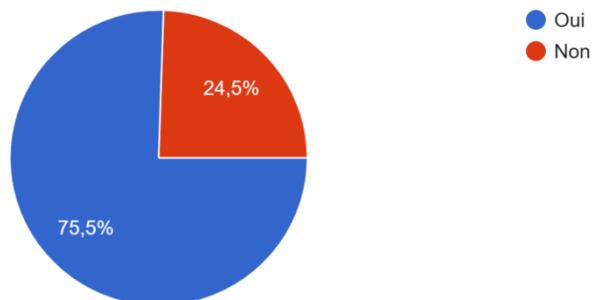
Il peut arriver qu'un pharmacien doive prendre en charge ou aider à la prise en charge d'un arrêt cardiorespiratoire. Dans ce cas, il est important d'être muni d'un défibrillateur.

Il me semblait intéressant d'estimer la proportion de pharmacies dotées d'un défibrillateur.

Il y a eu 30 réponses positives à la présence d'un défibrillateur dans la pharmacie. A contrario, il y a 49 pharmaciens qui n'ont pas de défibrillateur dans leurs locaux.

Savez-vous où se situe le défibrillateur le plus proche de votre officine?

49 réponses



Sur les 49 réponses négatives, il me semblait intéressant de savoir, si les pharmaciens savaient où se situait le défibrillateur le plus proche.

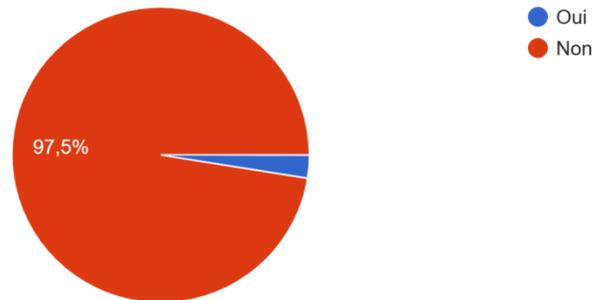
12 pharmaciens ne savaient pas où se situe le défibrillateur le plus proche. Cela représente 15% des participants.

Il peut arriver que le Centre de Réception et de Régulation d'Appel du SAMU demande aux pharmaciens d'intervenir avec un défibrillateur sur un lieu proche d'une pharmacie.

Dans ce cas, le pharmacien a pour rôle d'aiguiller et de prendre en charge une victime avant que les services de secours arrivent.

Connaissez-vous l'association PUPS (Pharmacie Urgence Premiers secours)?

79 réponses



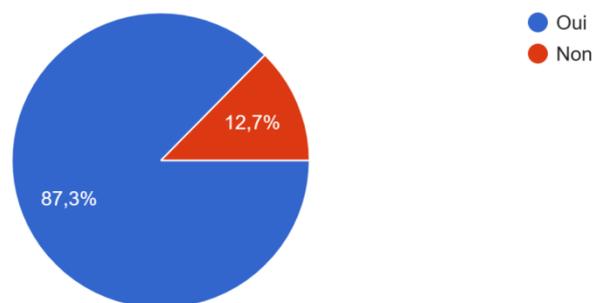
L'année 2023 et 2024 étant des années riches en manifestations socio-culturelles et sportives internationales (Coupe du Monde de rugby en 2023 et Jeux Olympiques 2024), suite aux formations de premiers secours, des pharmacies parisiennes ont été étiquetées « Pharmacie Urgence Premiers secours ».

Ces formations parisiennes ont été mises en place avec la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris (CSPP), l'association Pharmacie Urgence Premiers Secours et la fondation Urgo(16). Les pharmacies formées sont labellisées et formées aux premiers gestes d'urgence et l'orientation des patients vers le médecin ou les urgences selon un arbre décisionnel.

Sur les 79 pharmaciens participants, uniquement 2 connaissent cette association. L'un exerce en Ile de France (lieu où se déroule les formations) et l'autre dans les Bouches-du-Rhône.

Souhaiteriez-vous faire des stages de formation aux gestes de secours d'urgence vitale?

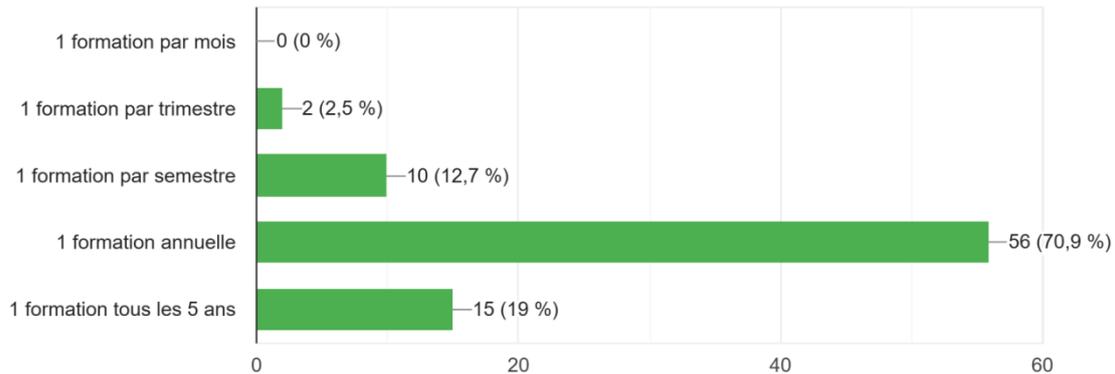
79 réponses



69 pharmaciens sont favorables au renouvellement des formations ce qui représente près de 90% des participants.

Quelle serait, selon vous, la fréquence idéale de formation?

79 réponses



Pour finir je voulais savoir si les participants souhaiteraient faire des remises à niveaux de leurs formations.

Grâce à cette dernière question, on peut voir les attentes des pharmaciens d'officine concernant les délais entre chaque formation.

56 pharmaciens (soit 70,9%) voudraient faire renouveler les formations tous les ans.

Il y a eu 15 réponses favorables à des formations tous les 5 ans. Pour 10 pharmaciens, le renouvellement semestriel serait une bonne chose et pour 2 pharmaciens, une formation par trimestre serait une fréquence idéale de formation.

C. Analyse et discussion :

Comme toutes études observationnelles, on se doit de parler des limites de l'étude.

L'étude proposée était faite avec des questions ouvrant la porte à d'autres questions. Le manque de réponses positives à certaines d'entre elles, ont limité l'accès, sur la connaissance des renouvellements des formations notamment, ce qui limite l'analyse de cette partie précisément.

Il est vrai que le petit échantillon recueilli ne peut pas être considéré comme le reflet des pharmaciens français et qu'il ne faut pas donc tirer de conclusions significatives.

Néanmoins, cette étude observationnelle nous montre une réalité de terrain. Plus de 90 % des pharmaciens se disent formés aux secourismes. Parmi eux, il y a un véritable clivage sur le sentiment d'être suffisamment prêt ou pas, à faire face à la situation d'urgence (50/50).

Cela démontre un manquement dans le système de formation et d'information proposé aux pharmaciens.

On observe que le manque de temps est une problématique pour les pharmaciens, mais qu'ils sont en demande sur ce sujet-là.

L'axe d'amélioration majoritaire que révèle l'étude néanmoins est la formation annuelle obligatoire.

Il y a encore du travail mais l'ouverture d'esprit des pharmaciens est toujours présente et encourageante.

Afin de faciliter la prise en charge de victime, j'ai élaboré une fiche bilan avec un arbre décisionnel qui aide à la prise en charge d'une victime.

J'ai pris la décision de ne pas faire de fiche de prise en charge car il en existe de très bien réalisées lors de thèses de pharmacien.

D. Apport d'un pharmacien d'officine par rapport à un citoyen formé

Aujourd'hui le renouvellement des formations de secourismes ne sont pas obligatoires pour les pharmaciens.

Cependant, il en ressort grâce aux pharmaciens ayant répondu au questionnaire précédent qu'ils sont favorables pour de la majorité à des formations de renouvellement annuel.

Les pharmaciens ont une plus-value dans la prise en charge d'une victime par rapport à un citoyen ayant une formation similaire.

Un pharmacien dans le cadre d'une urgence relative peut prendre le temps de regarder le Dossier Pharmaceutique de la victime (prise d'anti-coagulant, traiter pour de l'asthme...).

Avec ces informations, le pharmacien peut adapter la prise en charge.

Les pharmacies sont des établissements de santé dotés de dispositifs tels que des tensiomètres, des glucomètres et parfois d'un défibrillateur comme attesté dans le questionnaire.

Même s'il n'a pas le réflexe de prendre certaines constantes, lors du passage d'alerte, le pharmacien peut être aiguillé par le médecin régulateur pour prendre des constantes comme la tension, la glycémie.

Un pharmacien est un professionnel de santé qui a des connaissances sur la physiopathologie des infarctus, des accidents vasculaires cérébraux ou autres accidents.

Ces connaissances peuvent faciliter la mise en place de formations approfondies au cours du cursus comme pour réaliser un bilan ce qui manque dans la prise en charge d'une victime.

V. Réaliser une bonne prise en charge : les situations d'urgence rencontrées en pharmacie d'officine

Le questionnaire a mis en évidence un manque de renouvellement de la formation initiale pour diverses raisons citées plus haut.

Or le pharmacien est un professionnel de santé de proximité qui doit être capable de prendre en charge des urgences qui pourrait se présenter à eux.

Le manque de pratique peut être handicapant et faire perdre ses moyens face à une situation nécessitant d'agir rapidement.

A. Arbre décisionnel

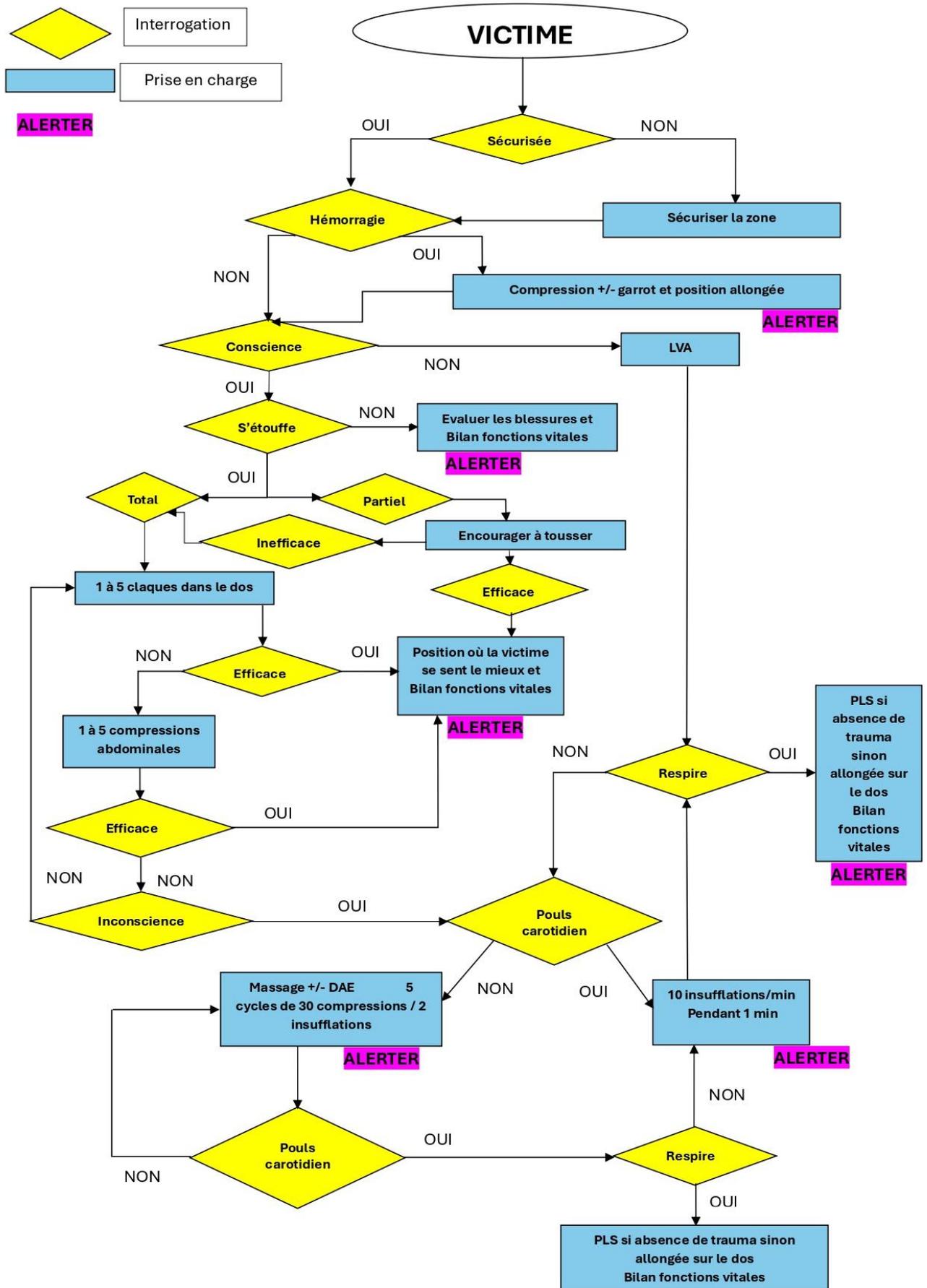
Afin de simplifier et d'aiguiller la prise en charge d'une victime en situation d'urgence, j'ai réalisé un arbre décisionnel.

Cet arbre décisionnel permet à la personne qui souhaite l'utiliser de suivre une procédure en contrôlant les potentielles détresses vitales qui mettraient en péril la victime si le secouriste n'agit pas rapidement.

En plus de cette procédure, il est spécifié les actions à mener à la fin de chaque étape.

Cet arbre n'a pas pour vocation d'enseigner ou de remplacer les formations enseignées par les autorités habilitées. De plus, les recommandations de premiers secours évoluant chaque année, cet arbre suit les recommandations de décembre 2023. Il peut être obsolète ultérieurement.

Il permet de visualiser les fonctions vitales à contrôler ainsi que les actions à mener selon le contexte. L'arbre décisionnel est disponible en annexe.



1. Sécurisation de la victime et de la zone

L'arbre décisionnel débute sur le contrôle de la sécurité de la victime que ce soit sur son état propre ou le lieu où elle se trouve.

Si la victime n'est pas sécurisée, il est primordial de la protéger en la mettant en lieu sûr. Il faut éviter aussi le suraccident ou une surexposition à un produit.

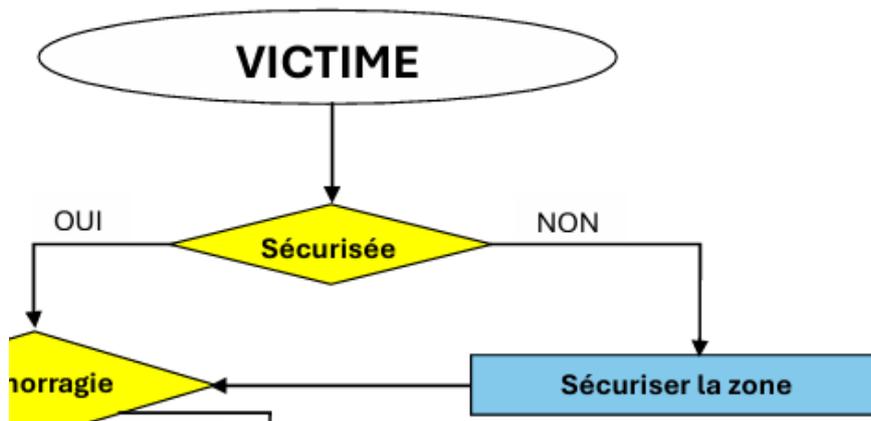


Figure 1 Mise en sécurité de la victime

2. Y-a-t-il une hémorragie ?

Une fois la mise en sécurité effectuée, on va pouvoir suivre l'arbre décisionnel.

On va chercher à savoir si la victime a une ou des hémorragies externes. Afin de les déceler, le secouriste va devoir ausculter la victime, regarder si des taches de sang sont observables. Pour les zones intimes, la palpation et la recherche de zones humides peut être un indicateur.

Une hémorragie externe est un épanchement de sang abondant et visible, qui s'écoule en dehors des vaisseaux au travers d'une plaie. L'écoulement ne s'arrête pas spontanément.

Il existe les hémorragies extériorisées qui sont des écoulements de sang par un orifice naturel.

Devant une victime présentant une hémorragie, il est important que le secouriste se protège de l'exposition au sang avec un matériel adapté comme des gants et si possible une blouse de protection dans le cas de projection.

Les actions que va mener le secouriste pour stopper le saignement sont :

- Une compression directe sur le lieu de l'écoulement et un garrot en amont si possible
- Allonger la victime
- Alerter les services de secours

Dans le cas d'une hémorragie sans corps étranger, le secouriste va entreprendre une compression sur la plaie pour tenter de stopper le saignement. Si la compression arrête l'écoulement de sang, un pansement compressif peut être utilisé comme un coussin hémostatique.

Si le saignement reprend, la compression manuelle devra reprendre et en dernier lieu, un garrot peut être posé en amont si la zone du corps le permet.

Il est important de noter l'heure de la pose du garrot afin d'éviter toute potentielle nécrose.

Dans le cas d'une hémorragie avec un corps étranger, le secouriste va laisser en place l'objet perforant. Le retirer peut engendrer plus de saignement. Il faut poser un garrot en amont de la plaie si possible.

Faire allonger la victime permet de faciliter la circulation du sang vers le cerveau. De plus cela facilite la prise en charge du secouriste et retarde les conséquences de l'hémorragie sur les fonctions vitales.

Cas particulier d'hémorragie :

- Section d'un membre :

Il faut arrêter le saignement avec une compression directe de la plaie.

La section de membre peut être réimplantée. Pour cela, il convient d'envelopper le membre sectionné dans un linge stérile et de le placer dans un sac plastique. Ce sac doit être mis dans un autre sac (plastique ou réfrigérant) avec de la glace pour préserver le membre amputé. Sur le sac extérieur, il faut notifier la date et l'heure de l'accident. Il faut remettre le tout aux secours.

- Saignement du nez :

Si le saignement est spontané ou provoqué par un choc minime, la victime doit être assise avec la tête penchée en avant. La position allongée est à éviter car la victime peut avaler son sang.

Il faut que la victime comprime avec son doigt la narine qui saigne pendant 10 minutes.

Si le saignement survient après une chute ou un coup, il peut y avoir une atteinte grave du crâne. Il faut dans ce cas, alerter les secouristes et surveiller la conscience de la victime.

- Saignement de l'oreille :

Un écoulement de sang peu abondant peut survenir après un traumatisme crânien ce qui peut être le signe d'une fracture du crâne.

- Hémorragie vaginale chez la femme enceinte :

Il faut savoir de quel couleur est l'écoulement et alerter tout de suite les secours.

- La victime vomit ou crache du sang :

Il faut alerter les secours car une hémorragie de ce type est un signe grave. Il faut allonger la victime ou l'installer en position demi assise.

Les crachats ou les vomissements peuvent être conservés dans un récipient et montrés à un médecin.

La surveillance de la victime est primordiale.

- Autres hémorragies extériorisées : urinaire, anale, vaginale

Cela peut être le premier signe d'une maladie qu'il faut traiter rapidement.

La prise en charge du secouriste est :

- Allonger et couvrir la victime
- Alerter
- Surveiller la victime sans la faire boire
- Dans le cas de saignement vaginal ou rectal, on peut proposer de mettre une serviette ou un pansement absorbant.

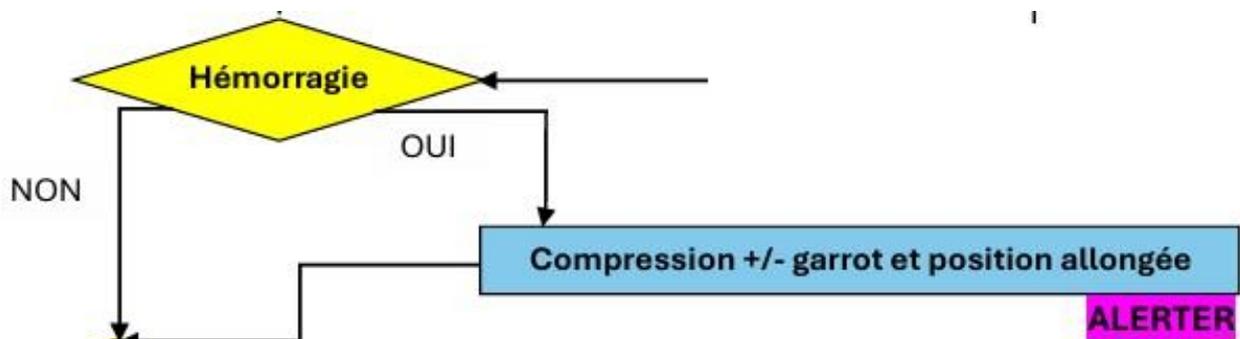


Figure 2 Arbre décisionnel de l'hémorragie

Après avoir cherché une hémorragie, la suite de l'arbre décisionnel va être d'évaluer l'état de conscience de la victime.

3. La victime est-elle consciente ?

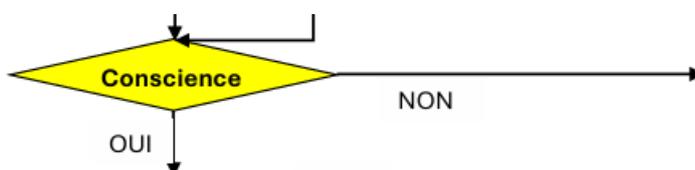


Figure 3 Arbre décisionnel de la conscience

a) Victime consciente qui s'étouffe

Si la victime est consciente, elle parle. Un des cas d'urgence d'une victime consciente peut être l'étouffement.

On va donc chercher à savoir si la victime s'étouffe. Les signes d'obstruction brutale des voies aériennes sont différents pour une obstruction partielle et une obstruction totale. La survenue est brutale et la victime porte ses mains à sa gorge.

Pour une obstruction partielle, la victime, parle ou crie. Elle tousse vigoureusement, respire avec un bruit et reste consciente.

Pour une obstruction totale, la victime ne peut plus parler ou crier. Elle garde la bouche ouverte. Elle ne peut pas tousser et ne peut pas respirer.

La victime, en l'absence de geste de secours efficace, devient cyanosée et perd connaissance.

Dans le cas où la victime respire dans l'obstruction brutale des voies aériennes partielle, il faut alerter les secours. Il faut encourager la victime à tousser sans entreprendre de gestes. Cela pourrait déplacer le corps étranger et engendrer une obstruction totale des voies aériennes.

Pour l'obstruction totale, il faut commencer par 1 à 5 claques dans le dos de la victime entre les omoplates. Si le geste est efficace, la victime peut respirer plus aisément. La victime peut s'installer dans la position où elle se sent le mieux et on va pouvoir commencer le bilan des fonctions vitales. Les secours doivent être alertés dès que possible.

Si le geste n'est pas efficace, les compressions abdominales (=manœuvre de Heimlich) sont à débiter.

Pour réaliser la manœuvre d'Heimlich, il faut se positionner derrière la victime en passant ses bras sous les siens de part et d'autre.

La victime doit être penchée vers l'avant pour expulser l'obstacle.

Le secouriste doit mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen au niveau de l'estomac et l'autre main attrape la première.

La pression exercée doit se faire vers l'arrière et vers le haut.

Si la victime est plus grande ou obèse, il faut faire assoir la victime sur une chaise.

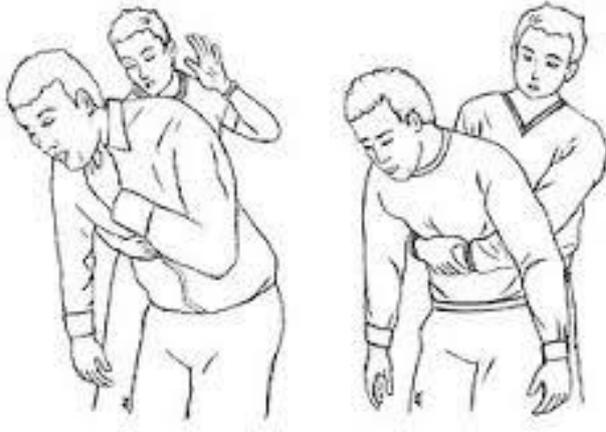


Figure 4 Claque dans le dos et manœuvre d'Heimlich dans le cas d'un étouffement

Si la manœuvre de Heimlich est efficace, la victime devra être mise en position assise et le bilan des fonctions vitales peut débuter. Il faut aussi alerter les secours.

Cependant si la manœuvre n'est pas efficace, on va contrôler l'état de conscience de la victime. Si elle est toujours consciente, le secouriste peut recommencer par des claques dans le dos.

Si la victime est inconsciente on va poursuivre vers une autre partie de l'arbre décisionnel que nous verrons plus tard, la fonction cardio-vasculaire.

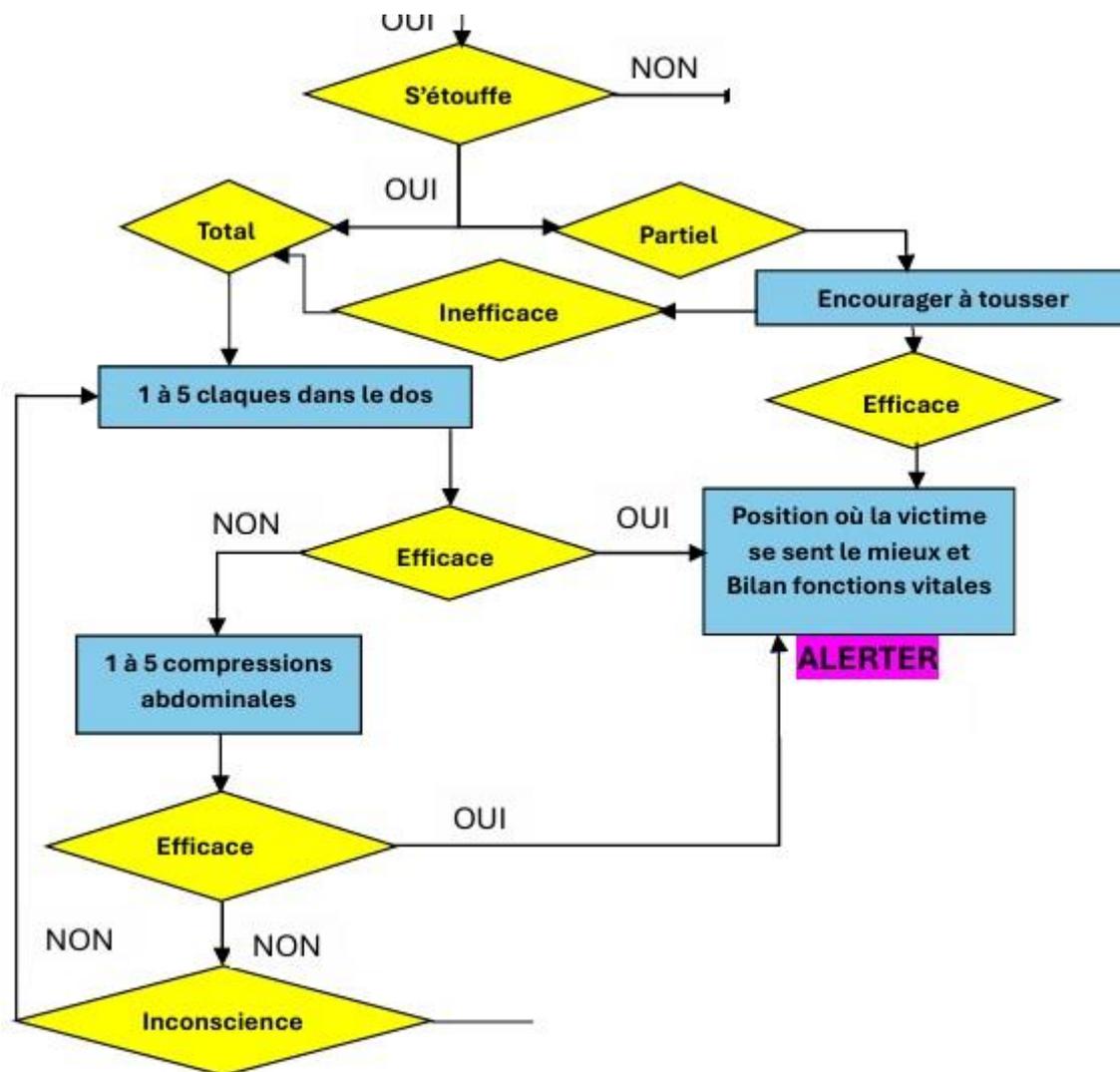


Figure 5 Arbre décisionnel d'une victime qui s'étouffe

b) Victime consciente qui ne s'étouffe pas

Une victime qui est consciente mais qui ne s'étouffe pas, est une victime qui dans l'immédiat n'a pas de détresse vitale.

Cela ne veut pas dire que la victime va bien. On va chercher à évaluer les blessures et effectuer un bilan des fonctions vitales.

La prise en charge diffère selon la fonction touchée :

- Pour la fonction circulatoire, la victime doit être allongée. Il faut la protéger de l'hypothermie et entamer la surveillance le niveau de conscience, la fréquence cardiaque et la pression artérielle.
- Pour la fonction neurologique, la victime doit être allongée. Il faut aussi la protéger de l'hypothermie. La surveillance de la fonction neurologique est primordiale.
- Pour la fonction respiratoire, la victime doit être installée dans la position qui lui est la plus confortable. On peut lui proposer la position semi assise ou assise. La victime doit être protégée de l'hypothermie et la surveillance de la fonction respiratoire doit commencer.

La surveillance de la victime est primordiale, car son état peut décliner du fait que toutes les fonctions sont liées.

Il faut alerter les secours pour qu'elle soit prise en charge rapidement.

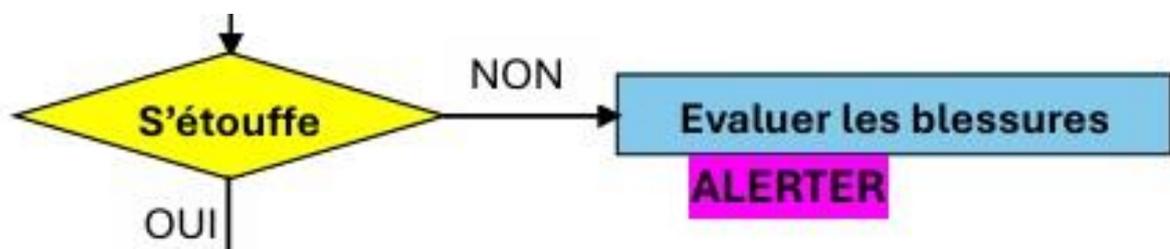


Figure 6 Victime consciente qui ne s'étouffe pas

Maintenant on va continuer l'arbre décisionnel mais pour une victime inconsciente.

4. La victime respire-t-elle ?

Après s'être aperçu de l'inconscience de la victime, il faut contrôler la fonction respiratoire de la victime. Avant de la contrôler, il faut libérer les voies aériennes en basculant la tête vers l'arrière et/ou en élevant le menton de la victime. Cela empêche la chute de la langue en arrière.

Si la victime porte une cravate ou une écharpe, il faut les desserrer pour éviter que la trachée soit comprimée.

LIBERATION DES VOIES AERIENNES

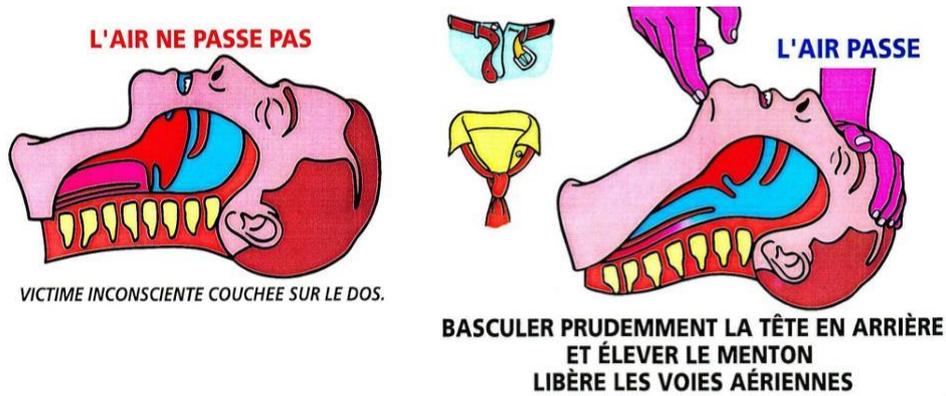


Figure 7 Libération des voies aériennes supérieures

Après avoir libéré les voies aériennes supérieures, on peut évaluer la fonction respiratoire.

Pour cela il faut mettre son oreille au-dessus de la bouche de la victime avec le regard en direction de la cage thoracique de la victime. Comme cela, on peut percevoir une respiration soit en sentant le souffle à l'oreille ou en voyant le thorax se soulever.



Figure 8 Rechercher une respiration chez une victime

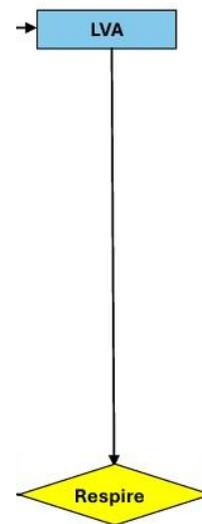


Figure 9 Evaluation de la respiration après LVA

a) La victime respire

Si la victime respire, il faut la mettre en Position Latérale de Sécurité (PLS) et initier le bilan des fonctions vitales. Il faut évidemment contacter les secours.

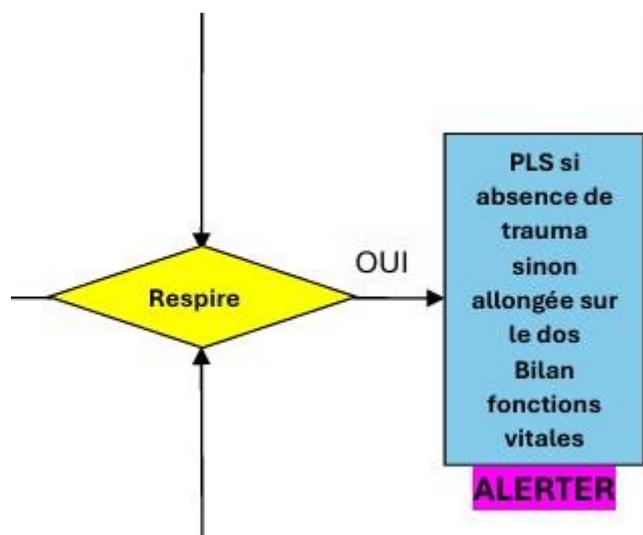


Figure 8 Prise en charge d'une victime consciente qui respire

Il peut y avoir plusieurs aspects de la fonction respiratoire qui peuvent être notifiés comme des sifflements, des ronflements. Cela pourra être indiqué sur la fiche bilan que l'on verra après.

b) La victime ne respire pas

Si la victime ne respire pas et est inconsciente, on va devoir contrôler la fonction cardio-vasculaire.

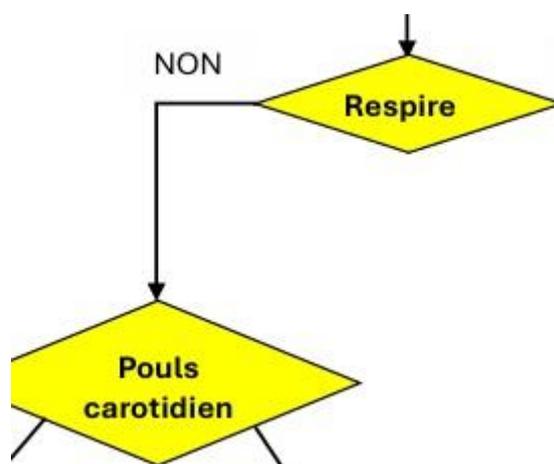


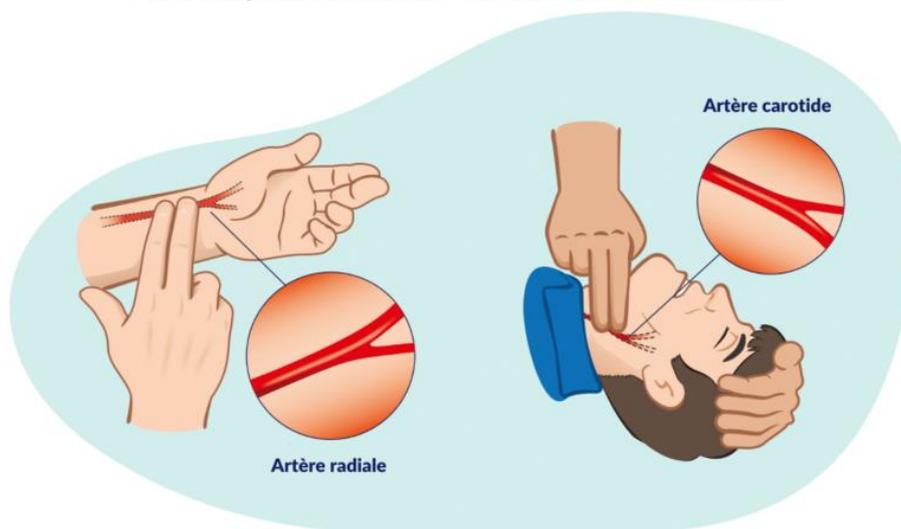
Figure 9 Arbre décisionnel de la victime inconsciente qui ne respire pas

5. La victime a-t-elle un pouls ?

On va chercher à évaluer la fonction cardio-vasculaire de la victime. Pour cela, on va devoir rechercher un pouls chez la victime. Le pouls le plus facile à rechercher est le pouls carotidien qui se trouve au niveau du cou.

Si on n'arrive pas à le trouver, on peut chercher un pouls radial au niveau de l'avant-bras ou un pouls poplité au niveau de l'arrière du genou.

Prise du pouls manuelle - artère radiale et carotide



Copyright © 2023 reussistonifsi.fr

Figure 10 Recherche d'un pouls radial ou carotidien

a) *Présence de pouls*

Si la victime a un pouls identifiable. Avec l'avancée de l'arbre décisionnel, pour résumé, la victime est inconsciente, ne respire pas et a un pouls.

L'action à réaliser dans ce contexte est une oxygénation de la victime avec un Ballon Autoremplisseur à Valve Unidirectionnelle (BAVU) autrement appelé insufflateur manuel. Il faut délivrer 10 insufflations par minute pendant 1 minute et réévaluer la respiration de la victime. L'alerte aux secours doit être passée.

Si la victime a une respiration spontanée, on va pouvoir installer la victime en PLS et réaliser un bilan des fonctions vitales.

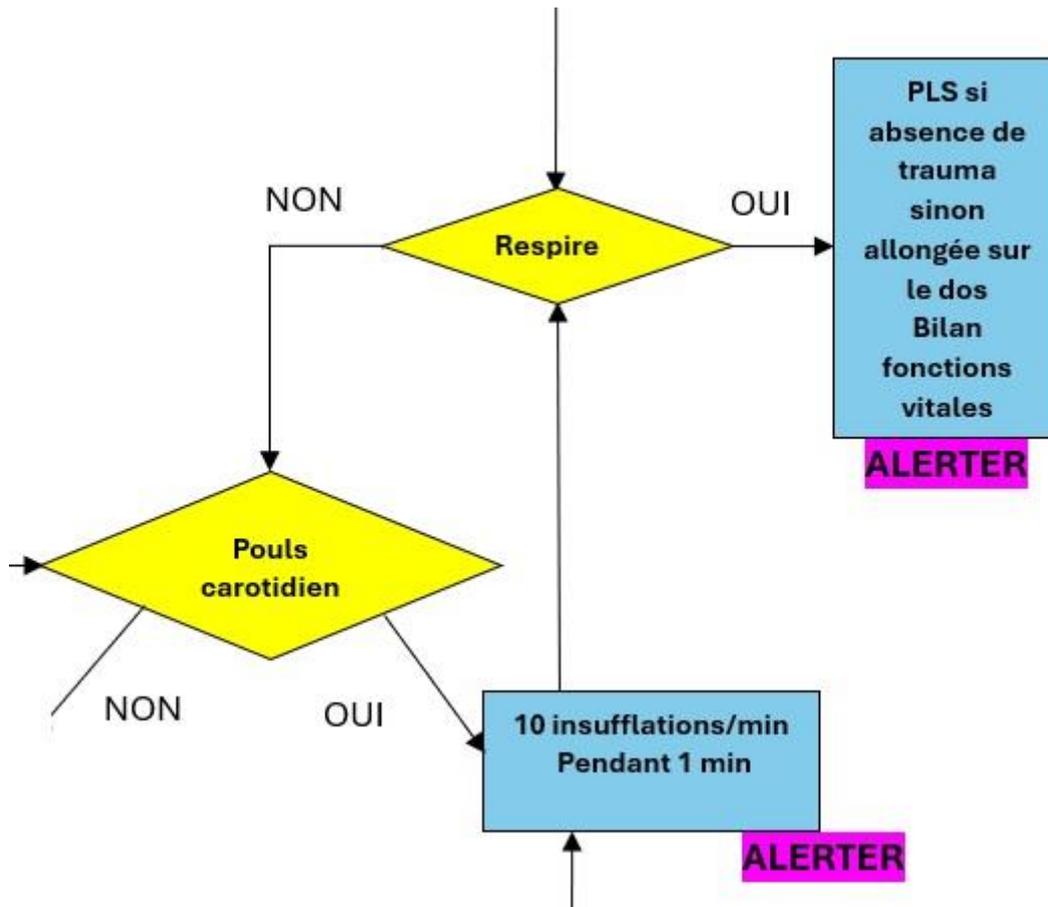


Figure 11 Arbre décisionnel pour des insufflations efficace

Si le secouriste n'est pas muni d'un BAVU, il existe des masques de poche ou des écrans faciaux. Ce sont des dispositifs de ventilations artificielles oraux.

Le but étant de pouvoir faire rentrer de l'oxygène jusqu'au poumon de la victime en évitant des risques de contaminations chez le secouriste grâce à la présence d'un filtre et d'une valve unidirectionnelle.



Figure 12 Ecran facial de réanimation

Source : [Masque bouche-à-bouche Réa Airmed Plus | Securimed](#)

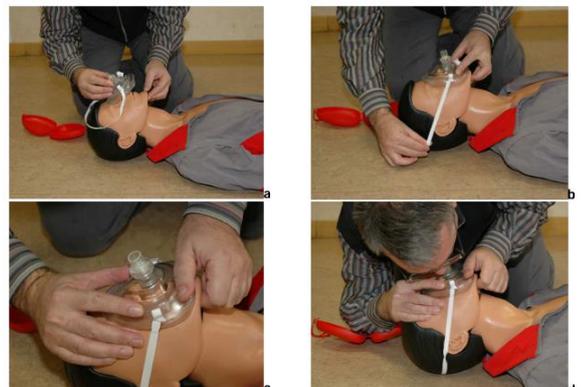


Figure 12 Utilisation d'un masque de réanimation bouche-à-bouche

Source : Référentiel national de PSE 1 de 2007

Dans une pharmacie, il est préconisé d'avoir un des dispositifs de ventilations artificielles oraux lié à l'utilisation occasionnel. Cependant, avoir un de ces dispositifs permettraient d'éviter d'attendre que les secours arrivent et augmenterait ainsi les chances de survie pour la victime.

Ces dispositifs font partir des indispensables.

Les insufflations sont efficaces quand le thorax de la victime se soulève. Il est important de bien apposer le masque et de respecter une bonne étanchéité sur le visage de la victime.

b) Absence de pouls

Dans le cas où les cycles d'insufflations ne sont pas efficaces, la fonction cardiaque va s'arrêter liée au manque d'apport d'oxygène par le sang.

En absence de pouls et de respiration, la victime est en arrêt cardio-respiratoire. Il faut donc agir rapidement. L'alerte doit être passée le plus rapidement possible.

(1) MASSAGE CARDIAQUE

La prise en charge est le massage cardiaque. Il a une double action dans ce cas-là :

- Faire circuler du sang pour irriguer les organes surtout le cerveau
- Permettre aux poumons de faire des échanges gazeux grâce aux compressions thoraciques

Le massage cardiaque doit se faire sur un plan dur. La victime doit avoir la poitrine dénudée.

Le talon de la main du secouriste doit être positionné entre les deux mamelons au centre de la poitrine. L'autre main doit être posée par-dessus.

Ce ne sont pas les bras du secouriste qui travaillent, les bras sont tendus et verrouillés. Le secouriste se sert du poids de son haut du corps pour exercer le massage.

La fréquence de compression doit avoisiner 100 par minutes.

Le massage se réalise jusqu'à un retour de pulsation cardiaque ou jusqu'à l'arrivée des secours.

Il est conseillé d'être au moins deux pour pouvoir se relayer durant le massage.

Si le secouriste a le matériel adéquat pour réaliser des insufflations, il doit réaliser des cycles de 30 compressions et 2 insufflations. En absence du matériel d'insufflation, le massage doit être réalisé en combinaison avec un défibrillateur automatisé externe.



Figure 13 Illustration d'un massage cardiaque
Source : [Comment faire un massage cardiaque ? - SMSF](#)

(2) Défibrillateur automatisé externe (DAE)

En plus du massage cardiaque, le défibrillateur automatisé externe est un dispositif permettant de traiter un rythme cardiaque anarchique. Le défibrillateur va détecter cette défaillance et va permettre de délivrer un choc électrique via des électrodes pour faire un « reset » des mouvements cardiaques.

Le massage cardiaque ne permet pas de réaliser cette action. Les deux gestes sont complémentaires.

Toutes les pharmacies ne sont pas équipées de DAE et parfois le personnel de la pharmacie ne sait pas où se situe le défibrillateur le plus proche (cf questionnaire).

Il est donc important de bien maîtriser le geste du massage cardiaque. Le délai d'action du secouriste doit être le plus restreint possible car chaque minute de perdue réduit les chances de survie de 7 à 10%.

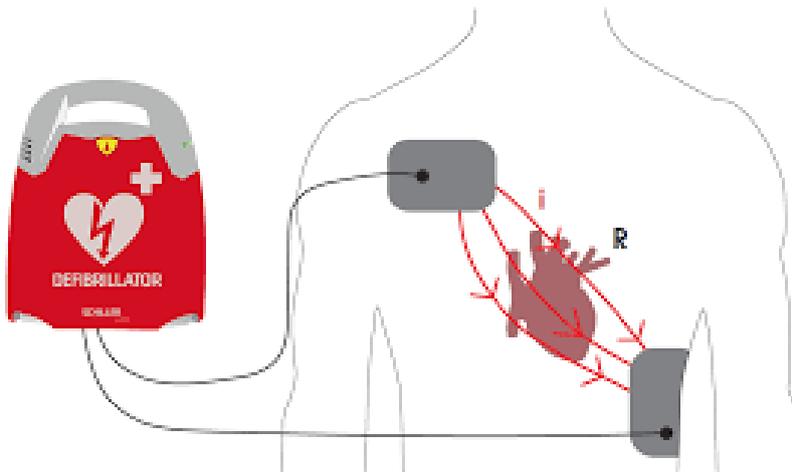


Figure 14 Positionnement des électrodes du DAE
Source : Comment fonctionne un défibrillateur ? | Défibrillateurs

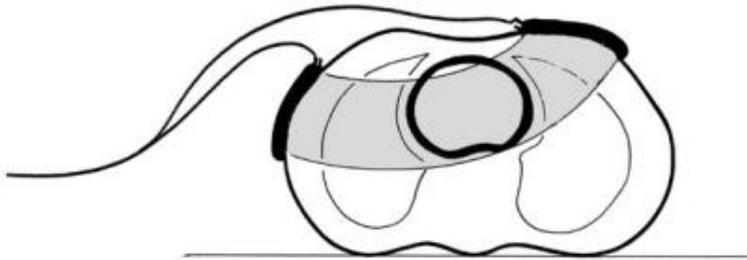


Figure 15 Passage du choc électrique au niveau cardiaque
Source : Référentiel national de PSE 1 2007

Ci-contre, une illustration du positionnement des électrodes pour que le choc délivré soit efficace. Il faut qu'une électrode soit positionnée sous la clavicule à droite du cœur et l'autre électrode de l'autre côté sur les côtes flottantes sur le flanc.

Le choc va passer d'une électrode à l'autre en passant par le cœur.

Les électrodes sont à positionner à même la peau. Si la victime a de la pilosité, il faut raser la zone pour que les électrodes adhèrent bien.

Il existe un site qui recense les DAE disponible sur le territoire français.

<https://chroniques-cartographiques.over-blog.com/2023/03/carte-de-la-localisation-des-defibrillateurs-en-france.html>

Mise en place du défibrillateur :

- Mettre le défibrillateur près de la victime et allumer l'appareil
- Appliquer les consignes vocales du défibrillateur
- Préparer la victime et appliquer les électrodes
- La victime ne doit pas être touchée pendant que le DAE analyse le rythme cardiaque.
- En fonction de l'analyse faite par le dispositif, il existe deux procédures :
 - Procédure de choc indiqué : un choc doit être délivré
 - Rester à l'écart du défibrillateur quand il se charge
 - S'écarter de la victime et s'assurer que personne ne touche la victime
 - Appuyer sur le bouton « choc »

- Poursuivre par les cycles de 30 compressions pour 2 insufflations
 - Arrêter le DAE quand il le propose
- Procédure de choc non indiquée
 - Pas de nécessité de délivrer un choc. S'il n'y a toujours pas de pouls, continuer la réanimation
- Le défibrillateur doit rester en place jusqu'à l'arrivée des secours.

La réanimation cardiopulmonaire doit être interrompue uniquement pour permettre au DAE l'analyse du rythme cardiaque et la délivrance d'un choc électrique.

Le secouriste doit réaliser un contrôle du pouls de la victime tous les 5 cycles de compressions/insufflations ou si le défibrillateur n'indique pas de choc.

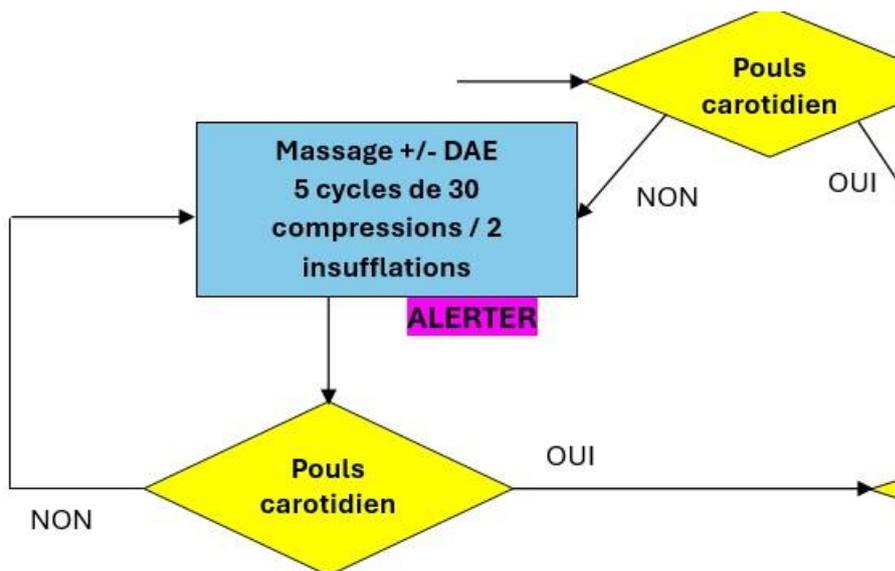


Figure 16 Arbre décisionnel en cas d'absence de pouls

Après ce contrôle du pouls, si le pouls est toujours absent, le secouriste repart sur 5 cycles de compressions/insufflations.

Autrement, si le cœur a repris une activité pulsatile, il va falloir de nouveau contrôler la fonction respiratoire afin de savoir si elle a aussi repris.

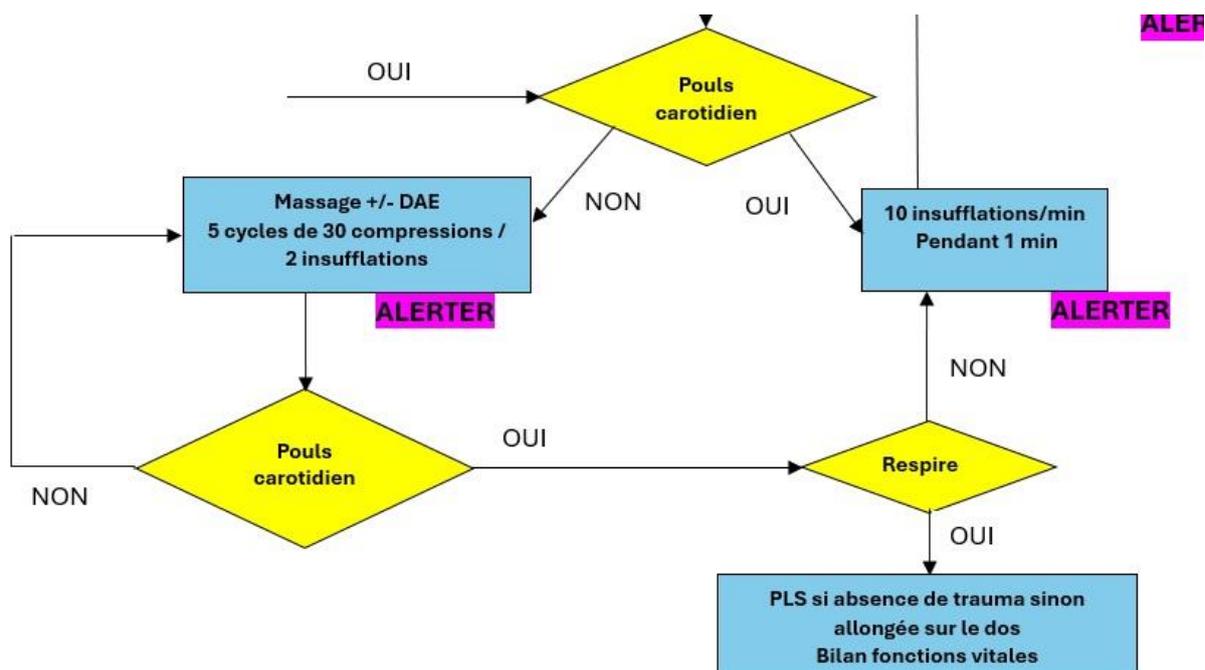


Figure 17 Arbre décisionnel après RCP efficace

Si la RCP a été efficace, qu'un pouls est perçu et que la victime respire, elle peut être positionnée en PLS et le bilan des fonctions vitales peut être entamé.

Si la victime a retrouvé une activité cardiaque mais ne respire pas spontanément, le secouriste va procéder à une ventilation de 10 insufflations par minute.

Le secouriste va réévaluer l'activité cardiaque de la victime pour reprendre une RCP si besoin.

Pour accompagner cet arbre décisionnel, si la victime ne présente plus de détresse vitale évidente, le secouriste peut retranscrire les observations sur une fiche bilan.

B. Fiche bilan

La formation AFGSU délivrée au pharmacien manque de réalisation d'un bilan.

Cette partie va permettre de réaliser un bilan pour une victime ou dans de rares cas plusieurs victimes à la pharmacie ou proche des locaux de la pharmacie.

La mise en place du bilan ci-dessous sera applicable aux adultes comme aux nourrissons cependant les premiers soins ne sont pas applicables aux nourrissons, étant plus spécifiques.

La pharmacie peut être le premier maillon de la chaîne de secours. Une victime peut soit se présenter à l'officine ou un citoyen peut venir chercher de l'aide pour prendre en charge une victime chez lui ou sur la voie publique.

Lors d'une situation qui nécessite de porter secours, des étapes de prises en charge doivent être respectées, pour être le plus efficace possible dans la prise en charge de la victime mais aussi assurer la sécurité des personnes présentes sur place, comme la victime et les intervenants.

Une prise en charge optimale se déroule comme ci-dessous :

1. La protection : assurer la sécurité du lieu de l'incident ainsi que la sécurité des personnes présentes sur place. Elle a pour but d'éviter le suraccident ou que les intervenants soient blessés.
2. Le bilan : permet d'évaluer l'état de la victime. Il a pour but de recueillir les informations nécessaires lors du passage de l'alerte aux autorités de secours mais aussi de décider des gestes de secours qui devront être réalisés.
3. L'alerte : permet d'alerter un service d'urgence. Cette action est importante car la personne qui intervient s'assure qu'un renfort secouriste ou médical se mettra bien en route pour prendre en charge la victime.
4. Réaliser les gestes d'urgences : après avoir réalisé les trois étapes précédentes, l'intervenant peut réaliser les gestes de secourismes ce qui permet d'assurer un maximum de chances et de rapidité dans la prise en charge de la victime.

Certaines étapes peuvent être simultanées dans le cas d'urgence vitale afin d'apporter la meilleure réponse possible dans un délai le plus rapide : par exemple lors d'un arrêt cardiorespiratoire, l'intervenant va passer l'alerte en même temps qu'il réalise les gestes de secourisme.

C. La protection de la victime

Quand le secouriste arrive sur les lieux de l'intervention, il doit rechercher les risques ou les dangers qui peuvent menacer sa propre vie, celle des témoins et de la victime avant même de s'approcher de cette dernière

Le secouriste doit pouvoir reconnaître les dangers. Pour ce faire, il doit effectuer une approche prudente de la zone de l'accident, se renseigner éventuellement auprès des témoins. Il peut rester à distance de la victime pour regarder autour d'elle pour évaluer la présence de dangers qui peuvent le menacer ainsi que la victime et repérer les personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés et le nombre de victimes.

Après avoir sécurisé la zone, le secouriste peut protéger la victime. Pour ce faire, le secouriste doit quand cela est possible, supprimer immédiatement et de façon permanente les dangers environnants pour se protéger lui-même, la victime et les autres personnes, notamment du suraccident. Le secouriste doit délimiter clairement, largement et visiblement la zone de danger et empêcher toute intrusion dans cette zone.

Pour réaliser la protection, il utilise tous les moyens matériels dont il peut disposer et s'assure si besoin du concours de toute autre personne qui pourrait apporter une aide dans la mise en œuvre de cette protection.

Pour un pharmacien secouriste, si l'incident se déroule dans l'officine, il est nécessaire pour lui de délimiter une zone de non-passage. Cela permet une certaine confidentialité et de l'espace pour la prise en charge par le pharmacien secouriste et les équipes de secours plus tard.

Après avoir réalisé cette protection des lieux, le secouriste peut passer à un premier bilan.

D. Réalisation du bilan

Les termes de bilan circonstanciel, bilan d'urgence vitale et bilan complémentaire permettent de segmenter en différentes étapes le bilan complet.

Le but du bilan est de prendre en charge une victime, ou plusieurs, de manière méthodique pour ne rien oublier et être efficace quand on est confronté à un incident.

Les bilans vont être simplifiés pour aller à l'essentiel et faciliter l'utilisation.

1. Bilan circonstanciel

Comme dit précédemment, le **bilan circonstanciel** est le premier bilan effectué sur le lieu de l'intervention. Il consiste en une observation de la scène de l'incident et au recueil des informations concernant la ou les victimes et leur environnement.

Il s'agit de faire un point global de la situation.

Le bilan circonstanciel permet de répondre aux questions suivantes :

- Que s'est-il passé ?
- Existe-t-il un danger ?
- Les secours sont-ils suffisants pour le moment ?
- Les informations initiales en ma possession sont-elles correctes ?

Ces informations permettent de :

- déterminer la nature de l'intervention
- identifier les risques éventuels et assurer si nécessaire la sécurité de la victime et de l'intervention (protection des lieux de l'accident, prévention du suraccident, extraction d'une victime d'un milieu potentiellement hostile)
- évaluer rapidement le nombre de victime et l'état apparent des victimes
- demander des moyens de secours complémentaires
- compléter et corriger les informations de départ

BILAN CIRCONSTANCIEL	
Date :/...../.....	Heure :h.....
Lieu :	
Nature de l'incident :	Zone sécurisée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre de victimes :	
VICTIME	
Nom :	Prénom :
Age :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :	
Ville :	Code postal :

Figure 18 Bilan circonstanciel

2. Bilan d'urgence vitale

Le bilan d'urgence vitale est un indicateur sur la gravité de l'incident. Il doit être réalisé de manière méthodique. Il peut déterminer si une ou plusieurs des fonctions vitales sont atteintes.

Les fonctions vitales jouent un rôle essentiel dans le maintien en vie d'une victime prise en charge par des secouristes.

Il existe trois fonctions vitales :

- La fonction neurologique
- La fonction respiratoire
- La fonction circulatoire et cardiovasculaire

On appelle détresse vitale l'atteinte d'une ou plusieurs des trois fonctions vitales de l'organisme.

Le secouriste doit pouvoir identifier ces signes pour mettre en œuvre les gestes de secours nécessaires et demander un avis médical immédiat et permettre l'intervention d'une équipe de secours médicale sans délai.

Avant de faire le point sur les 3 fonctions vitales, il convient d'observer 5 points : ce sont des **détresses vitales évidentes**

- Présence d'hémorragie abondante chez la victime
- Une obstruction brutale des voies aériennes
- Une absence de pouls carotidien
- Une absence de ventilation
- Une inconscience

Si un de ces points est validé, il convient de prendre en charge comme il se doit :

- Si le risque est hémorragique, le but de la prise en charge est de stopper l'écoulement de sang. Pour ce faire, il faut que la victime soit allongée et calme, on va utiliser des dispositifs comme des coussins hémostatiques, des garrots ou des pansements israéliens en fonction du matériel disponible.

Si nous n'avons pas de matériel disponible, il est possible de faire un garrot avec une ceinture ou des lacets.

Pour des zones où la mise en place d'un garrot n'est pas possible, il convient de faire un point de compression (par exemple pour la région thoracique ou le cou).

- Si la victime a une obstruction brutale des voies aériennes, le but de la prise en charge va être de libérer les voies aériennes supérieures.

Il faut dissocier les obstructions partielles des obstructions totales car la prise en charge n'est pas la même.

Dans le cas d'une obstruction partielle des voies aériennes, il va falloir faire évacuer le plus rapidement possible le contenu de la bouche de la victime par un réflexe de toux ou avec les doigts. Il ne faut pas entreprendre la manœuvre de Heimlich ni les claques dorsales qui pourraient aboutir à une obstruction totale des voies aériennes.

Si l'obstruction totale est liée à un corps étranger, il faut retirer ce corps étranger.

On va procéder à 5 claques dans le dos avec la paume de la main entre les deux omoplates. Si ce n'est pas efficace, on va procéder à la méthode de Heimlich. La méthode consiste à faire 5 compressions thoraciques en comprimant la zone sous diaphragmatique vers le haut et l'arrière. Si c'est inefficace on reprend avec 5 claques dorsales.

La victime peut à terme perdre connaissance avec arrêt cardiorespiratoire. Il faudra appliquer la conduite à tenir pour un arrêt cardiorespiratoire.

- La conscience est le point qui permet d'avoir une idée de l'état neurologique de la victime au moment de l'incident.

Pour définir l'état de conscience d'une victime, il existe plusieurs échelles de mesure :

- Échelle AVPU :

A (Alerte)	La victime est consciente et orientée
V (Verbal)	La victime réagit aux stimuli verbaux
P (Pain)	La victime réagit aux stimuli douloureux
U (Unresponsive)	La victime ne réagit à aucun stimuli

Figure 19 Échelle AVPU

Cette échelle est la plus simple et la plus facile à mettre en place. Elle est moins précise que l'échelle suivante.

- 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 20 Score de Glasgow

Source : [Score de Glasgow, un bilan neurologique](#)

Le score de Glasgow est plus précis mais moins facile à mettre en place sans formation préalable. Cependant ce score est utilisé par les services d'urgence pour définir l'état de conscience d'une victime.

Ce score prend en compte 3 réponses : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. Le score d'une personne consciente et alerte est de 15. A contrario, le score d'une personne dans le coma est de 3.

La sévérité de la blessure est considérée :

- légère quand le score de Glasgow est compris entre 13 et 15
- modérée quand le score de Glasgow est compris entre 9 et 12
- sévère quand le score de Glasgow est compris entre 3 et 8.

Pour mettre en pratique ces méthodes, il faut cibler les questions à poser à la victime.

- « Serrez-moi la main si vous m'entendez ? » Si la victime ne répond pas, on doit passer à la réaction douloureuse
- Pour savoir si une victime réagit à un stimulus douloureux, les gestes faciles à réaliser sont :
 - L'appui sur la base d'un ongle avec un objet dur (stylo, clef...) pour un stimulus périphérique
 - Une torsion du trapèze pour un stimulus central



Figure 21 Exemple de stimuli douloureux

- Si la victime ne respire pas, il n'y a pas de mouvement de la cage thoracique ou il n'y a pas d'air expiré par la cavité buccale. Le but de la prise en charge est de continuer à oxygéner le corps. Il faut dans un premier temps mettre la victime sur le dos si ce n'est pas le cas. Il va falloir libérer les voies aériennes supérieures, en basculant la tête vers l'arrière et en élevant le menton.
- Si la victime porte une cravate ou une écharpe, il est important de les retirer. Il faut aussi ouvrir la ceinture si la victime en porte une.

LIBERATION DES VOIES AERIENNES

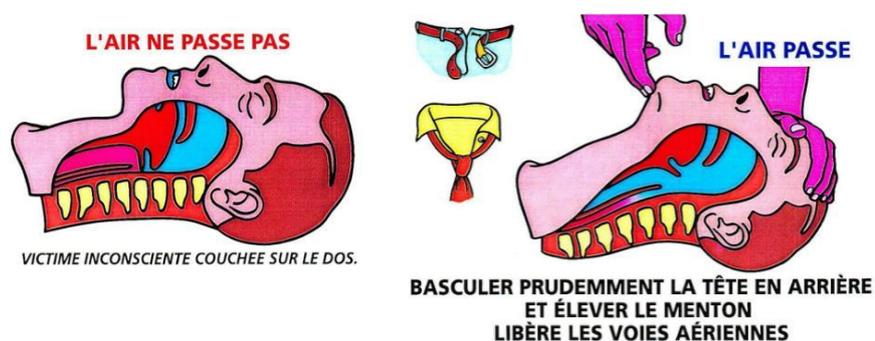


Figure 22 Libération des voies aériennes supérieures
Source : [PPT - 4 Alyssa Harrington LA VICTIME EST INCONSCIENTE](#)

- Il faut chercher un pouls chez la victime en privilégiant l'abord carotidien, sinon radial.

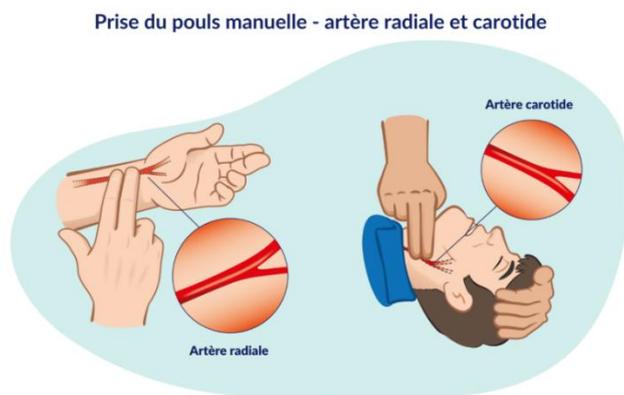


Figure 23 Prise de mesure manuelle du pouls
Source : [Guide infirmier : les paramètres vitaux](#)

Le plus simple et le plus rapide reste la prise de pouls avec un tensiomètre ou un oxymètre de pouls (s'il prend le rythme cardiaque).

La présence de pouls met en évidence une activité cardiaque. S'il n'y a pas d'activité cardiaque, il faut mettre la victime sur le dos et prendre en charge l'arrêt cardiorespiratoire. Pour ce faire il faut masser la victime ce qui permet la circulation de sang dans le corps et si possible utiliser un défibrillateur automatisé externe (DAE) qui permet de relancer l'activité électrique cardiaque.

Résumé des détresses vitales évidentes :

DÉTRESSE VITALE EVIDENTE	Hémorragie	OBVA	Pouls carotidien	Ventilation	Conscience
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Figure 24 Bilan des détresses vitales évidentes

Après avoir cherché à déceler des détresses de la fonction vitale, chaque fonction vitale peut être approfondie en faisant des bilans de la fonction neurologique, de la fonction respiratoire et de la fonction cardiaque.

a) Bilan neurologique

Le bilan de la fonction neurologique est primordial car la fonction nerveuse a pour rôle de maintenir la personne en état de conscience. Elle permet les mouvements avec la motricité et la perception avec la sensibilité. Elle a une action sur les mouvements respiratoires et peut protéger les voies aériennes grâce à des réflexes qui sont le réflexe de déglutition, le réflexe de toux qui permet l'expulsion de liquides ou de particules des voies aériennes, le réflexe de fermeture de la glotte qui empêche le passage dans les poumons du bol alimentaire ou lors de vomissements.

Le bilan de la fonction neurologique va se dérouler en plusieurs sous partie.

Afin d'identifier la conscience de la victime, on va utiliser le score AVPU :

- Alerte
- Voix
- Pain (douleur)
- Unresponsive (sans réponse)

On va chercher à savoir si la victime a perdu connaissance. Si on arrive sur place et que la victime ne sait pas ce qui s'est passé, une perte de connaissance est envisagée. S'il y a des témoins sur place, leurs observations pourront permettre de répondre à ces questions.

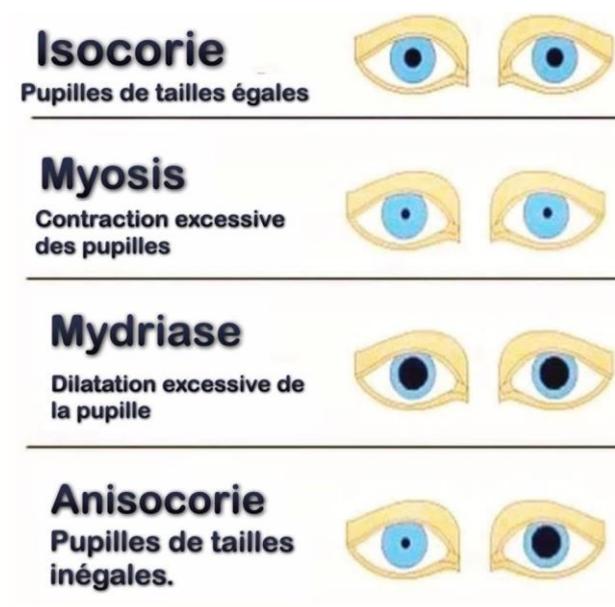
Pour savoir si la victime a perdu connaissance, on va lui demander si elle sait quel est le jour de la semaine, le mois de l'année et l'année. Si la victime est connue, on peut lui demander comment elle s'appelle.

On va chercher à identifier si la victime est orientée dans l'espace et/ou dans le temps.

Le comportement comme une agitation, une confusion ou la somnolence peut être un critère d'une atteinte de la fonction neurologique.

Le point suivant est de savoir si la victime a perdu connaissance. Si oui pendant combien de temps.

La victime a-t-elle subi un traumatisme crânien ? A-t-elle subi un choc sur la tête ? Il peut y avoir des éléments de réponses comme une plaie, une éraflure ou une déformation de la boîte crânienne.



Une atteinte de la fonction neurologique peut se manifester au niveau des pupilles. Les pupilles peuvent être réactives ou aréactives à un stimulus lumineux.

Le diamètre des pupilles est à observer. Elles peuvent être normales, en myosis (étroites) ou en mydriase (larges). Il peut y avoir une différence entre les deux pupilles donc le myosis ou la mydriase peut être unilatérale ou bilatérale (anisocorie).

La fonction neurologique peut être testée en observant la motricité des membres inférieurs et supérieurs ainsi que leurs sensibilités.

Figure 25 Différences des pupilles
Source : La mydriase / anisocorie en neuro-réa

La nature des atteintes neurologiques sont diverses, soit lié à un traumatisme comme un choc sur la tête, soit une maladie atteignant directement le cerveau (maladie vasculaire cérébrale) ou la moelle épinière ou les nerfs, soit par une intoxication (mésusage de médicament), soit par un manque de sucre.

En résumé la fonction neurologique va être étudiée comme suit :

Fonction neurologique

Alerte (répond aux questions)

Voix (répond à une stimulation verbale)

Pain (répond à une stimulation douloureuse)

Unresponsive (ne réagit pas)

Orientée : Espace Temps

Agitée Confus Somnolent

Perte de connaissance : Oui Non

Combien de temps :

Traumatisme crânien : Oui Non

Pupilles : Réactive Aréactive

Myosis Mydriase

Bilatérale Unilatérale

Motricité des membres : Oui Non

Sensibilité des membres : Oui Non

Figure 26 Bilan de la fonction neurologique

b) Bilan respiratoire

La fonction respiratoire a pour rôle de transporter en permanence de l'oxygène à l'organisme depuis l'air ambiant et en le transportant au niveau des alvéoles pulmonaires avant qu'il ne soit pris en charge par la circulation sanguine.

Elle permet aussi d'évacuer le dioxyde de carbone relâché par les cellules.

Cette fonction peut être altérée par plusieurs facteurs :

- L'obstruction complète ou partielle des voies aériennes (exemples : un corps étranger, une allergie, un traumatisme ou une infection)
- Les maladies pulmonaires
- Le traumatisme du thorax
- L'inhalation de produits caustiques ou de fumées

Le bilan respiratoire est basé sur l'évaluation de la respiration. On va observer la partie supérieure de l'abdomen et la partie inférieure du thorax d'une victime.

Pour faire le bilan respiratoire, la fréquence respiratoire va être observée. On va comptabiliser le nombre de respiration.

L'amplitude respiratoire va être qualifiée. On va chercher à savoir si l'abdomen et le thorax se soulèvent et s'affaissent à chaque respiration.

La régularité est un critère à prendre en considération.

La respiration peut ne pas être symétrique entre le poumon gauche et le poumon droit, il est important de le notifier dans ce cas.

La fonction respiratoire peut être atteinte et dans ce cas la qualité respiratoire est modifiée. On peut donc avoir une respiration superficielle ou difficile parfois bruyante comme sifflante ou ronflante.

Les muqueuses peuvent être cyanosées dans le cas d'une atteinte prolongée de la fonction respiratoire.

En résumé le bilan de la fonction respiratoire :

Fonction respiratoire

Fréquence respiratoire : mvts/min

Amplitude : lente normale rapide

Symétrique : Oui Non

Régulière : Oui Non

Qualité de la respiration :

Normale Superficielle Difficile

Bruyante :

- Sifflante
- Ronflante

Aspect des muqueuses : Cyanosées

SpO₂ : %

Figure 27 Bilan de la fonction respiratoire

c) *Bilan circulatoire et cardiovasculaire*

La fonction circulatoire permet

- De transporter l'oxygène des poumons vers les tissus où il est utilisé
- De transporter de l'énergie extraite des aliments vers les cellules
- De recueillir le dioxyde de carbone puis de le transporter vers les poumons pour être éliminé
- De recueillir les déchets des aliments et de les éliminer, entre autres, dans les urines

Une atteinte de la circulation peut avoir plusieurs causes :

- Une perte de sang à la suite d'une hémorragie qu'elle soit externe ou interne, secondaire à un traumatisme ou non
- Une perte de de liquide ou de plasma comme lors de brulures étendues ou une déshydratation (diarrhées importante...)
- Une atteinte du cœur qui devient incapable de pomper le sang comme lors d'un infarctus du myocarde ou l'insuffisance cardiaque
- Une dilatation excessive des vaisseaux sanguins, suite à une réaction allergique grave ou à une intoxication

Pour savoir si la fonction circulatoire est atteinte, le pouls est le critère évaluable. On va chercher le pouls radial si possible sinon le pouls carotidien.

Les critères recherchés sont la fréquence cardiaque en comptant le nombre de battements par minute. L'amplitude du pouls à savoir s'il est bien frappé ou filant est une indication sur une atteinte de la fonction circulatoire.

La régularité du pouls permet de savoir s'il y a une atteinte cardiovasculaire.

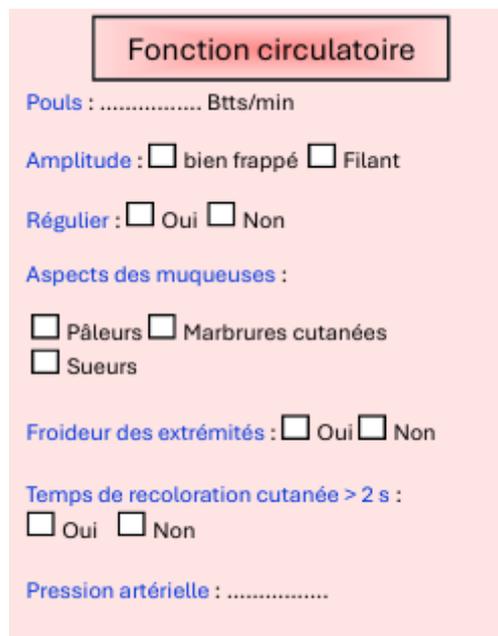
L'aspect des muqueuses peut être un bon indicateur de cette fonction, si les muqueuses sont pâles ou qu'il y a des marbrures cutanées ou des sueurs.

Si la fonction circulatoire est atteinte, il peut y avoir une froideur des extrémités des membres. Il est conseillé de toucher les extrémités des membres pour déceler une perte de vascularisation des membres.

Dans ce registre, on peut calculer un temps de recoloration cutanée. Normalement ce temps est inférieur à 2 secondes.

Il est important de prendre la tension de la victime si on a le matériel à disposition.

Résumé du bilan de la fonction circulatoire :



Fonction circulatoire

Pouls : Btts/min

Amplitude : bien frappé Filant

Régulier : Oui Non

Aspects des muqueuses :

Pâleurs Marbrures cutanées

Sueurs

Froider des extrémités : Oui Non

Temps de recoloration cutanée > 2 s :

Oui Non

Pression artérielle :

Figure 28 Bilan de la fonction circulatoire

3. Bilan complémentaire

Après avoir réalisé les bilans de la fonction vitale, le bilan complémentaire peut être rempli.

On va retrouver dans le bilan complémentaire :

- MHTA
- PQRST
- Ainsi que des contrôles supplémentaires

Le **bilan MHTA** permet de faire un point sur les antécédents de la victime s'ils sont connus ou si on y a accès.

Le pharmacien peut facilement remplir ce bilan avec l'historique de délivrances des traitements ou si le dossier pharmaceutique de la victime est ouvert.

On va dans ce bilan chercher à connaître la ou les maladies de la victime, savoir si elle a été hospitalisée récemment ou non, renseigner les médicaments que prend la victime ainsi que savoir si elle a des allergies connues.

Le bilan PQRST permet de retracer l'accident :

- **P**rovoqué par
- **Q** (type de douleur)
- **R**égion corporelle touchée
- **S**core EVA de la douleur entre 0 (faible) et 10 (élevée)
- Depuis combien de **T**emps

Il existe d'autres valeurs biologiques à contrôler comme la glycémie et la température corporelle.

Résumé du bilan complémentaire :

BILAN COMPLÉMENTAIRE			
Maladie(s)		P	Provoqué par
Hospitalisation		Q	Type de douleur
Traitements		R	Région corporelle touchée
Allergies		S	EVA (entre 0 et 10)
Glycémie : g/L de sang (0.7 – 1.10 g/L ou 3.9 – 6.05 mmol/L) Température : Contrôler si la victime ne sait pas fait dessus, ce qui peut être un facteur d'atteinte neurologique		T	Depuis combien de temps

Figure 29 Bilan complémentaire

4. Surveillance de la victime

La surveillance de la victime est le dernier acte à réaliser. Le but est de surveiller la victime dans l'attente des secours.

L'état de la victime peut s'aggraver rapidement durant sa prise en charge ou après. On doit être attentif de l'évolution de l'état de la victime.

La surveillance de la victime se fait :

- En lui parlant
- En contrôlant les fonctions vitales de la victime
- En recherchant une aggravation de plainte

Il faut faire attention que la victime n'ait ni chaud ni froid donc il faut couvrir si possible la victime avec une couverture de survie.

Les constantes et les fonctions sont à contrôler dans l'idéale toutes les 5 minutes.

SURVEILLANCE
Faire une surveillance des constantes toutes les 5 mins pour déceler une aggravation. Couvrir la victime pour éviter une hypothermie et éviter le contact direct avec le sol.

Figure 30 Acte de surveillance

La fiche bilan est disponible en annexe.

E. La transmission de l'urgence

Cette action consiste à informer un service d'urgence de la présence d'une ou de plusieurs victimes affectées par une ou plusieurs détresses ainsi que la nature de l'incident. Cela aide à la mise en œuvre de la chaîne de secours. Plus l'alerte transmise sera précise, plus les services de secours agiront rapidement et efficacement sur les lieux.

Dans un contexte de détresse, l'absence d'information à un service d'urgence peut compromettre la vie ou la santé d'une victime malgré les premiers secours assurés par un secouriste.

Avant de transmettre l'alerte, il est primordial d'avoir certaines informations à transmettre lors de l'appel :

- Intervenant appelant : Nom/Prénom, fonction, numéro de téléphone
- Nature de l'incident
- La localisation la plus précise possible sinon des coordonnées GPS
- Le nombre de victime et la gravité pour chaque victime : indiquer ce qui a été vu lors du bilan
- Les premières mesures prises et les gestes effectués

Il existe différents services de secours. Pour une efficacité d'action, il est important de savoir quelle plateforme privilégier lors de la transmission de l'alerte.

- Le 18 : les sapeurs-pompiers pour tout problème de secours, notamment accidents et incendies
- Le 15 : le SAMU – centre 15 pour tout problème urgent de santé et apporter une réponse médicale adaptée
- Le 17 : la police ou la gendarmerie pour tout problème de sécurité ou d'ordre public
- Le 112 : numéro d'appel unique des urgences sur le territoire européen, destiné aux étrangers circulant en France ou aux français circulant en Europe. En France, ce numéro ne se substitue pas aux autres numéros d'urgence.

Tous ces centres d'appels sont interconnectés et se tiennent mutuellement informés. Cela permet une réponse plus efficace des services d'urgences.

VI. Conclusion

La prise en charge d'urgence absolue ou relative ne représente qu'une toute petite partie de l'activité du pharmacien d'officine. Le rôle du pharmacien d'officine est limité dans la prise en charge d'une victime. En effet, les restrictions qu'il rencontre sont d'ordre législatif avec l'exercice illégal de la médecine mais aussi une limite de moyens et de connaissances.

Pour l'heure, il n'existe qu'une seule formation de secourisme obligatoire pour les pharmaciens : l'AFGSU 2. Elle se déroule lors de la 4^e année des études de pharmacie. Cette formation a besoin d'être renouvelée 4 ans après son obtention pour être valable.

Il existe un manque d'information quant au renouvellement de l'AFGSU. Peu de structures peuvent permettre ce renouvellement.

De nombreuses formations existent grâce au DPC qui ne sont pas obligatoires.

Un des axes d'amélioration pourrait être de mettre en place des sessions de renouvellement de formations obligatoires.

Le pharmacien d'officine étant un professionnel de santé de proximité et disponible, il n'est pas rare que des patients le consultent avant d'aller voir un médecin.

Avec une actualisation des compétences pratiques et théoriques plus régulière, le pharmacien d'officine peut plus aisément réaliser une intervention efficace et structurée. Cette aisance peut éviter des atteintes fonctionnelles ou vitales pour la victime. Le pharmacien d'officine pourrait valoriser sa place dans la chaîne de secours.

Le pharmacien d'officine serait un acteur de proximité de la prise en charge d'urgence vitale. La présence du pharmacien peut aider les secouristes dans le bilan secondaire avec l'acronyme MHTA qui retrace les maladies, les hospitalisations, les traitements et les allergies.

La chaîne de secours se verrait étoffée mais pas modifiée grâce à ces acteurs majeurs que sont le SAMU et les pompiers.

Sources / Bibliographies

- 1) *Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse.*
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>. Consulté le 2 août 2024.
- 2) *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine.* <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=urgence>. Consulté le 2 août 2024.
- 3) *Article 223-6 - Code pénal - Légifrance.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588?init=true&page=1&query=sera+puni+des+m%C3%A0mes+peines+quiconque+s%E2%80%99abstient+volontairement+de+porter+%C3%A0+une+personne+en+p%C3%A9ril+l%E2%80%99assistance+que%2C+sans+risque+pour+lui+ou+pour+les+tiers%2C+il+pouvait+lui+pr%C3%A0ter+soit+par+son+action+personnelle%2C+soit+en+provoquant+un+secours&searchField=ALL&tab_selection=all. Consulté le 2 août 2024.
- 4) *Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (Articles 223-5 à 223-7-1) - Légifrance.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165289?init=true&page=1&query=sera+puni+des+m%C3%A0mes+peines+quiconque+s%E2%80%99abstient+volontairement+de+porter+%C3%A0+une+personne+en+p%C3%A9ril+l%E2%80%99assistance+que%2C+sans+risque+pour+lui+ou+pour+les+tiers%2C+il+pouvait+lui+pr%C3%A0ter+soit+par+son+action+personnelle%2C+soit+en+provoquant+un+secours&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000037289588#LEGIARTI000037289588. Consulté le 2 août 2024.
- 5) *Chapitre V : Déontologie (Articles R4235-1 à R4235-77) - Légifrance.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/2022-03-31. Consulté le 2 août 2024.

- 6) *Chapitre IV : Discipline. (Articles L4234-1 à L4234-10) - Légifrance.*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171299?init=true&page=1&query=L4234-6&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000034059260#LEGIARTI000034059260. Consulté le 2 août 2024.
- 7) *Chapitre 1er : Exercice illégal. (Articles L4161-1 à L4161-6) - Légifrance.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000048687675/2024-08-05/?isSuggest=true>. Consulté le 5 août 2024.
- 8) « Éducation à la sécurité ». *Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse,*
<https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo30/MENE1617837C.htm>. Consulté le 5 août 2024.
- 9) « Contenu des journées « défense et citoyenneté » ». *Sénat,* 15 septembre 2016,
<https://www.senat.fr/questions/base/2016/qSEQ160923222.html>.
- 10) *Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.* Consulté le 5 août 2024.
- 11) *l'Intérieur, Ministère de. « Les recommandations et les référentiels ».*
[http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels,](http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels)
<http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Secourisme-et-associations/Les-recommandations-et-les-referentiels>. Consulté le 2 août 2024.
- 12) *Cours : Le bilan XABCDE.* <https://www.plateforme-apis.fr/course/view.php?id=4615>. Consulté le 5 août 2024.
- 13) *Formation Premiers secours | Ma Formation Officinale.*
<https://www.maformationofficinale.com/faceToFaceOnly/premiers-secours-vaas>. Consulté le 5 août 2024.

- 14) Arrêté du 23 août 2019 modifiant l'arrêté du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques de niveau 1 » - *Légifrance*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039117556>. Consulté le 21 août 2024.
- 15) Casaurang P. *Les multiples assistances demandées en officine. Analyse et évaluation. Annales Pharmaceutiques Françaises*. 1998, 56 (4): 187-190.
- 16) JUAN, Alice. « PUPS : le programme qui forme les pharmaciens aux premiers secours ! » *Fondation Urgo*, 30 juin 2023, <https://fondation-urgo.fr/2023/06/30/pups-le-programme-qui-forme-les-pharmaciens-aux-premiers-secours/>.

ANNEXE 1 : Questionnaire

Gestion des premiers secours à l'Officine

Bonjour,

Je m'appelle Quentin Trogneux, je suis pharmacien diplômé depuis 2022 .

Je suis également Pharmacien Sapeur Pompier volontaire au Service Départemental d'Incendie et de Secours de Haute-Garonne (SDIS 31).

Dans le cadre de nos études de pharmacie, nous sommes formés aux gestes de secours. Qu'en est-il de notre ressenti et de l'application de cette formation?

Je réalise ma thèse d'exercice sur les différentes situations qui vous ont conduit à utiliser vos compétences et connaissances sur les gestes de premiers secours, soit à l'Officine soit en dehors et sur le ressenti que vous avez eu par la suite.

Le but de ce sondage est d'en apprendre davantage sur les situations de premiers secours rencontrées et de pouvoir, potentiellement, mettre en place des sessions de formations adaptées aux besoins des équipes officinales.

Merci par avance pour votre participation.

** Indique une question obligatoire*

1. Dans quel département exercez-vous? *

Plusieurs réponses possibles.

Haute-Garonne

Autre : _____

2. Depuis combien de temps êtes-vous Pharmacien? *

Plusieurs réponses possibles.

< de 5 ans

Entre 5 et 10 ans

Entre 10 et 20 ans

> 20 ans

3. Avez-vous été formé(e) au secourisme? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 4*

Non *Passer à la question 11*

Formé au secourisme

4. Quelle(s) formation(s) avez vous suivie(s)? *

Une seule réponse possible.

PSC 1 (= Prévention et secours civique)

PSE 1 (= Premier secours en équipe)

FGSU (1,2 ou 3) (= Formation aux gestes et soins d'urgence)

Autre : _____

5. Considérez-vous que cette (ces) formation(s) prépare(nt)-elle à faire face à une situation d'urgence *

Une seule réponse possible.

Pas du tout *Passer à la question 6*

Insuffisamment *Passer à la question 6*

Suffisamment *Passer à la question 8*

Parfaitement *Passer à la question 8*

Axe d'amélioration

6. Quel serait l'axe d'amélioration?

Renouvellement de formations

7. Savez-vous que ces formations sont à renouveler? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 9*

Non *Passer à la question 8*

Non renouvellement de formations

8. Pourquoi ne pas les avoir renouvelé(es)? *

Une seule réponse possible.

Manque de temps

Manque d'intérêt

Pas concerné

Manque d'information sur les organismes existant dans ce domaine

Situation d'urgence

9. Avez-vous déjà pris en charge une personne victime d'une urgence vitale nécessitant l'intervention rapide du SAMU? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10. Organisez dans l'ordre ce qui pour vous est la procédure de la prise en charge d'un arrêt cardiaque *

Plusieurs réponses possibles.

	1	2	3	4
Massage cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Définir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appeler le 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libérer les voies aériennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Définir

11. Avez-vous un défibrillateur dans votre Pharmacie? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 13*
- Non *Passer à la question 12*

Localisation du défibrillateur

12. Savez-vous où se situe le défibrillateur le plus proche de votre officine?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Souhait de formation

13. Connaissez-vous l'association PUPS (Pharmacie Urgence Premiers secours)? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

14. Souhaiteriez-vous faire des stages de formation aux gestes de secours d'urgence vitale? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

15. Quelle serait, selon vous, la fréquence idéale de formation? *

Plusieurs réponses possibles.

1 formation par mois

1 formation par trimestre

1 formation par semestre

1 formation annuelle

1 formation tous les 5 ans

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

ANNEXE 2 : Réponses libres concernant l'axe d'amélioration des formations

- « Formation continue avec SAMU et pompiers »
- « Il faudrait refaire la formation chaque année »
- « refaire une formation car ma formation est très ancienne »
- « un d u ou autre disponible dans le dpc »
- « le probleme repose surtout sur le fait de la refaire régulièrement en étant mis en situation de stress »
- « Une formation plus régulière et peut être une mise en situation avec suivi du SMUR pendant la 5ème année de pharmacie ? »
- « Manque de réalité dans la prise en charge pas de notion d'urgence comme il peut il y avoir dans la vie réel »
- « La gestion de l'urgence en milieu réel avec le stress »
- « Formation complémentaire »
- « Plus de pratique »
- « Module de télé formation » »
- « Ma formation remonte à bientôt 20 ans, un rappel régulier ne ferait pas de mal »
- « Rappel tous les ans »
- « Approfondir pour les professionnels de santé »
- « Remise à niveau régulièrement »
- « Des rappels (pourquoi pas tous les 2 ans) »
- « LA REPETITION DE LA FORMATION »
- « Rappel de formation régulièrement »
- « des formations disponibles en e-learning par exemple et/ou plateformes avec des vidéos d'appui pour refaire certains actes qui, au fil des années, on peut avoir oublier »
- « Faire des formations de façon plus régulière »
- « Recap écrit à afficher »
- « Mise en situation sur lieux »
- « Rendre obligatoire les formations »
- « remise à niveau »
- « Rappel de formation 1 fois par an »
- « Formation supplémentaire »
- « Piqûre de rappel tous les 2 ans ! »
- « Mise à niveau plus régulière »

« Des rappels de formation tous les 3 à 5 ans »

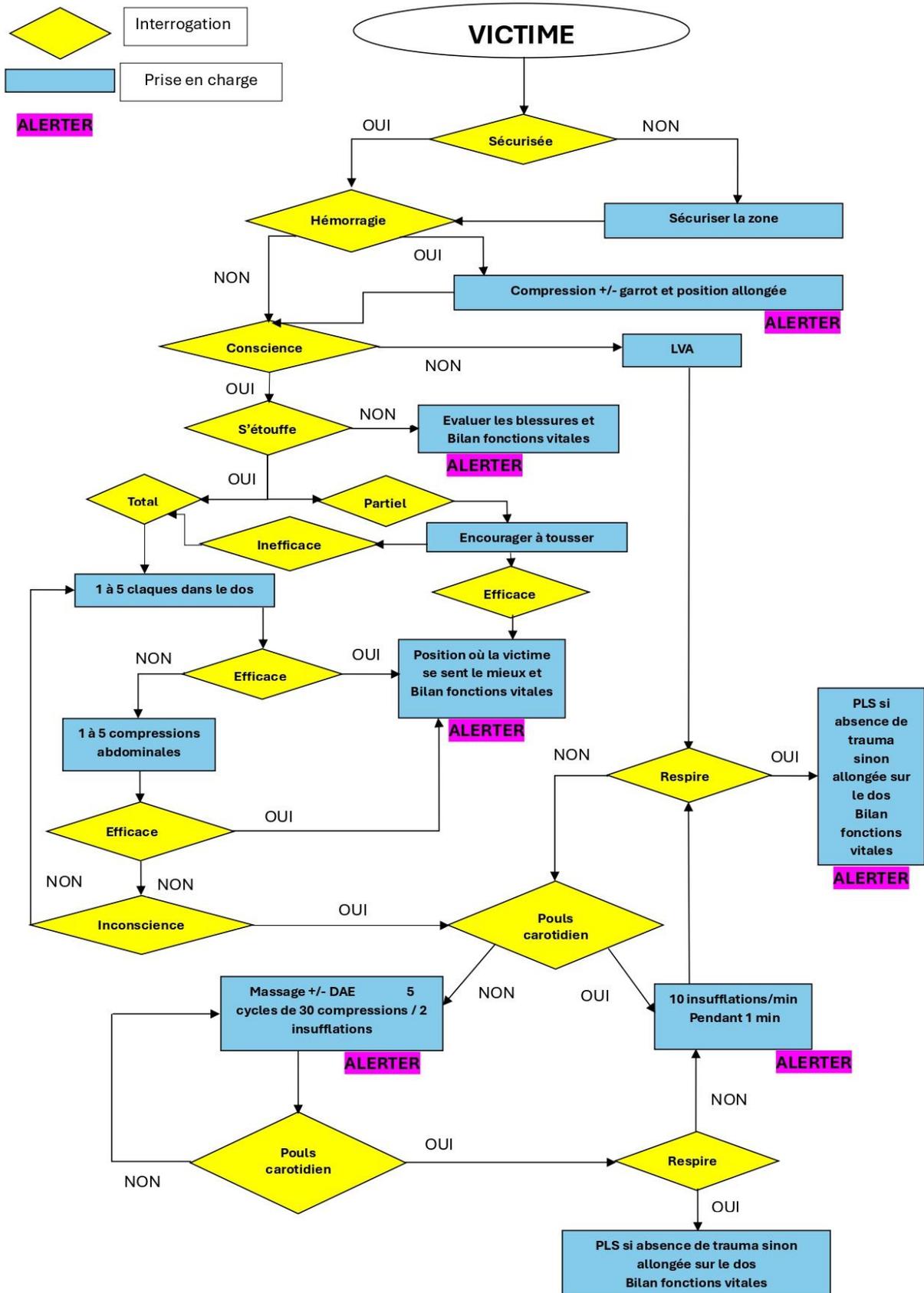
« L'intégrer dans les études et obligation de mise à jour des connaissances »

« Des mises en situation fréquentes à l'officine »

« Réalisation de Pansement et point (mais acte médical donc compréhensible mais nous en sommes de plus en plus confronté) »

« Reproduire des formations annuellement et obligatoires pour les équipes officinales »

ANNEXE 3 : Arbre décisionnel



ANNEXE 4 : Fiche bilan

FICHE BILAN				
BILAN CIRCONSTANCIEL				
Date :/...../..... Heure :h..... Lieu :				
Nature de l'incident : Zone sécurisée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Nombre de victimes :				
VICTIME				
Nom : Prénom : Age : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Adresse : Ville : Code postal :				
BILAN DES FONCTIONS VITALES				
DÉTRESSE VITALE EVIDENTE				
Hémorragie	OBVA	Pouls carotidien	Ventilation	Conscience
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fonction neurologique				
<input type="checkbox"/> Alerte (répond aux questions) <input type="checkbox"/> Voix (répond à une stimulation verbale) <input type="checkbox"/> Pain (répond à une stimulation douloureuse) <input type="checkbox"/> Unresponsive (ne réagit pas) Orientée : <input type="checkbox"/> Espace <input type="checkbox"/> Temps <input type="checkbox"/> Agitée <input type="checkbox"/> Confus <input type="checkbox"/> Somnolent Perte de connaissance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Combien de temps : Traumatisme crânien : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pupilles : <input type="checkbox"/> Réactive <input type="checkbox"/> Aréactive <input type="checkbox"/> Myosis <input type="checkbox"/> Mydriase <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> Unilatérale Motricité des membres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Sensibilité des membres : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Fonction respiratoire				
Fréquence respiratoire : mvts/min Amplitude : <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> rapide Symétrique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Régulière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Qualité de la respiration : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Bruyante : - Siffilante <input type="checkbox"/> - Ronflante <input type="checkbox"/> Aspect des muqueuses : <input type="checkbox"/> Cyanosées SpO ₂ : %				
Fonction circulatoire				
Pouls : Btts/min Amplitude : <input type="checkbox"/> bien frappé <input type="checkbox"/> Filant Régulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aspects des muqueuses : <input type="checkbox"/> Pâleurs <input type="checkbox"/> Marbrures cutanées <input type="checkbox"/> Sueurs Froideur des extrémités : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Temps de recoloration cutanée > 2 s : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pression artérielle :				
BILAN COMPLÉMENTAIRE				
Maladie(s)		P	Provoqué par	
Hospitalisation		Q	Type de douleur	
Traitements		R	Région corporelle touchée	
Allergies		S	EVA (entre 0 et 10)	
Glycémie : g/L de sang (0.7 – 1.10 g/L ou 3.9 – 6.05 mmol/L) Température :		T	Depuis combien de temps	
Contrôler si la victime ne sait pas fait dessus, ce qui peut être un facteur d'atteinte neurologique				
SURVEILLANCE				
Faire une surveillance des constantes toutes les 5 mins pour déceler une aggravation. Couvrir la victime pour éviter une hypothermie et éviter le contact direct avec le sol.				

RESUME en français

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé de proximité et facilement accessible.
Lors de son cursus pharmaceutique, le pharmacien apprend comment prendre en charge une victime qui a besoin de soin d'urgence.

Malgré une forte demande des pharmaciens d'officine, cette formation n'est pas renouvelée.

Par l'intermédiaire d'un questionnaire, les pharmaciens d'officine ont partagé leurs perceptions et les attentes qu'ils ont concernant la prise en charge d'urgence vitale au comptoir.

La création d'un arbre décisionnel permettra aux pharmaciens qui le souhaitent d'optimiser leur prise en charge face à une urgence vitale.

Titre et résumé en Anglais : Emergencies at the pharmacy: role of the pharmacist, perceptions and expectations

The dispensing pharmacist is a local and easily accessible health professional.

During his pharmaceutical course, the pharmacist learns how to take care of a victim who needs emergency care.

Despite a strong demand from dispensing pharmacists, this training is not being renewed.

Through a questionnaire, dispensing pharmacists shared their perceptions and expectations regarding life-saving emergency care at the counter.

The creation of a decision tree will allow pharmacists who wish to do so to optimize their care in the face of a life-threatening emergency.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie

MOTS-CLES : Urgences à l'officine, formations, enquête, arbre décisionnel, fiche bilan

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

UFR - Faculté des Sciences Pharmaceutiques

35 chemin des maraichers

31400 Toulouse

Directeur de thèse : Alquier Vincent