

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

Année 2009

N°41

**THÈSE
pour le**

**DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

Sylvain Roussel

Présentée et soutenue publiquement le 24 Septembre 2009

**PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE PAR LE
PHARMACIEN D'OFFICINE :
Enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury :

**Mme Nicole GRIMAUD, Maître de conférences
de Pharmacologie**

M.Thierry RENAUDIN, Pharmacien

M.Olivier SOREL, Pharmacien

SOMMAIRE

Introduction	4
PARTIE I:	5
Les situations d'urgence couramment rencontrées à l'officine.	5
1. Qu'est-ce qu'une situation d'urgence ?	6
1.1 Quelle différence entre urgence et premiers secours ?	6
1.2 Les différents degrés d'urgence	7
1.3 Les différents types d'urgences rencontrées à l'officine	8
2. Le pharmacien face aux urgences	11
2.1 La protection de la victime	12
2.2 L'alerte des secours	14
2.3 Le secours de la victime	15
2.3.1 Les fiches techniques	15
2.3.2 Les arbres décisionnels	20
2.3.3 Les conduites à tenir (CAT)	24
2.3.4 Le cas particulier des antidotes	28
PARTIE II :	31
Enquête sur le pharmacien d'officine face aux situations d'urgence.	31
1. But de l'enquête	32
2. Méthodologie	32
3. Analyse de la demande de soins d'urgence à l'officine	34
3.1 Fréquence des demandes de soins d'urgence en pharmacie d'officine	34
3.2 Répartition de ces demandes en fonction du lieu d'implantation de l'officine	36
3.3 Les différents types d'urgences rencontrées sur le terrain	40
3.3.1 Les situations rencontrées à l'officine	40
3.3.2 La fréquence des situations rencontrées à l'officine	42
4. Analyse de l'offre actuelle de soins d'urgence à l'officine	50
4.1 L'état actuel de la formation des pharmaciens d'officine face aux situations d'urgence	50
4.1.1 La formation initiale	50
4.1.2 La formation continue	52
4.1.3 Les divers moyens d'information et de formation des officinaux	54
4.1.4 Bilan de la formation juridique pour la prise en charge des urgences	56
4.2 Evaluation de l'équipement et du matériel possédé pour répondre à la demande premiers secours	59
4.2.1 L'équipement d'urgence du pharmacien	60
4.2.2 L'équipement mis à disposition du public	61
4.2.3 Le tiroir d'urgence idéal à l'officine	62
4.3 Observations sur les difficultés rencontrées au cours des interventions à l'officine	65
4.3.1 Les interlocuteurs privilégiés	65
4.3.2 Le temps moyens d'attente des secours	68
4.3.3 Les difficultés rencontrées pendant l'attente des secours	70
4.3.4 Les différents obstacles empêchant le pharmacien d'exercer correctement les premiers soins	71
PARTIE III:	74
Les limites et l'évolution de la prise en charge des urgences à l'officine.	74

1. Les limites du champ d'action du pharmacien	75
1.1 Entretien avec Mr LeReste, Président du CROP des Pays de Loire	75
1.2 Les obstacles empêchant le pharmacien d'exercer correctement les premiers soins.....	80
1.2.1 L'absence ou le manque de formation	80
1.2.2 La peur de mal faire.....	81
1.2.3 Le risque d'engager sa responsabilité civile	81
1.2.4 Le risque de poursuites judiciaires.....	82
1.3 Le cadre judiciaire de la prise en charge des urgences	82
1.3.1 Les devoirs civiques et professionnels du pharmacien et de son équipe.....	83
1.3.2 Les poursuites encourues.....	84
1.3.3 La subjective limite de l'exercice illégal de la médecine.....	88
2. L'évolution de la prise en charge des urgences	92
2.1 L'évolution du rôle de pharmacien d'officine	92
2.1.1 Le cas des officines rurales	92
2.1.2 Le cas des officines de ville	93
2.2 Les conséquences de cette évolution pour le pharmacien d'officine.....	94
2.2.1 Les changements entraînés dans la profession	94
2.2.2 Les avantages et les inconvénients de cette évolution	95
2.3 Quel est l'avis des professions médicales concernées ?.....	96
2.3.1 L'avis des médecins.....	96
2.3.2 L'avis des pharmaciens	100
2.3.3 L'avis des patients des officines.....	101
2.4 La nouvelle loi HPST	103
2.4.1 Récapitulatif de la loi HPST	103
2.4.2 Les directives concernant les nouvelles missions du pharmacien.....	106
Conclusion	107
LISTE DES ABREVIATIONS	108
LISTE DES FIGURES.....	109
LISTE DES TABLEAUX.....	110
LISTE DES ANNEXES	111
BIBLIOGRAPHIE.....	125

Introduction

La pharmacie d'officine, au-delà de son activité de délivrance et de conseil en thérapeutique médicamenteuse a toujours été considérée comme un avant-poste de premiers secours permanent.

De récentes enquêtes montrent qu'une grande majorité des Français estiment indispensable de pouvoir bénéficier en officine de soins de première urgence.

De part ses compétences et sa proximité, le pharmacien se présente comme un acteur de santé polyvalent, constamment mis à l'épreuve dans la chaîne des premiers secours. Fort de tels constats, et aux vues des récentes évolutions en terme de Santé Publique concernant le rôle des pharmaciens, il paraît important d'observer de plus près la prise en charge des situations d'urgence par le pharmacien d'officine.

Cette thèse a donc pour but d'observer et d'évaluer la demande mais aussi l'offre actuelle en termes de premiers secours à l'officine.

Le cœur de la réflexion se fera autour d'une enquête distribuée aux pharmacies de Loire-Atlantique.

Sans que l'objectif de la thèse soit de détailler totalement la prise en charge technique des urgences par le pharmacien, nous observerons différents exemples de mises en situation à l'officine .Celles-ci auront pour but de préciser les bases théoriques et pratiques de la prise en charge des patients de l'officine.

Ensuite, nous analyserons l'enquête proprement dite en détaillant les différents types d'interventions rencontrées sur le terrain. Nous nous focaliserons également sur l'état de la formation des pharmaciens, et de leur équipement pour répondre à la demande d'urgence.

La dernière partie traitera plus largement les limites de cette prise en charge et argumentera notamment sur le cadre juridique.

Enfin nous concluons sur l'évolution du rôle du pharmacien dans le futur, en lien avec la nouvelle loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).

Cette étude aura ainsi pour but de constater les qualités et les défauts du système actuel tout en soulignant les axes à développer et les évolutions potentielles pour la profession de pharmacien d'officine.

PARTIE I:

**Les situations d'urgence
couramment rencontrées à
l'officine.**

1. Qu'est-ce qu'une situation d'urgence ? (2) (9)

1.1 Quelle différence entre urgence et premiers secours ?

Il semble important de différencier ces deux termes, commençons par les définir.

La situation d'urgence médicale :

« Le terme d'urgence médicale se définit comme la perception de toute situation empirant rapidement, ou susceptible de le faire, sans intervention médicale ou même avec. » (11)

Les premiers secours :

« Les premiers secours représentent l'ensemble des techniques d'aide apportée aux personnes victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'un problème de santé ou d'un problème social compromettant à court terme leur état de santé. Ces techniques permettent d'apporter des réponses efficaces devant un danger vital et ont comme objectif d'en minimiser les conséquences tout en assurant la survie des personnes en leur prodiguant des premiers soins d'urgence. » (11)

Les premiers secours représentent le relais de la chaîne des secours jusqu'à la prise en charge par des services d'urgence spécialisés.

L'urgence correspond donc à une perception d'une situation nécessitant par la suite les premiers secours adaptés.

Les premiers secours sont donc la conséquence directe de l'urgence constatée.

1.2 Les différents degrés d'urgence

Le pharmacien sera amené à agir efficacement sur les deux maillons de la chaîne de secours.

Le premier maillon concerne l'identification des signes de détresse vitale et la transmission de l'alerte, tandis que le deuxième maillon s'applique à la réalisation des gestes de premier secours.

Il faudra donc que le pharmacien d'officine soit à même de reconnaître les différents degrés d'urgence pour prodiguer les premiers soins d'urgence adaptés et faire le relais en attendant les secours. Ceci permettra également de ne pas déranger systématiquement ces mêmes secours pour des cas de « fausses urgences ».

On peut classer ces situations d'urgence en deux types :

-Les urgences vitales ou absolues :

Elles correspondent à des situations où la victime présente des signes de détresse vitale.

Exemple : détresse circulatoire, ventilatoire, perte de conscience...

-Les urgences relatives :

Elles correspondent à des situations nécessitant rapidement une prise en charge, sans que le pronostic vital de la victime soit mis en jeu.

Exemple : malaise vagal, entorse, épistaxis, contraception d'urgence...

1.3 Les différents types d'urgences rencontrées à l'officine (9) (2)

A quel type d'urgence le pharmacien d'officine peut-il être exposé ?

Potentiellement à toutes. Le pharmacien doit en effet pouvoir réagir face à n'importe quelle situation, urgences vitales et relatives confondues.

On constate cependant, que certaines urgences reviennent plus fréquemment que d'autres.

Le classement suivant est non exhaustif. Il a d'abord pour but de lister par catégories les urgences que le pharmacien d'officine doit savoir reconnaître mais également de révéler l'étendue des compétences à posséder pour la prise en charge à l'officine de telles urgences. Ce tableau permet de réaliser l'importance de la formation et du recyclage nécessaires, étant donné la variété des situations existantes.

Les situations d'urgence classées par catégorie (2)

URGENCE CARDIO-VASCULAIRE

- Infarctus du myocarde
- Crise d'angor
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Arrêt cardio-ventilatoire
- Crise hypertensive
- Bradycardie
- Palpitations/tachycardie
- Phlébite et embolie pulmonaire

URGENCE NEUROLOGIQUE

- Céphalées
- Vertiges
- Crise de migraine
- Convulsions / crise d'épilepsie
- Malaise
- Malaise / coma diabétique
- Névralgie

URGENCE DERMATOLOGIQUE

- Purpura (méningite à méningocoque)
- Brûlures du deuxième et troisième degré
- Coup de soleil étendu avec fièvre
- Réaction cutanée allergique
- Erysipèle
- Urticaire
- Ongle incarné
- Panaris

URGENCE PEDIATRIQUE

- Diarrhée sévère de l'enfant
(avec perte de poids de + de 8 %)
- Fièvre importante et prolongée
- Méningite
- Traumatisme crânien
- Syndrome méningé
- Vomissement de l'enfant

URGENCE RESPIRATOIRE

- Œdème aigu du poumon (OAP)
- Pneumothorax
- Crise d'asthme
- Asphyxie
- Embolie pulmonaire

URGENCE OPHTHALMOLOGIQUE

- Baisse brutale de l'acuité visuelle
(BAV) : glaucome aigu...
- Douleur oculaire, photophobie
- Kératite
- Uvéite
- Brûlure oculaire
- Détachement de rétine
- Conjonctivite compliquée
- Corps étranger oculaire
- Œil traumatique

URGENCE DENTAIRE /STOMATOLOGIQUE

- Abscess dentaire
- Douleur dentaire
- Fracture de dent

URGENCE GASTRO-ENTEROLOGIQUE

- Crise d'appendicite
- Colique abdominale / hépatique
- Occlusion intestinale
- Douleur épigastrique/Reflux
gastro-oesophagien (RGO)
- Hémorragie digestive
- Ulcère gastroduodénal

URGENCE TRAUMATIQUE

- Contusion fermée avec ecchymose
- Traumatisme avec hémorragie interne
- Sciatique
- Lumbago
- Tendinite
- Section de membre
- Traumatisme crânien
- Entorse / fracture
- Hémorragie
- Plaie grave
- Morsure / griffure
- Piqûre de guêpe / d'araignée

URGENCE ORL

- Epistaxis récidivant
- Obstruction des voies aériennes
- Otalgie avec écoulement
- Rupture du tympan
- Surdité brutale
- Toux violente avec hémoptysie

URGENCE GYNECOLOGIQUE

- Douleur de règles
- Fausse couche spontanée
- Grossesse extra-utérine
- Crise hypertensive
- Menace d'accouchement prématuré (MAP)

URGENCE NEPHROLOGIQUE/UROLOGIQUE

- Colique néphrétique
- Cystite avec pyurie
- Pyélonéphrite
- Hématurie
- Rétention aigue d'urine

URGENCE D'ADDICTOLOGIE

- Overdose aux opiacés de substitution
- Overdose morphinique (héroïne)
- Syndrome de manque en opiacés

URGENCE PSYCHIATRIQUE

- Crise d'agitation
- Tentative de suicide
- Crise de délire

URGENCES DIVERSES

- Choc anaphylactique
- Œdème de Quincke
- Coup de chaleur / hyperthermie
- Crise de spasmophilie
- Crise hémorroïdaire
- Contraception d'urgence

INTOXICATIONS

- Ingestion ou contact cutané avec des produits caustiques
- Intoxication par produits domestiques et industriels
- Intoxication par des champignons / végétaux
- Intoxication médicamenteuse volontaire ou non
- Intoxication au monoxyde de carbone (CO)
- Intoxication par des toxiques illicites (Cannabis, cocaïne, amphétamines...)

Conclusion :

Nous avons ainsi constaté la variété des mises en situation possibles à l'officine. Il faut bien comprendre que dans tous les cas présentés, le pharmacien se devra d'agir rapidement par des gestes simples et veillera avant tout à ne pas nuire à la victime par ses actions.

Penchons nous maintenant sur l'approche théorique et pratique de la prise en charge de ces situations.

2. Le pharmacien face aux urgences (10) (2) (1)

La prise en charge comprend trois étapes majeures :

- PROTEGER la victime
- ALERTER les secours
- SECOURIR la victime

2.1 La protection de la victime

Cette étape correspond au cas où un accident aurait lieu sur la voie publique environnant l'officine.

Ce qui est important dans cette première étape c'est l'analyse de la situation et la correcte évaluation du danger pour soi-même
pour la victime
pour les tiers.

On peut résumer la conduite à tenir par l'arbre décisionnel suivant :

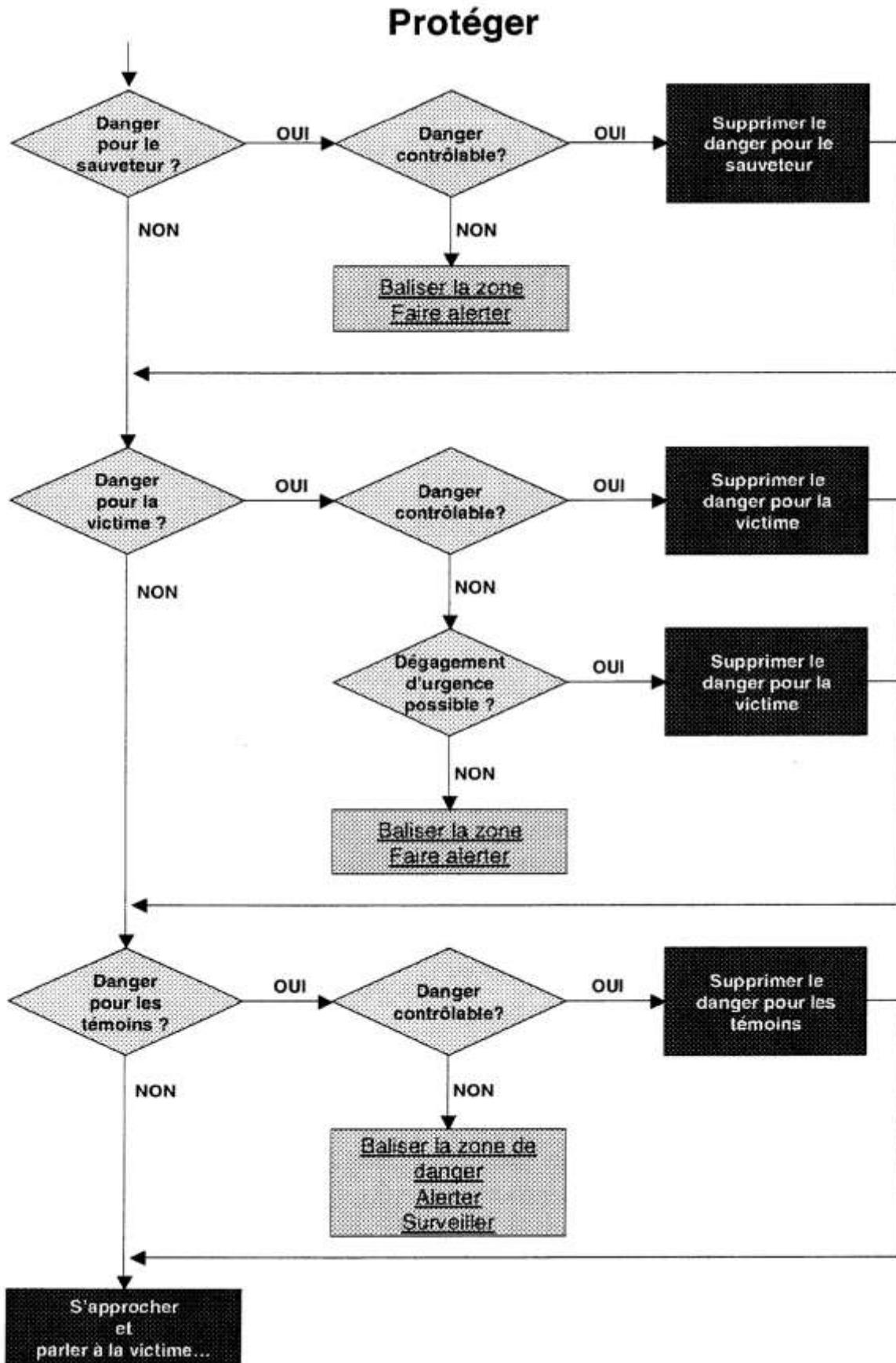


Figure 1 : Arbre décisionnel pour la protection des victimes

2.2 L'alerte des secours

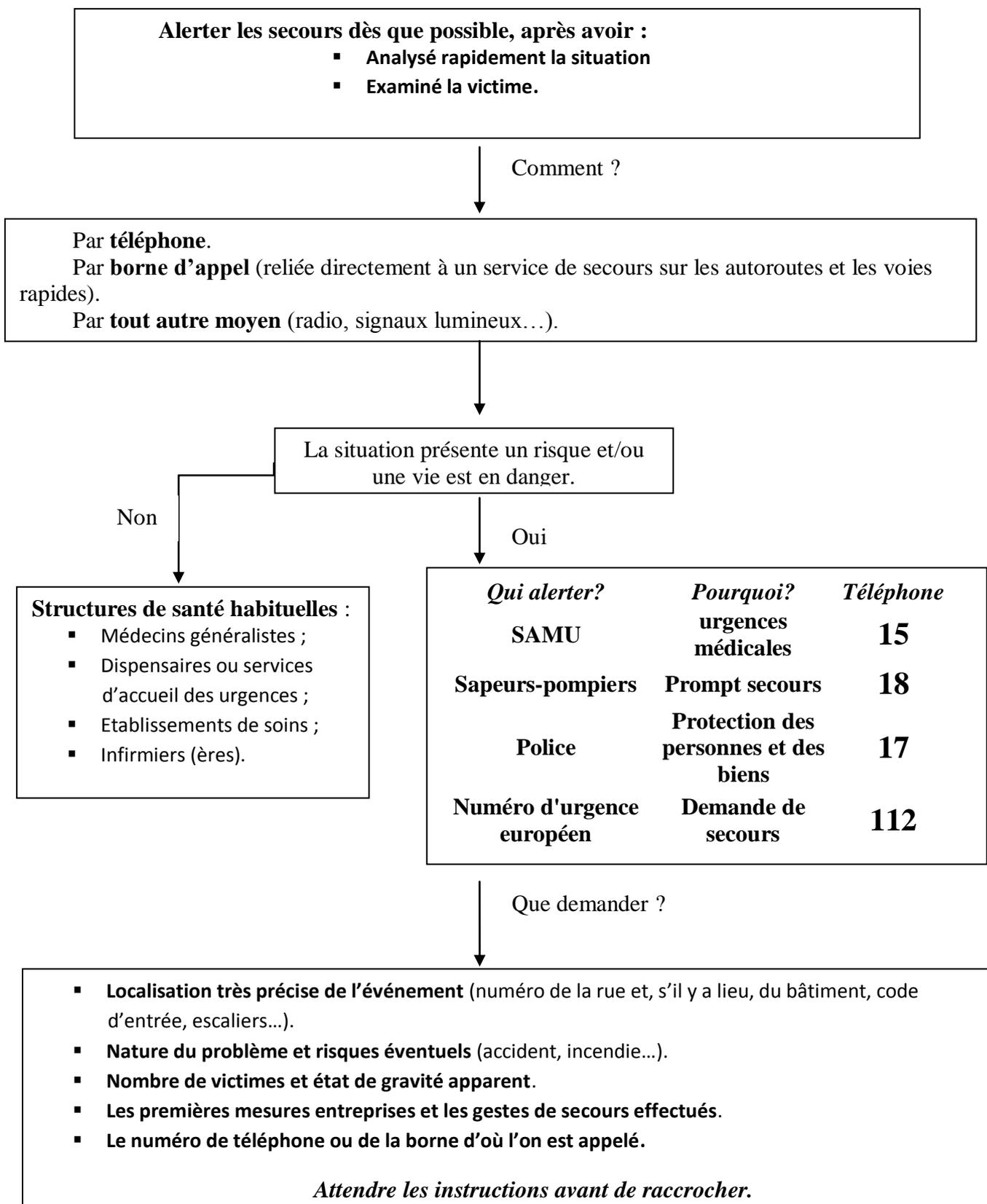


Figure 2 : Arbre décisionnel pour l'alerte des secours (2)

Cette étape nécessitera donc à nouveau une bonne analyse de la situation et un examen rapide de la victime. Elle sera directement suivie par l'étape de secours à la victime.

2.3 Le secours de la victime

En complément des conseils et de l'appui à distance des secours, le pharmacien devra lui-même gérer la situation en attendant l'arrivée de pompiers ou du SAMU.

Cette étape de premiers secours à la victime est extrêmement importante. L'attente des secours peut paraître très longue et le pharmacien doit savoir réagir calmement mais surtout agir rapidement.

C'est pourquoi le pharmacien aura besoin d'une connaissance théorique qu'il devra nécessairement savoir mettre en pratique au moment voulu.

Il existe trois supports théoriques simples et efficaces : les fiches techniques, les arbres décisionnels et les diagrammes de conduite à tenir (CAT).

2.3.1 Les fiches techniques

Elles correspondent à un rappel des gestes fondamentaux permettant d'apprécier les signes de détresse et d'effectuer les gestes de premiers soins.

Exemple :

Fiche technique de désobstruction des voies aériennes.

Fiche technique de position latérale de sécurité (PLS).

Nous prendrons ici l'exemple du massage cardiaque externe et de la position latérale de sécurité (PLS).

Dans un but de clarté, d'autres fiches techniques seront à disposition dans l'annexe.

Fiche technique : le massage cardiaque externe (2) (1)

1. Placer la victime sur un plan dur, puis mettre son thorax à nu.
2. Placer le talon de la main au milieu du thorax, au milieu du sternum.
3. Placer la seconde main au-dessus de la première et entrecroiser ou relever les doigts pour éviter d'appuyer sur les côtes.
4. Les bras sont bien tendus et les épaules doivent être à la verticale du sternum du patient, comme ci-dessous :



5. Appuyer verticalement sur le sternum (strictement sur la ligne médiane, jamais sur les côtes).



6. Relâcher totalement la compression. Les mains restent en contact avec le thorax de la victime.

7. La durée de compression doit être égale à la durée de relâchement de la pression.

8. Pratiquer deux insufflations toutes les trente compressions.

9. Il faut effectuer cinq cycles complets de trente compressions et de deux insufflations avant le contrôle de la reprise de la circulation et de la ventilation.

10. Vérifier la reprise des mouvements, toux, respiration, tous les 5 cycles pendant au plus 10 secondes :

-s'ils sont absents, poursuivre le massage

-s'ils sont présents, poursuivre uniquement les insufflations.

Notons que quelques variations existent lorsque la victime est un enfant ou un nourrisson.

Chez l'enfant : ne se servir que d'une main et pratiquer trente compressions pour deux insufflations, comme chez l'adulte.

Chez le nourrisson : comprimer le milieu du sternum à l'aide de deux doigts et pratiquer trente massages pour deux insufflations, avec une surveillance au bout de 5 cycles.



Figure 3 : Fiche technique du massage cardiaque externe (MCE)

Fiche technique : la position latérale de sécurité.

1. S'agenouiller à coté de la victime.
2. Placer le bras en angle droit, le coude plié, la paume de la main vers le haut.
3. Saisir le bras opposé de la victime, placer le dos de la main de la victime sur sa joue opposée.



4. Avec l'autre main, attraper la jambe opposée, plier le genou en gardant le pied au sol.



5. Retourner la victime en tirant la jambe et accompagner le mouvement de la tête avec l'autre main.



6. Stabiliser en mettant la hanche et le genou à angle droit.



Figure 4 : Fiche technique de la PLS.

2.3.2 Les arbres décisionnels

Ils permettent une vision claire et simple du comportement à avoir pour d'abord identifier les signes de détresse puis effectuer les gestes de premiers secours.

Exemple : Arbre décisionnel en cas de malaise d'une victime.

D'autres arbres décisionnels seront également présentés dans l'annexe.

Arbre décisionnel en cas de malaise d'une victime

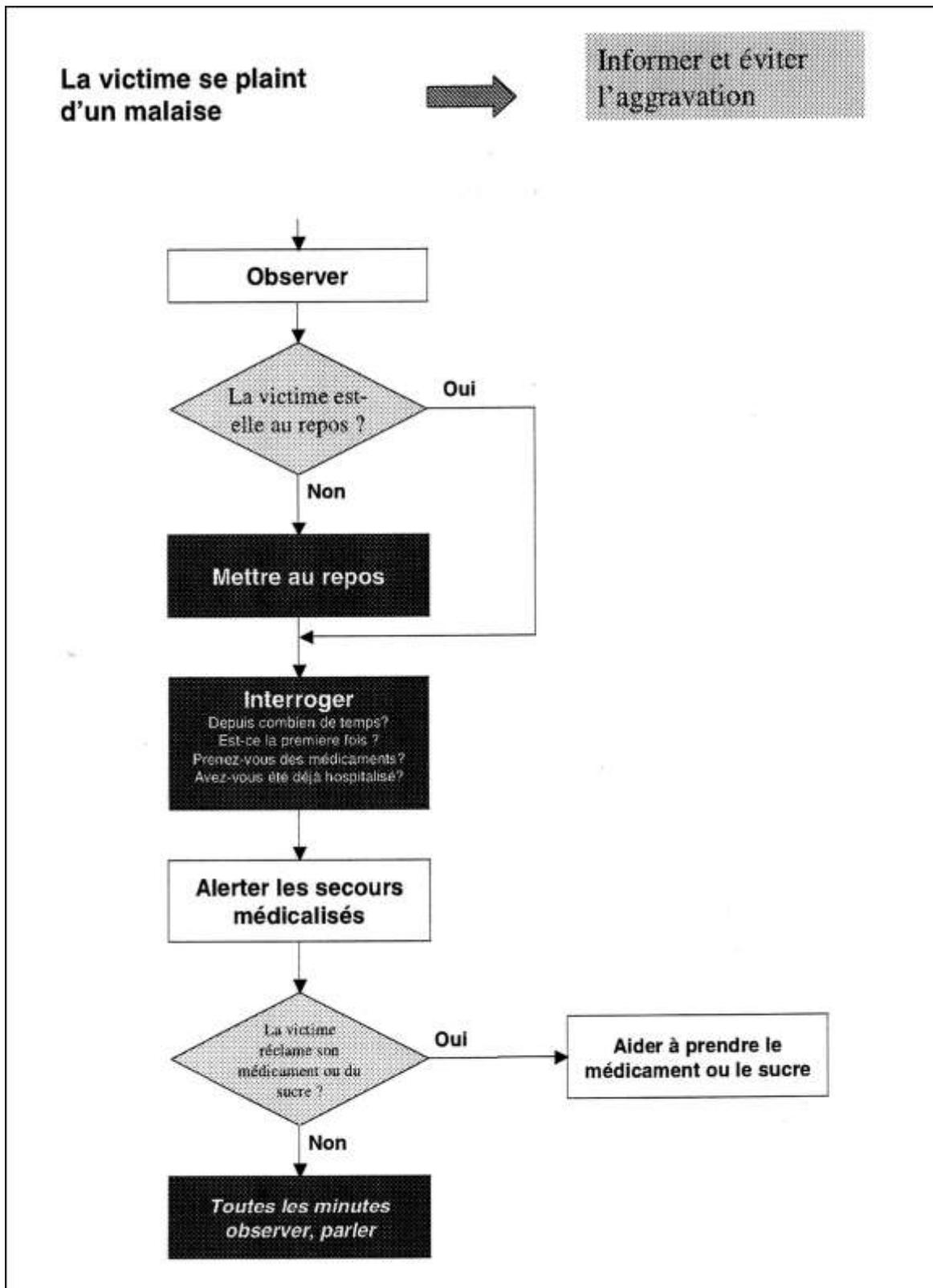


Figure 5 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un malaise

Arbre décisionnel en cas de traumatisme

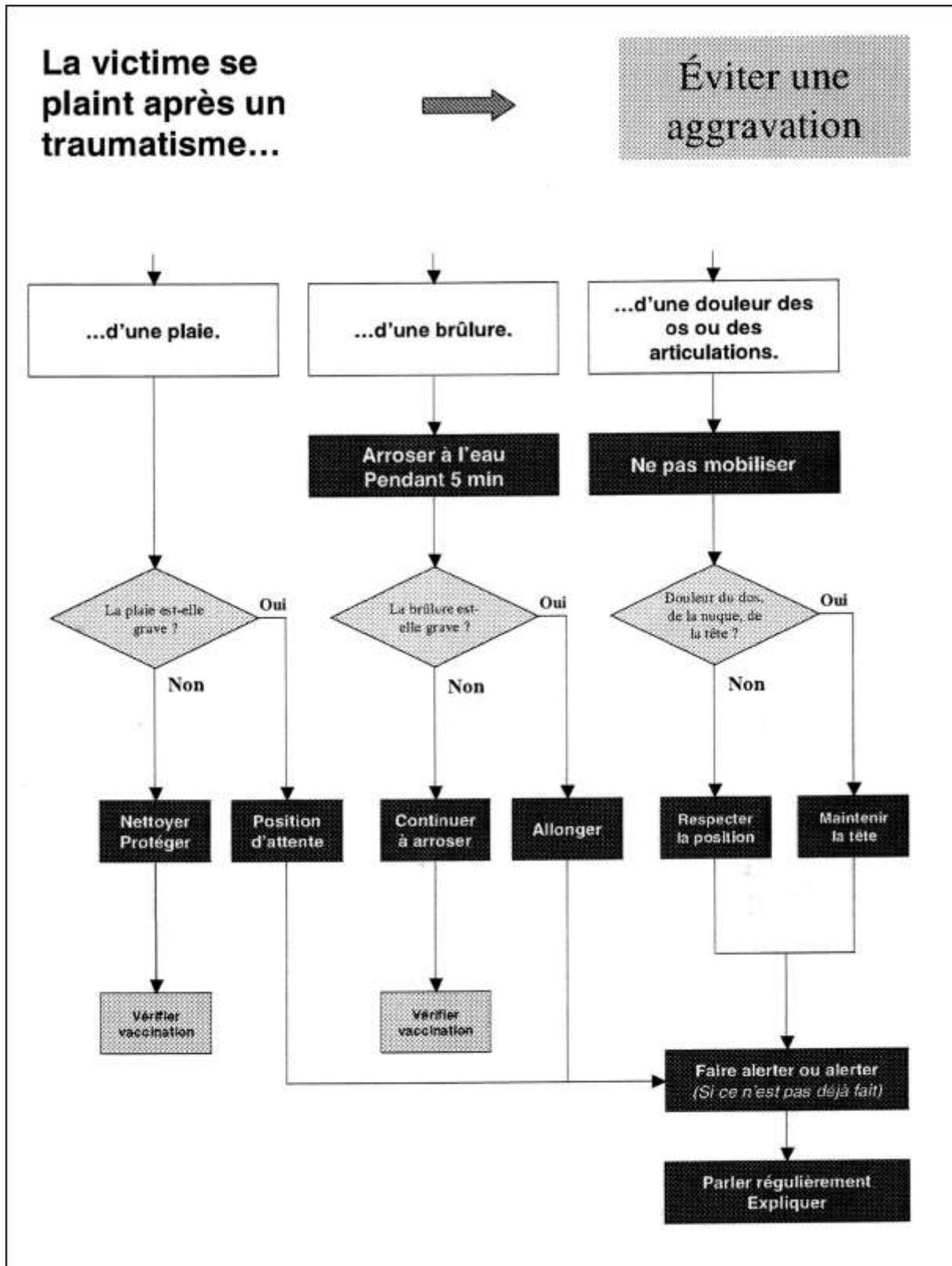


Figure 6 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un traumatisme

Arbre décisionnel en cas d'hémorragie.

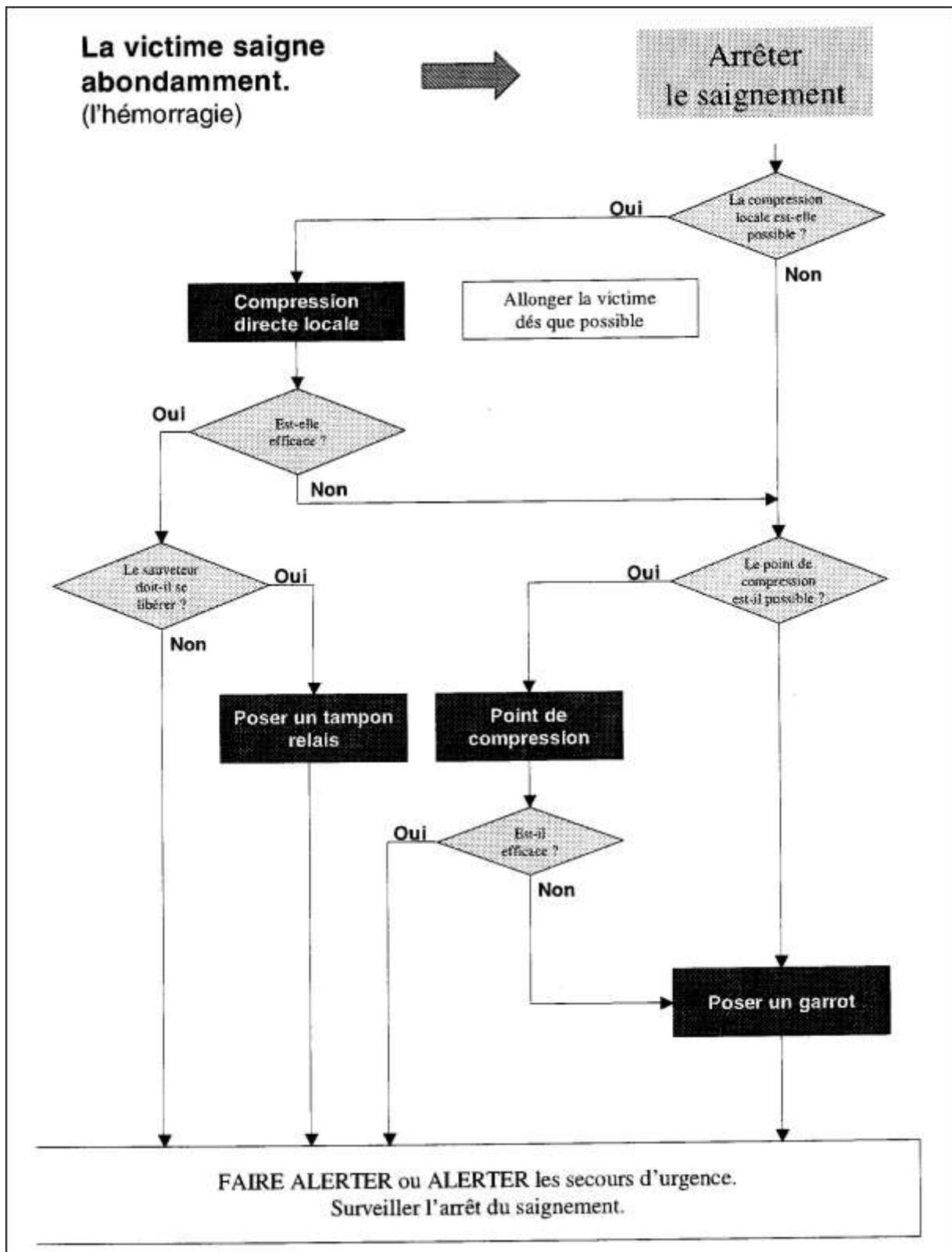


Figure 7 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'une hémorragie.

2.3.3 Les conduites à tenir (CAT) (2) (10)

Les CAT permettent de prendre en charge la victime lorsque le secouriste a lui-même identifié la situation d'urgence et les signes de détresse, ceci correspond à l'approche uniquement pratique des arbres décisionnels présentés précédemment.

Exemple : Conduite à tenir en cas de brûlure.

CAT en cas de brûlure

1. Vérifier la profondeur : -rougeur (1^{er} degré) pas de gravité

-décollement de l'épiderme (2^{ème} degré)

-disparition complète de l'épiderme (3^{ème} degré)

2. Vérifier le terrain : risque infectieux chez le diabétique, le jeune enfant et la personne âgée.

3. Vérifier l'étendue de la brûlure : on mesure la surface totale brûlée aux 2^{ème} et 3^{ème} degrés (addition des bulles) :

- si la surface totale est supérieure à la moitié de la paume de la main de la personne brûlée, il s'agit d'une brûlure grave : la surface de la face palmaire de la main de la personne représente 1% de la surface corporelle

-une hospitalisation est nécessaire pour une surface brûlée (au minimum du 2^{ème} degré) de 10% chez l'enfant et 20 % chez l'adulte.

Dans tous les cas de brûlure thermique récente de moins de quinze minutes :

-Refroidir pendant 15 minutes par arrosage sous l'eau du robinet à une température de 15 °C.



-En cas de brûlure simple :

-Antisepsie à large spectre (Dakin®, Bétadine®) et/ou pommade cicatrisante (Biafine®, Flammazine®).

-Couvrir avec un pansement non adhérent (Tulle gras®).

-Vérifier la vaccination antitétanique.

-Surveiller et orienter vers une consultation médicale s'il y a apparition de signes d'inflammation : rougeur, douleur, gonflement, chaleur et présence de pus.

-En cas de brûlure grave : (au moins un des signes de gravité)

-Couvrir avec un pansement non adhérent.

-Mettre au repos, proposer à la personne de s'allonger.

-Demander un avis médical.

-Cas particulier :

- Brûlure chimique : arrosage jusqu'à l'arrivée des secours.
- Brûlure électrique : c'est une brûlure interne sur le trajet du courant :une consultation médicale est obligatoire.

- Brûlure interne :

*au niveau du tube digestif : surtout ne pas faire vomir, ne pas faire boire, ne pas administrer d'antidote, la prise en charge sera médicale.

*au niveau des voies aériennes, brûlure par inhalation (respiration de gaz ou de fumée), c'est la conduite tenir face à une détresse ventilatoire : position demi-assise et alerte des secours.

ATTENTION : Une grande surface brûlée entraîne une perte importante de sérum : la personne présente des signes de détresse circulatoire (cf CAT détresse circulatoire).

Figure 8 : Conduite à tenir pour les cas de brûlures.

CAT en cas de convulsions de l'adulte.

Le patient se raidit brutalement, chute, puis présente des mouvements désordonnés es membres et de la face (clonies).

La victime est ensuite dans une phase d'inconscience avec réveil progressif.

Au réveil, la personne reste confuse, et a une amnésie de son malaise.

D'autres signes peuvent accompagner la crise comme la morsure de la langue, la perte d'urine et divers traumatismes liés à sa chute ou à ses clonies.

Conduite à tenir :

1. Protéger le patient de la chute d'objets et de traumatismes, pendant la chute et les phases de clonies.
2. A la phase d'inconscience, on l'allongera sur le coté, pour éviter l'étouffement par la perte de tonus musculaire de la langue, et libération des voies aériennes supérieures.
3. Il est inutile de glisser un objet pour desserrer les dents, car cet objet risque d'engendrer une obstruction des voies aériennes en cas de nouvelle crise et ne préservera pas non plus de la morsure de la langue lors de la phase tonique.
4. Pendant la phase confusionnelle, on rassure le patient (se méfier d'une seconde crise).
5. Dans tous les cas, le patient doit être hospitalisé, on fera donc appel au SAMU.
6. On n'utilisera pas d'anticonvulsivants (type Diazépan), qui peuvent perturber ultérieurement l'examen du patient.
7. Penser à une hypoglycémie chez un patient diabétique insulino dépendant, qui convulse et reste confus au réveil.



Figure 9 : Conduite à tenir pour les cas de convulsions de l'adulte.

2.3.4 Le cas particulier des antidotes

Définition :

Un antidote est une substance ou un élément chimique capable d'améliorer à lui seul le pronostic d'une intoxication.

Ce sont en fait des chélateurs, des antagonistes, ou des anticorps spécifiques du toxique.

L'administration des antidotes :

Le pharmacien pourra être amené à utiliser en urgence des antidotes. Il devra ainsi non seulement connaître leurs indications mais également savoir les administrer lui-même si nécessaire.

En effet, les antidotes s'utilisent uniquement sous surveillance médicale mais pourront être exceptionnellement administrés en l'attente d'une équipe médicale, sur prescription du médecin régulateur du SAMU.

Il semble logique pour clore cette partie, de rappeler les différents antidotes et l'indication précise qui leur correspond.

La liste non exhaustive des antidotes les plus courants sera consignée dans le tableau suivant.

Notons que certains d'entre eux ne sont pas disponibles à l'officine, car trop coûteux (en particulier les anticorps spécifiques type Digidot®).

Les antidotes disponibles et leurs indications

Antidote	Indications
N-Acétylcystéine	Administrée par voie veineuse ou orale dans les 10 premières heures des intoxications au paracétamol
Atropine	Administrée par voie veineuse ou intra-musculaire lors d'intoxications par les anticholinergiques comme les insecticides.
BAL (British Anti-Lewisite)	Chélateur augmentant l'élimination rénale de nombreux métaux (Arsenic, Mercure, Plomb...)
Calcium	Les sels de calcium sont utilisés contre les intoxications par les oxalates et les fluorures
Dantrolène (Dantrium®)	Limite les effets de l'hyperthermie maligne lors d'intoxications par des neuroleptiques
Déferoxamine (Desféral®)	Chélateur du Fer et de l'Aluminium
Diazépam (Valium®)	Intoxication par les antipaludéens de synthèse (chloroquine) et traitement symptomatique des intoxications convulsivantes
Ethanol	Intoxication par l'éthylène-glycol ou méthanol pour bloquer leur métabolisme
Flumazénil (Anexate®)	Antagoniste compétitif des benzodiazépines
Glucagon	Intoxication par les bêtabloquants
Hydroxocobalamine	Antidote des cyanures (utilisé d'exposition aux fumées d'incendies)
Naloxone (Narcan®)	Antagoniste des opiacés (morphiniques ou morphinomimétiques)
Pralidoxine (Contrathion®)	Intoxication aux organo-phosphorés (insecticides, désherbants)
Vitamine C	Intoxication avec méthémoglobinémie
Vitamine K1	Surdosage en AVK
Fragments Fab (Digidot®)	Anticorps antidigitaliques spécifiques

Tableau I : Les antidotes et leurs indications (2)

Conclusion :

Nous avons vu l'étendue des situations envisageables, ainsi que l'approche théorique et pratique pour les aborder.

Observons l'approche actuelle de ces situations d'urgence par les pharmaciens d'officine.

Pour illustrer ce propos, nous nous appuyerons sur le questionnaire que j'ai réalisé, et qui s'intitule :

« Prise en charge des situations d'urgence par le pharmacien d'officine : enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique. »

PARTIE II :

Enquête sur le pharmacien d'officine face aux situations d'urgence.

1. But de l'enquête

L'enquête avait pour premier objectif d'observer l'état de la demande de soins d'urgences par les patients des officines de Loire-Atlantique en observant la fréquence, la répartition de ces demandes par secteur géographique tout en cernant le type de situations rencontrées quotidiennement à l'officine.

Le deuxième objectif est d'évaluer l'offre de soins d'urgence par le pharmacien en ciblant sa formation et sa mise à jour, la qualité de l'équipement détenu, puis les difficultés rencontrées par le pharmacien au cours de ses interventions.

Enfin, ce questionnaire a pour but d'observer la connaissance du pharmacien concernant le cadre juridique de la prise en charge des urgences et notamment les risques et les sanctions qu'il encoure.

2. Méthodologie

Le questionnaire d'enquête que j'ai réalisé s'intitule :

« Prise en charge des situations d'urgence par le pharmacien d'officine : enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique ».

Ce questionnaire comportant trois pages recto-verso a été tiré à environ cent exemplaires et a été distribué aux pharmacies à partir de Novembre 2008.

La distribution a été assurée par le biais des étudiants stagiaires de 6^{ème} année qui ont bien voulu le faire remplir par leur titulaire. Pour le reste des pharmacies n'ayant pas de stagiaire de 6^{ème} année, je m'y suis rendu personnellement afin d'expliquer directement aux pharmaciens le but du questionnaire et de les rassurer sur le peu de temps que cela leur prendrait.

La zone de distribution s'étend très largement depuis le centre de Nantes jusqu'à sa périphérie, en passant par La Montagne, Saint-Nazaire, Saint-Marc sur mer, Assérac, Herbignac...etc.

Trois méthodes étaient proposées pour récupérer le questionnaire : retour par courrier, par fax ou sinon par les bons soins des étudiants stagiaires de 6^{ème} année.

Gageons que la méthode la plus efficace fut de me déplacer moi-même en donnant un délai précis au pharmacien pour que je passe récupérer les questionnaires.

Le taux de réponse a été moyen malgré l'aide précieuse des étudiants et mon insistance auprès des pharmaciens pour récupérer les questionnaires remplis : 30 questionnaires remplis pour 100 questionnaires distribués. L'échantillonnage étant suffisamment large et varié il était tout de même possible d'en faire une exploitation statistique.

Nous présenterons pour chaque thème abordé les questions posées, les résultats, puis l'analyse correspondante.

3. Analyse de la demande de soins d'urgence à l'officine (4)

3.1 Fréquence des demandes de soins d'urgence en pharmacie d'officine

Au cours de l'enquête destinée aux pharmaciens d'officine, nous avons d'abord essayé d'évaluer la fréquence des demandes en terme de soins d'urgence, comme présenté ci-dessous :

Question

En moyenne combien d'interventions (bénignes ou non) pensez-vous traiter par an à l'officine ?

| aucune | 1 à 10 | 10 à 20 | 20 à 30 | 30 à 50 | plus de 50

Résultats

Répartition du nombre d'interventions, tous types de pharmacies confondus

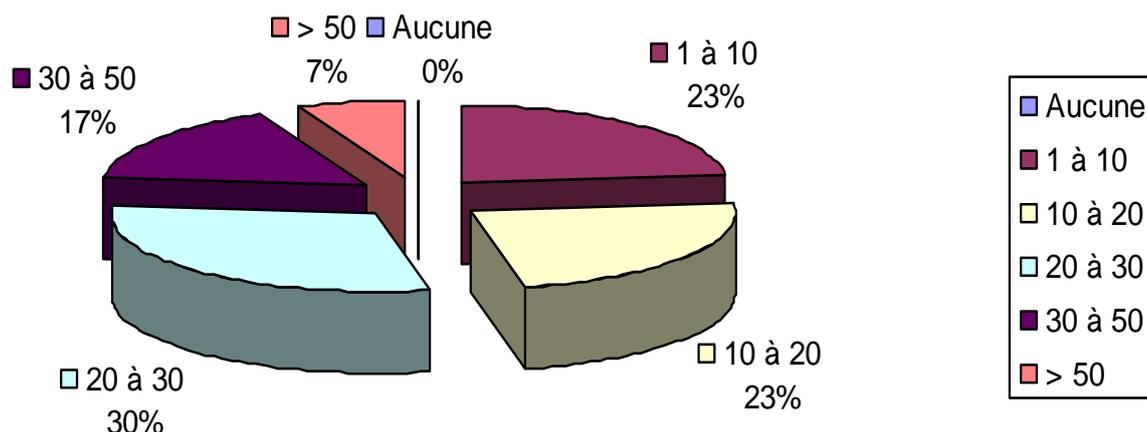


Figure 10 : Répartition du nombre d'interventions, tous types de pharmacies confondus.

Analyse des résultats

On distingue clairement qu'en moyenne c'est la catégorie « 20 à 30 interventions » qui est majoritaire avec 30 % de sélection dans l'enquête.

On note également que pour 17 % de ces pharmacies il existe entre 30 et 50 interventions à l'année et pour 7 % de ces pharmacies, plus de 50 interventions !

Ces chiffres parlent d'eux -même et nous prouvent que la demande de soin existe réellement, et que pour certaines pharmacies, cette demande est extrêmement fréquente.

Fort de tels résultats, il semble légitime de s'interroger sur la répartition de cette demande en fonction de la localisation géographique de la pharmacie concernée.

3.2 Répartition de ces demandes en fonction du lieu d'implantation de l'officine

La première partie du questionnaire permettait en effet de caractériser l'officine concernée, et en particulier de la situer géographiquement, en distinguant quatre catégories d'officine :

Question

Vous exercez dans une pharmacie :

*[de centre ville | de quartier | rurale | de centre commercial | autre si
autre préciser :*

Résultats

L'étude statistique nous a donc donné le graphique suivant, permettant d'isoler les différents types de pharmacies interrogées.

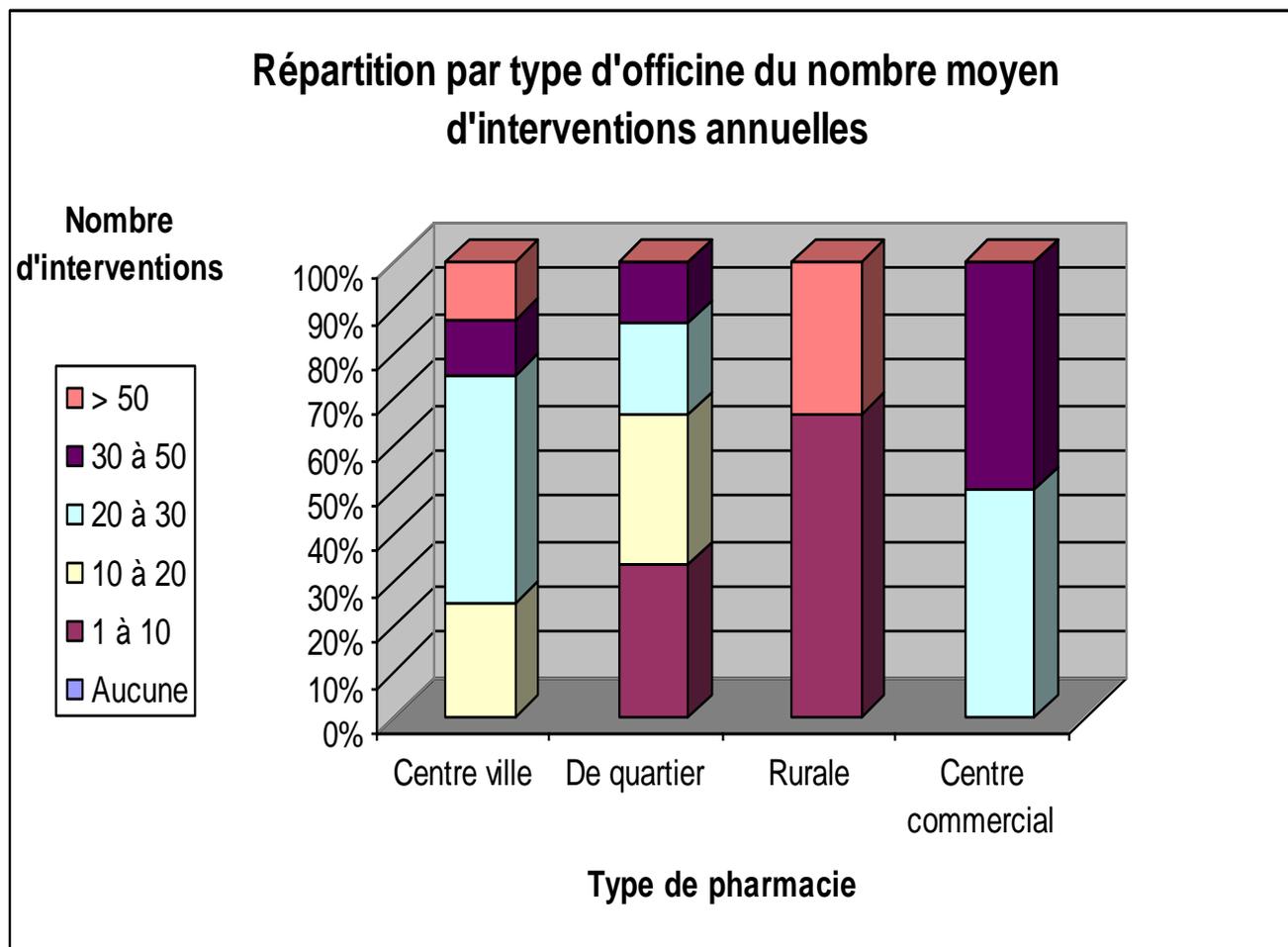


Figure 11 : Répartition par type d'officine du nombre moyen d'interventions annuelles.

Analyse des résultats

-Pharmacies rurales

Penchons nous d'abord sur le cas des pharmacies « rurales ».

On distingue ainsi 2 types extrêmes de réponse :

-67% de ces pharmacies font entre 1 et 10 interventions à l'année.

-33% des pharmacies restantes font plus de 50 interventions.

Comment justifier ces 2 types de réponses totalement opposées ?

Pour justifier la réponse nous allons extraire une question de l'enquête expliquant le cas particulier de la pharmacie rurale.

La réponse se situe à nouveau dans le questionnaire car une des questions de la rubrique « caractéristiques de l'officine » permet de préciser l'environnement médical de la pharmacie :

Question

Existe-t-il dans l'environnement médical de la pharmacie des praticiens de ville acceptant de prendre en charge les victimes nécessitant de petits actes médico-chirurgicaux (sutures...) ?

| Je ne sais pas | oui et j'y ai recours | non aucun

L'officine est-elle située à proximité immédiate d'un établissement de santé (hôpital/clinique) pouvant prendre en charge les urgences ?

| oui | non

Si oui : | j'y ai souvent recours | je n'y ai jamais recours

Analyse des résultats

Il apparaît donc, concernant les pharmacies rurales n'exerçant que peu d'interventions (1 à 10 /an), que celles-ci sont correctement entourées par un proche environnement médical, qui les soulagent de la majorité des interventions d'urgences.

Pour l'autre catégorie de pharmacie rurale exerçant plus de 50 interventions par an (soit plus d'une intervention par semaine) il apparaît un vide total d'environnement médical (clinique, hôpital, médecin...).

Nous concluons que concernant les pharmacies rurales, c'est l'absence de structures de soin à proximité qui induit les officines en premiers relais de santé, à en juger par la fréquence des interventions.

-Pharmacies de centre commercial :

Pour cette catégorie de pharmacie, on distingue une répartition assez équitable entre « 20 à 30 » et « 30 à 50 » interventions par an.

Ce nombre assez élevé d'interventions peut s'expliquer par l'intense fréquentation des centres commerciaux et notamment pour ceux situés proches de stations touristiques comme sur la côte Bauloise par exemple, où les interventions saisonnières, pour les touristes sont nombreuses.

-Pharmacies de centre-ville et de quartier :

Comment différencier ces deux types de pharmacies ?

-Les pharmacies de centre-ville correspondent à des officines de taille moyenne à grande et dont le rayonnement va au-delà de l'environnement direct de la pharmacie.

-Les pharmacies de quartier, correspondent elles aussi à des pharmacies de ville mais dont la taille est petite à moyenne et dont le rayonnement reste cantonné au quartier et à l'environnement proche de la pharmacie.

Etant donnés les résultats relativement équivalents pour ces deux catégories, nous rapprocherons ces deux types de pharmacie pour l'exploitation.

Cependant, on observe nettement que les officines de centre-ville sont plus sollicitées que les officines plus petites, dites de quartier, ce qui est une fois de plus du à une plus

intense fréquentation offrant par conséquence un plus grand nombre de mises en situation.

Notons une fois encore qu'un certain nombre de ces pharmacies peuvent intervenir plus de 50 fois dans l'année ce qui est évidemment considérable.

Conclusion :

Nous avons pris conscience de l'importance de la fréquence de ces interventions. Prenons maintenant le temps d'observer quels types d'interventions sont concernées et parmi celles-ci, lesquelles sont les plus couramment rencontrées à l'officine.

3.3 Les différents types d'urgences rencontrées sur le terrain (2)

3.3.1 Les situations rencontrées à l'officine

Le pharmacien d'officine se trouve en effet au premier plan lorsqu'une urgence se présente à l'officine.

Du premier soin le plus bénin jusqu'à la réanimation et au massage cardiaque, le pharmacien peut être sollicité pour tout type d'urgence. Quoiqu'il advienne c'est à lui seul de prendre les bonnes décisions et par conséquent ses responsabilités.

Dans les urgences majeures (c'est-à-dire vitales), nous distinguerons d'abord :

-Les intoxications, qu'elles soient médicamenteuse, alimentaire ou encore végétale (plantes et champignons).

-La détresse circulatoire et ventilatoire.

-Les cas de perte de conscience et de crises convulsives.

-Ensuite, les traumatismes, en différenciant les traumatismes osseux et articulaires.

-Les malaises (vagal, hypoglycémie...) sont également couramment rencontrés à l'officine.

-Le questionnaire évoquera également les cas de plaies, d'hémorragie, et de brûlures.

-Enfin, les cas d'urgence psychiatriques (personne suicidaire, en détresse, en état d'ébriété...).

Notons que le questionnaire laissait ici encore une place pour les autres situations rencontrées, que nous verrons par la suite.

3.3.2 La fréquence des situations rencontrées à l'officine

Le questionnaire a donc permis d'observer quelles étaient les urgences rencontrées ainsi que leur fréquence, sur les 3 dernières années.

Question

Face à quelles situations l'officine a-t-elle été confrontée durant les trois dernières années ?

<i>-personne qui s'étouffe :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>qui saigne abondamment :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>qui est inconsciente et qui respire :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>qui ne respire plus :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>qui se plaint d'un malaise :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>présentant une plaie :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>présentant une brûlure :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>victime d'un traumatisme (osseux et/ou articulaire)</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>victime d'une intoxication :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>présentant une crise convulsive :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>
<i>en détresse, suicidaire :</i>		<i>jamais</i>		<i>1 à 5 fois</i>		<i>5 à 10 fois</i>		<i>+ de 10 fois</i>

Autres situations rencontrées :

Résultats

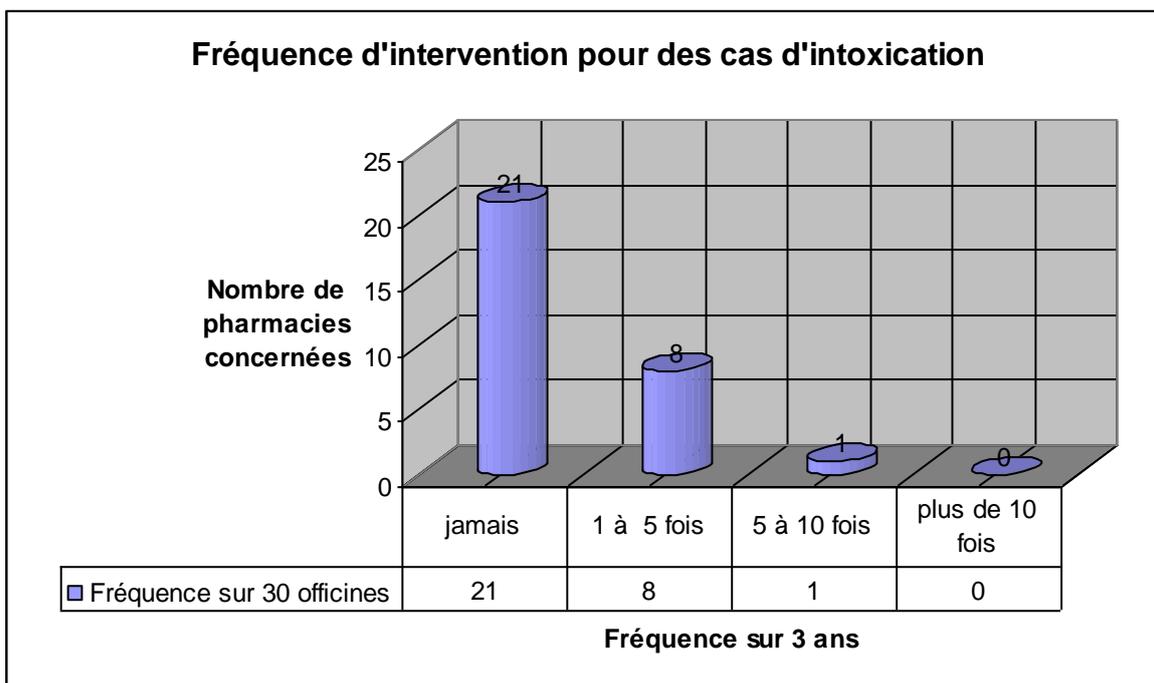


Figure 12 : Fréquence d'intervention pour des cas d'intoxication.

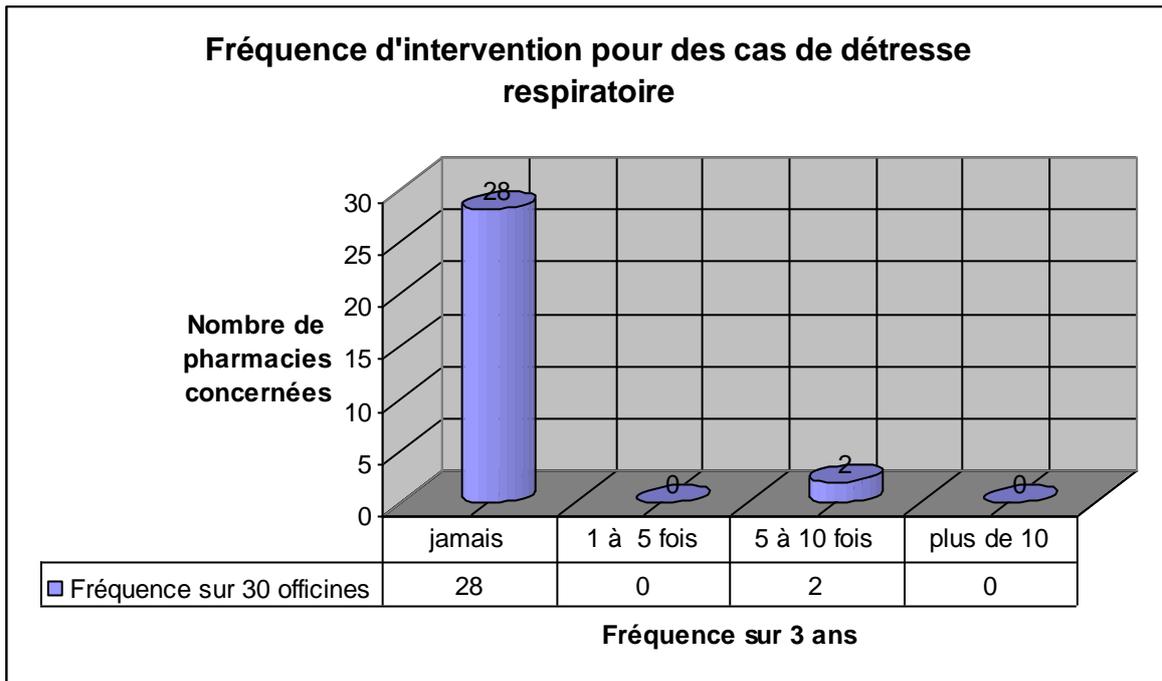


Figure 13 : Fréquence d'intervention pour des cas de détresse respiratoire.

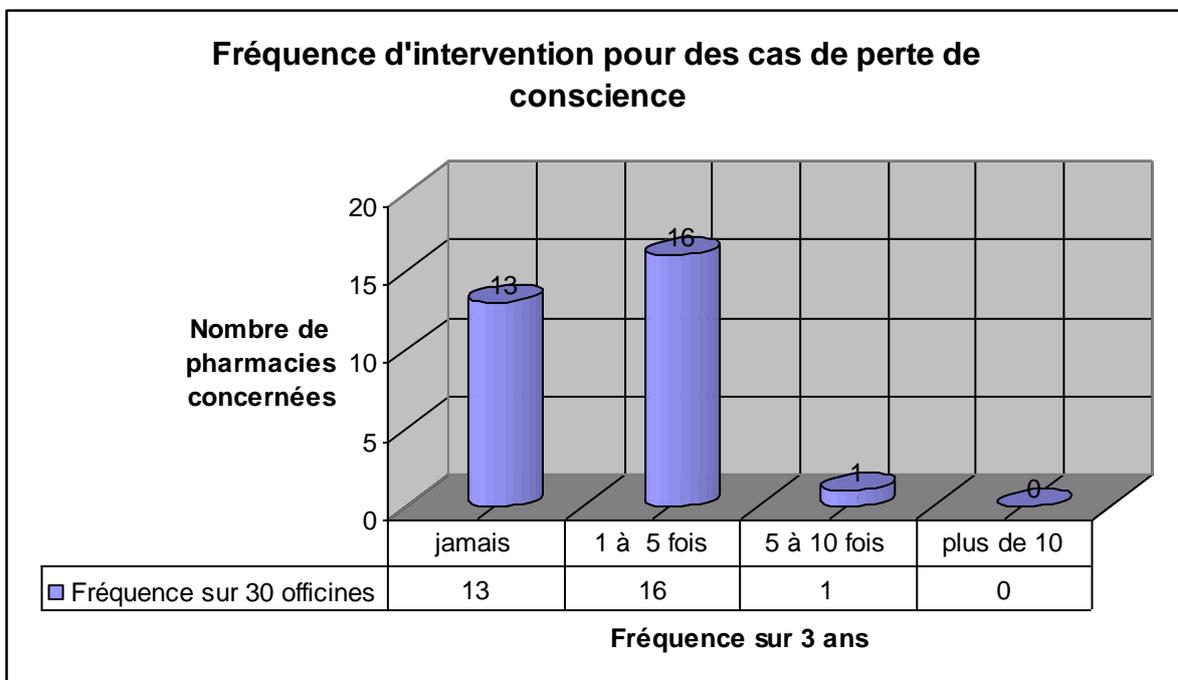


Figure 14 : Fréquence d'intervention pour des cas de perte de conscience.

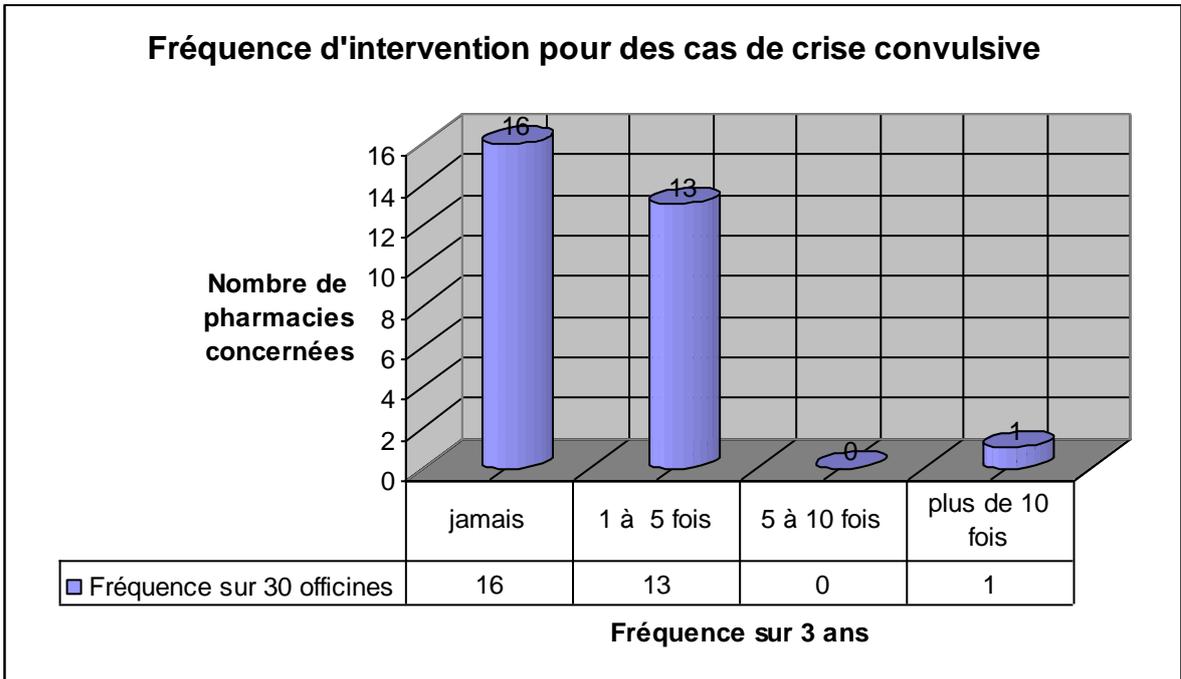


Figure 15 : Fréquence d'intervention pour des cas de crise convulsive.

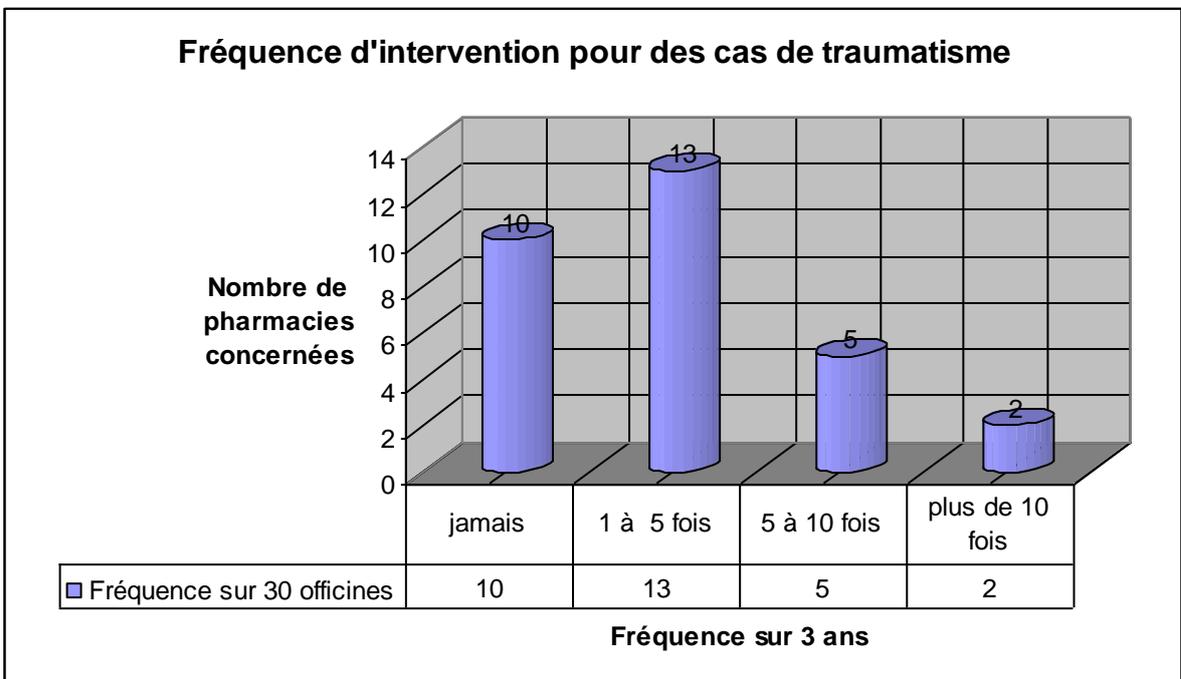


Figure 16 : Fréquence d'intervention pour des cas de traumatisme.

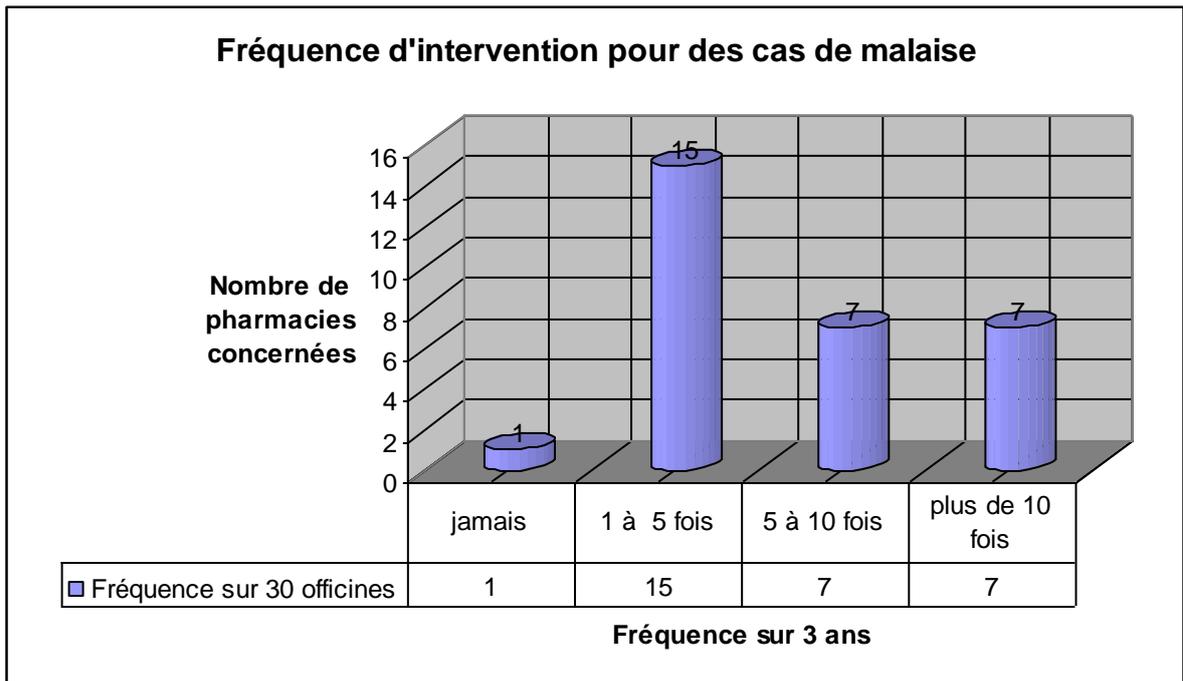


Figure 17 : Fréquence d'intervention pour des cas de malaise.

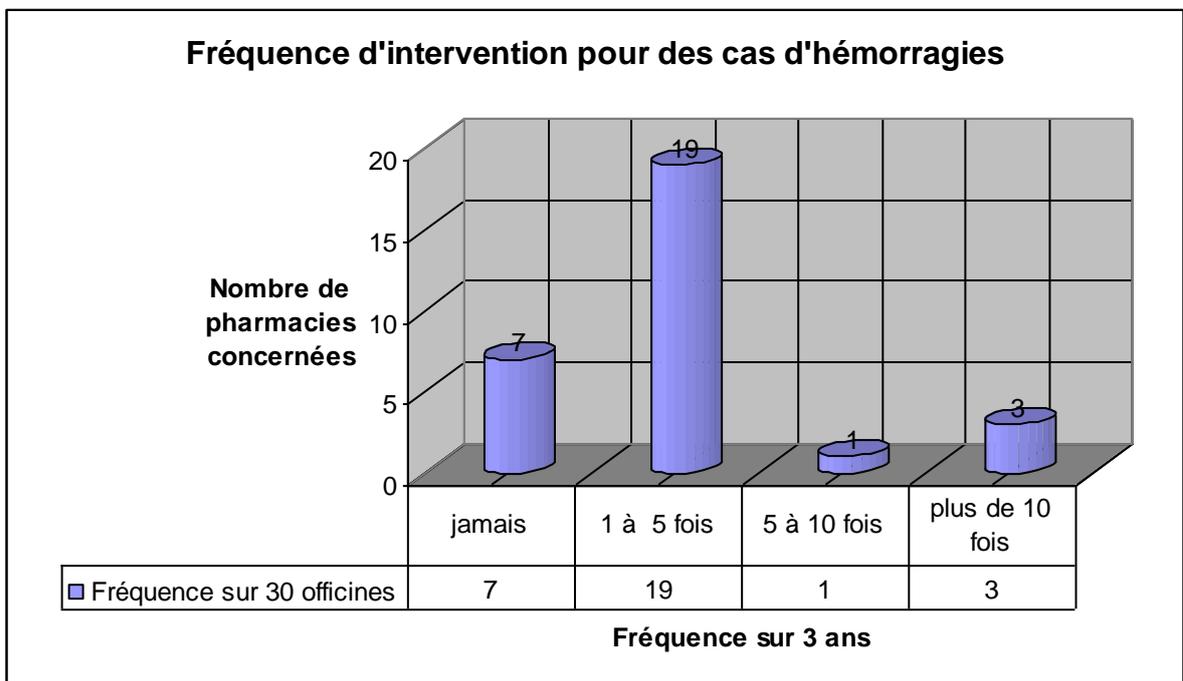


Figure 18 : Fréquence d'intervention pour des cas d'hémorragies.

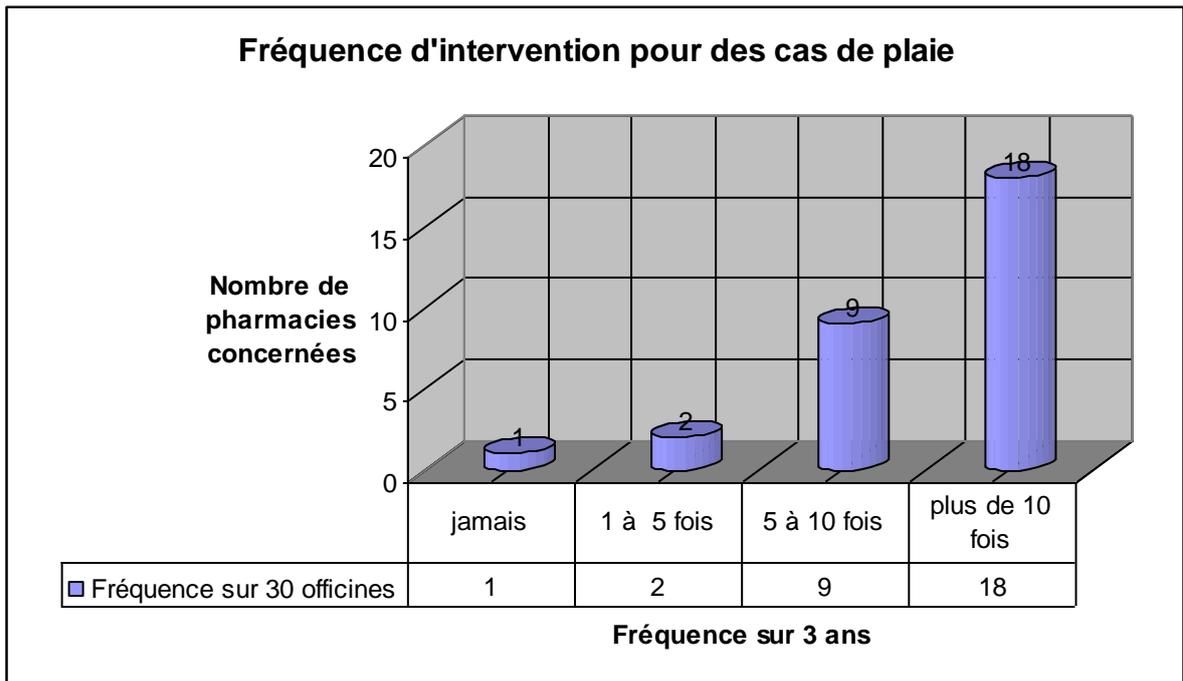


Figure 19 : Fréquence d'intervention pour des cas de plaie.

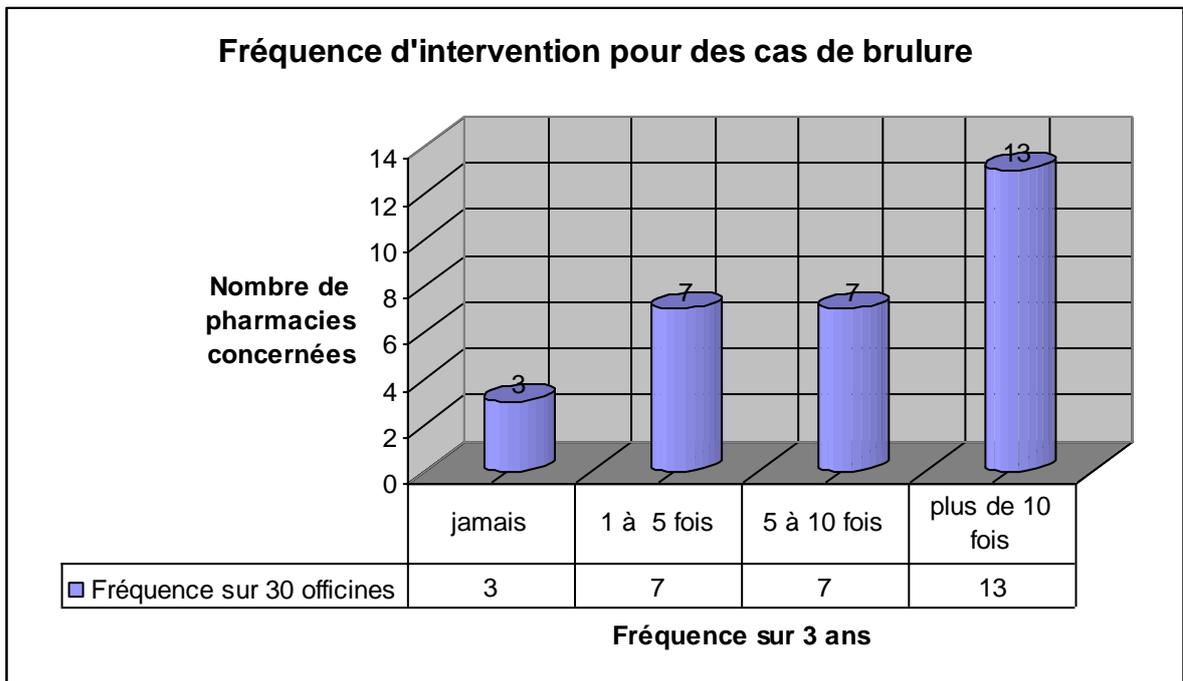


Figure 20 : Fréquence d'intervention pour des cas de brulure.

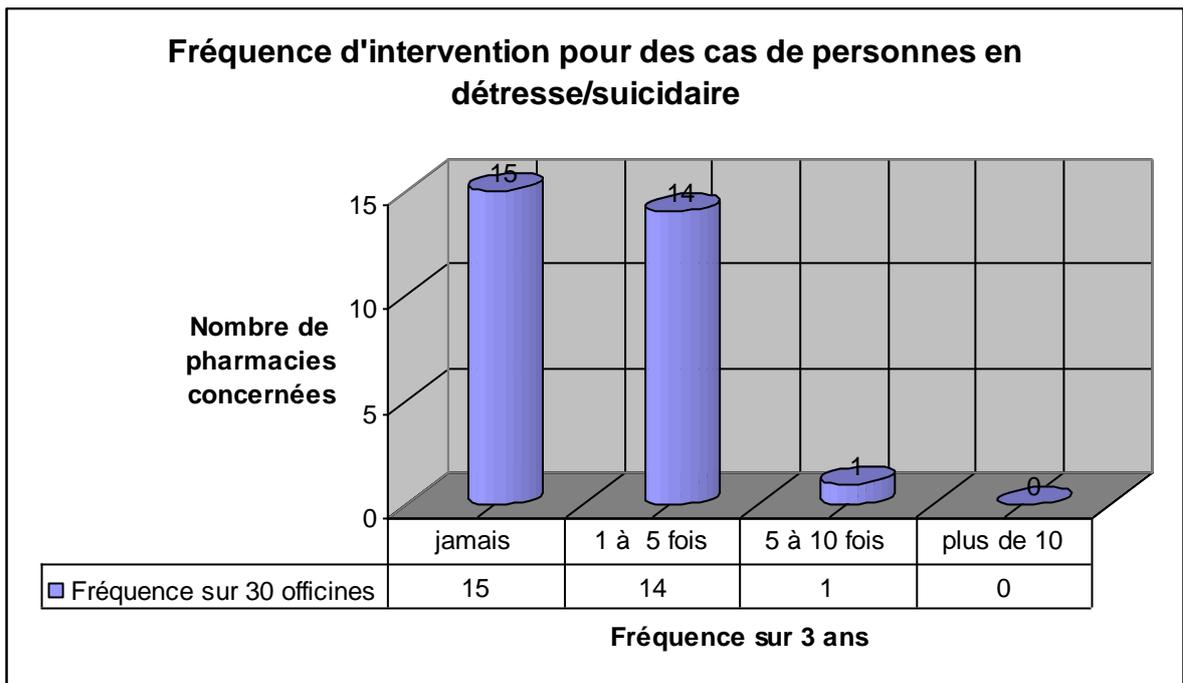


Figure 21: Fréquence d'intervention pour des cas de personnes en détresse/suicidaire.

Analyse des résultats

Nous remarquons d'abord que la fréquence d'intervention pour des cas de traumatismes, malaise, hémorragies, plaies et brûlures reste la plus élevée par rapport au reste des interventions.

On constate également une fréquence non négligeable pour des cas de crise convulsive et de perte de conscience.

Les cas plus délicats de détresse respiratoire et d'intoxications restent plus épisodiques, mais restent tout de même à considérer.

Enfin, nous remarquons que les urgences de type psychiatriques, pour des cas de détresse ou de suicide bien que ponctuelles sont tout de même traitées à hauteur de « 1 à 5 fois » en trois ans par la moitié des pharmacies sondées !

Certaines pharmacies ont d'ailleurs précisé dans la case « Autres » des cas d'alcoolisme aigu au sein même de l'officine ainsi que des cas particuliers de type démence sévère notamment avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ,totalement perdue dans l'espace et le temps.

Nous concluons que la pharmacie d'officine reste un lieu ou toutes les situations d'urgence peuvent être rencontrées, ce qui demande donc au pharmacien d'officine une polyvalence et un sens développé des responsabilités.

La pharmacie d'officine apparaît comme un lieu clé du premier secours, tel un avant poste des urgences, mais surtout un lieu de conseil pour orienter la victime à défaut de pouvoir la secourir directement.

Devant une telle diversité de situations, nous sommes donc en droit de nous demander ce qu'il en est de l'offre de soins des pharmacies d'officine pour réagir à tous ces types d'urgence.

4. Analyse de l'offre actuelle de soins d'urgence à l'officine

4.1 L'état actuel de la formation des pharmaciens d'officine face aux situations d'urgence

4.1.1 La formation initiale

Dans un premier temps, l'enquête visait à évaluer la formation initiale du pharmacien dans le domaine des premiers secours.

Question

Quels sont les diplômes de premiers secours détenus par les membres de l'équipe officinale ?

| *je ne sais pas* | *aucun* | *Brevet National de premiers secours* | *AFPS*

| *autres : si autres préciser :*

Résultats

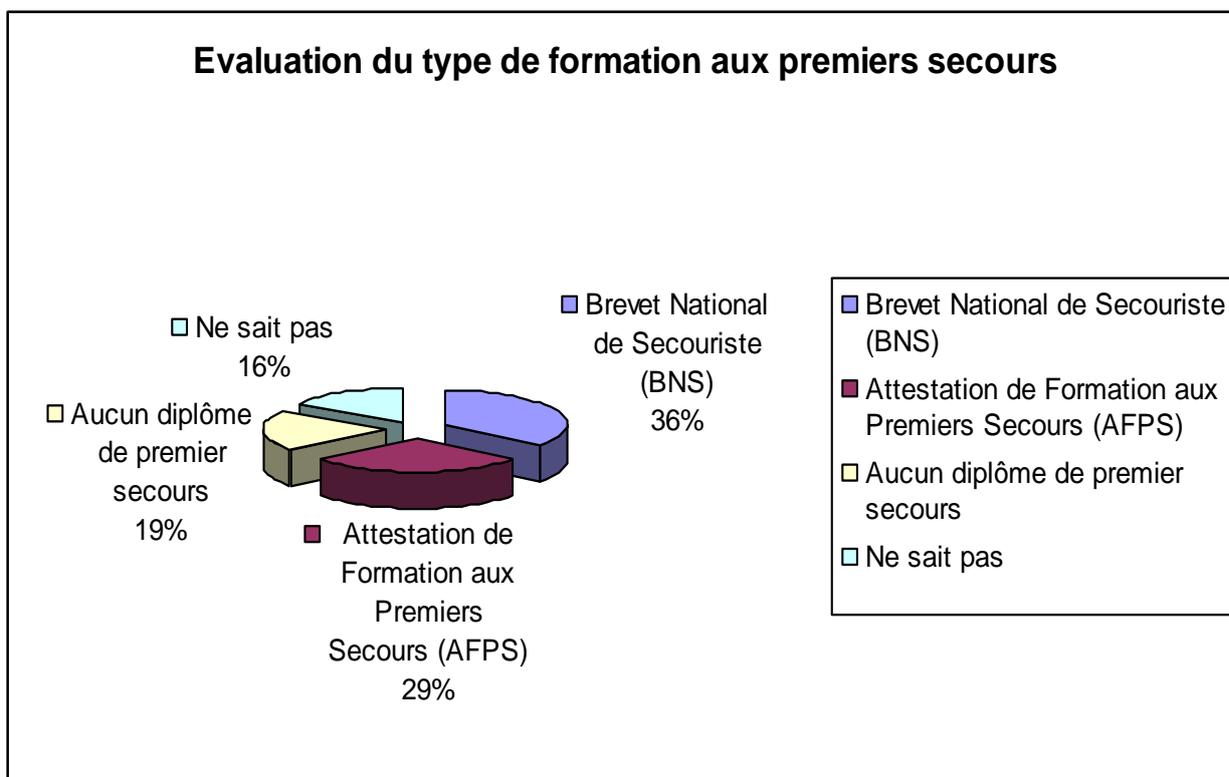


Figure 22 : Evaluation du type de formation aux premiers secours.

Analyse des résultats

Nous constatons ainsi que le diplôme de premiers secours possédé en majorité est le BNS (36 %), suivi de près par l'AFPS (29%).

Remarque : Une seule officine parmi les 30 sondées possédait à la fois l'AFPS et le BNS.

Notons tout de même que près de 20 % des officines sondées n'ont aucun diplôme de premier secours, ce qui peut paraître étonnant, étant donnée la fréquence des interventions à l'officine, constatées précédemment.

Il est dommage qu'un petit biais soit à relever dans le sondage, du fait des 16 % d'officines qui ont répondu ne pas savoir.

On constate qu'une grande majorité des pharmacies sondées possède au moins un diplôme de premiers secours valide.

Cependant, comme chacun sait, tout savoir n'est utile que s'il est entretenu régulièrement et il est intéressant d'observer ce qu'il en est des formations de recyclage de ces mêmes diplômes.

4.1.2 La formation continue

Qu'en est-il de l'entretien des connaissances pratiques et théoriques en terme de premiers secours ?

Question

Combien de pharmaciens dans l'équipe officinale :

-ont suivi une formation de recyclage depuis moins de 5 ans

| *je ne sais pas* | *aucun* | *au moins 1* | *tous*

Résultats

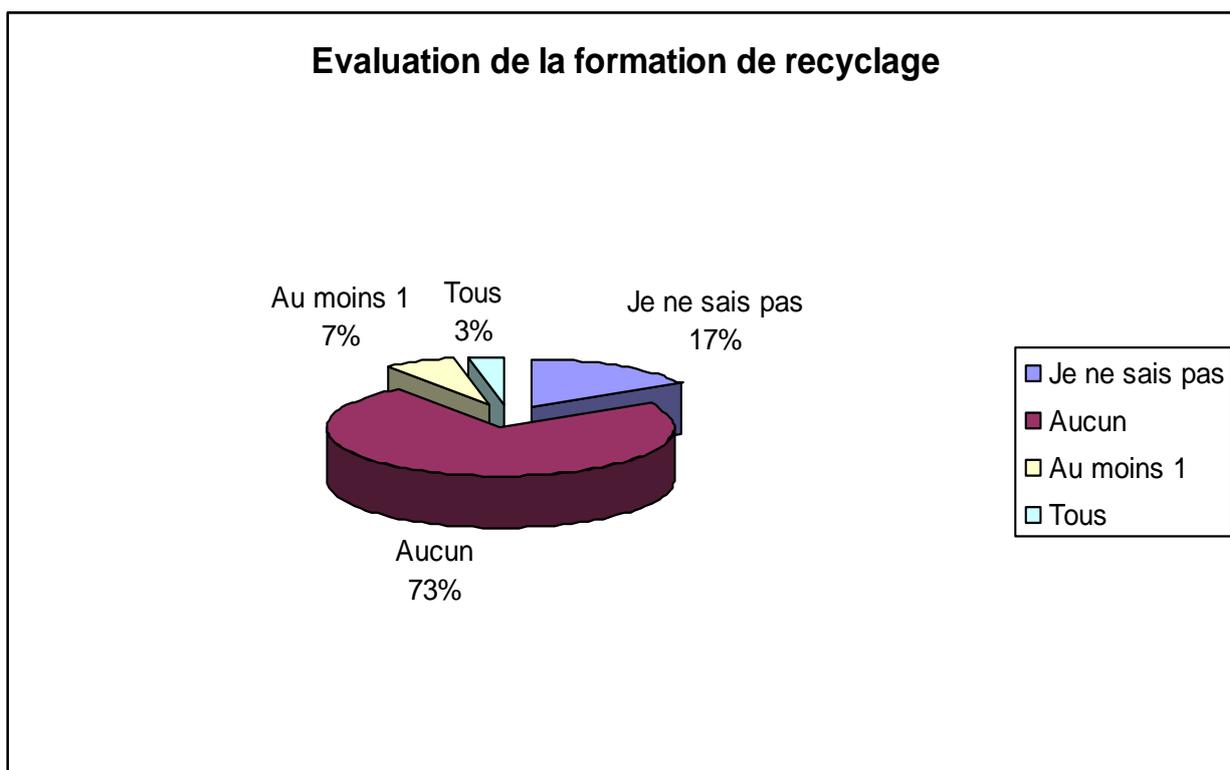


Figure 23 : Evaluation de la formation de recyclage.

Analyse des résultats

Force est de constater que la formation de recyclage datant de moins de 5 ans est en très large majorité absente pour les pharmaciens sondés (73%).

Ainsi, bien que les pharmaciens interrogés possèdent une formation initiale en premiers secours correcte, l'entretien par les formations de recyclage est quasi absent.

Notons également que certains pharmaciens auront précisé dans le questionnaire que leur formation initiale remontait jusqu'à 1987 !!

Ceci diminue la qualité, et l'efficacité des premiers secours, tant on sait qu'il est important de réactualiser ses connaissances mais également sa pratique, vu la fréquence des mises en situation.

4.1.3 Les divers moyens d'information et de formation des officinaux

Les principaux moyens de formation sont au nombre de trois :

- La formation universitaire au cours des études puis par les enseignements post-universitaire (EPU)
- La formation offerte régulièrement par les laboratoires pharmaceutiques pour les professionnels de santé
- La formation à titre personnel, c'est-à-dire les diplômes obtenus du propre chef du pharmacien en dehors de toute proposition ou obligation légale.

Le questionnaire proposait au pharmacien d'évaluer la formation reçue par l'université (pendant le cursus et au cours des EPU) et par les laboratoires pharmaceutiques.

L'enquête proposait également aux pharmaciens de formuler des souhaits pour améliorer cette formation qui semblerait parfois mise de côté bien qu'elle soit totalement primordiale.

Question

1. Vous estimez vous bien formés concernant les premiers secours à l'officine :

-Par votre cursus universitaire et les EPU :

| oui | non

-Par les stages proposés par les laboratoires pharmaceutiques :

| oui | non

Quels souhaits feriez vous concernant les améliorations à apporter pendant et après le cursus universitaire concernant la prise en charge des situations d'urgence à l'officine ?

Résultats

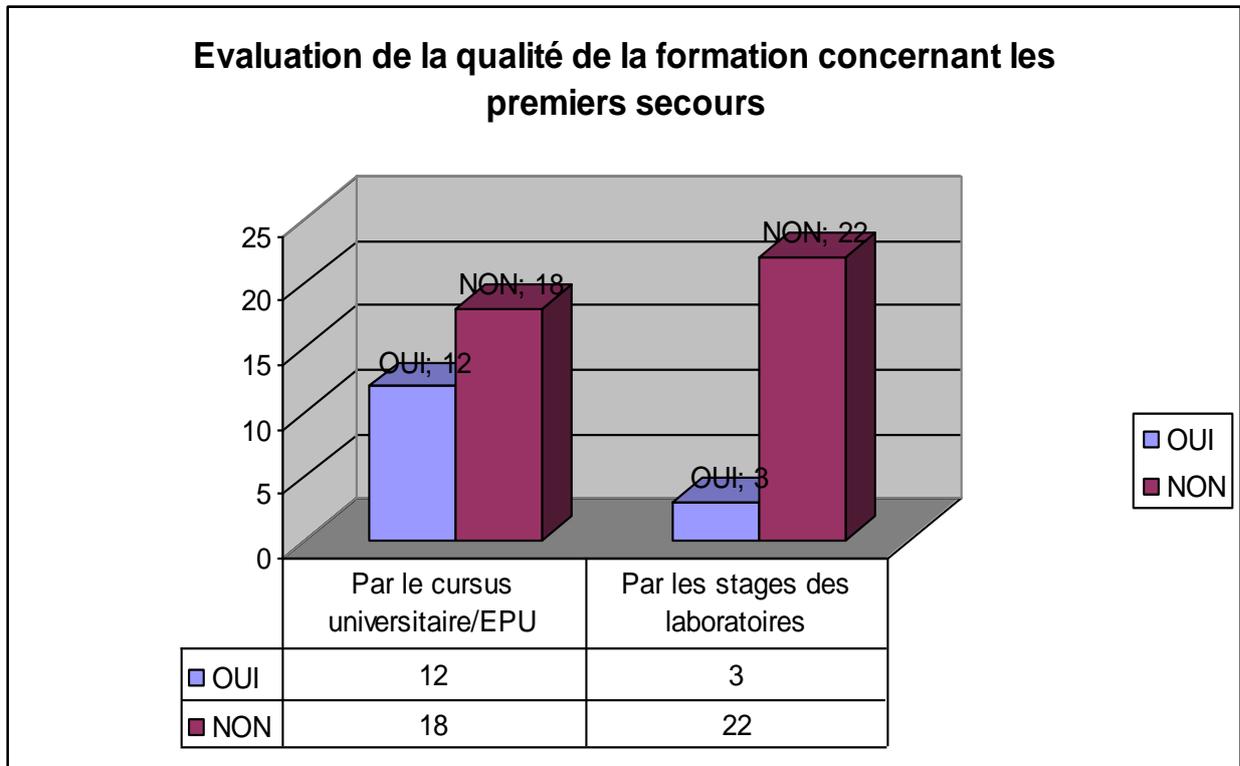


Figure 24 : Evaluation de la qualité de la formation concernant les premiers secours.

Analyse des résultats

On peut ainsi observer que les pharmaciens estiment à 60 % ne pas être assez bien formés par le cursus universitaire et les EPU.

Cependant, c'est surtout concernant les stages des laboratoires pharmaceutiques que la formation fait défaut (88 % de non).

Après analyse des commentaires des pharmaciens, nous observons que ce n'est pas la qualité des enseignements qui est remis en cause mais le peu de temps que la faculté y consacre. On note également un défaut d'obligation de mise à jour régulière pour tout le personnel.

Pour bien illustrer ce propos, voici un échantillon de quelques commentaires laissés par les pharmaciens interrogés, concernant les améliorations à apporter :

«

- Nous sommes bien formés mais pas suffisamment
- Rendre obligatoire le brevet de secourisme et obliger les recyclages réguliers
- Possibilité d'accéder au monitorat de secourisme dès la 5^{ème} année de diplôme et réactualisation du diplôme
- AFPS obligatoire et formation de recyclage obligatoire au moins tous les ans
- Une formation continue avec rappel tous les 5/10 ans
- Recyclage obligatoire pour les professionnels de santé
- Formation initiale et recyclages obligatoires
- Plus de stages proposés par la faculté et les laboratoires
- Rendre obligatoire une matière de formation avec de grands rappels
- Des cours plus importants que de rapides ED de secourisme
- Plus de pratique et de théorie pendant le cursus
- Recyclage obligatoire chaque année
- Nous sommes bien formés mais les cours devraient arriver plus tard dans le cursus ou faire des cours spécifiques en 6^{ème} année
- Pas assez de temps consacré pendant le cursus
- Formation sur le défibrillateur pendant le cursus... »

4.1.4 Bilan de la formation juridique pour la prise en charge des urgences

Enfin, un dernier point, qui sera détaillé par la suite, concerne la formation juridique et plus particulièrement la responsabilité civile et pénale.

Question

Etes-vous bien informé concernant le cadre légal (responsabilité civile et pénale...) d'une telle prise en charge ?

-pendant vos études : | oui très bien informés | peu informés | pas du tout informés

-pendant vos EPU : | oui très bien informés | peu informés | pas du tout informés

Résultats

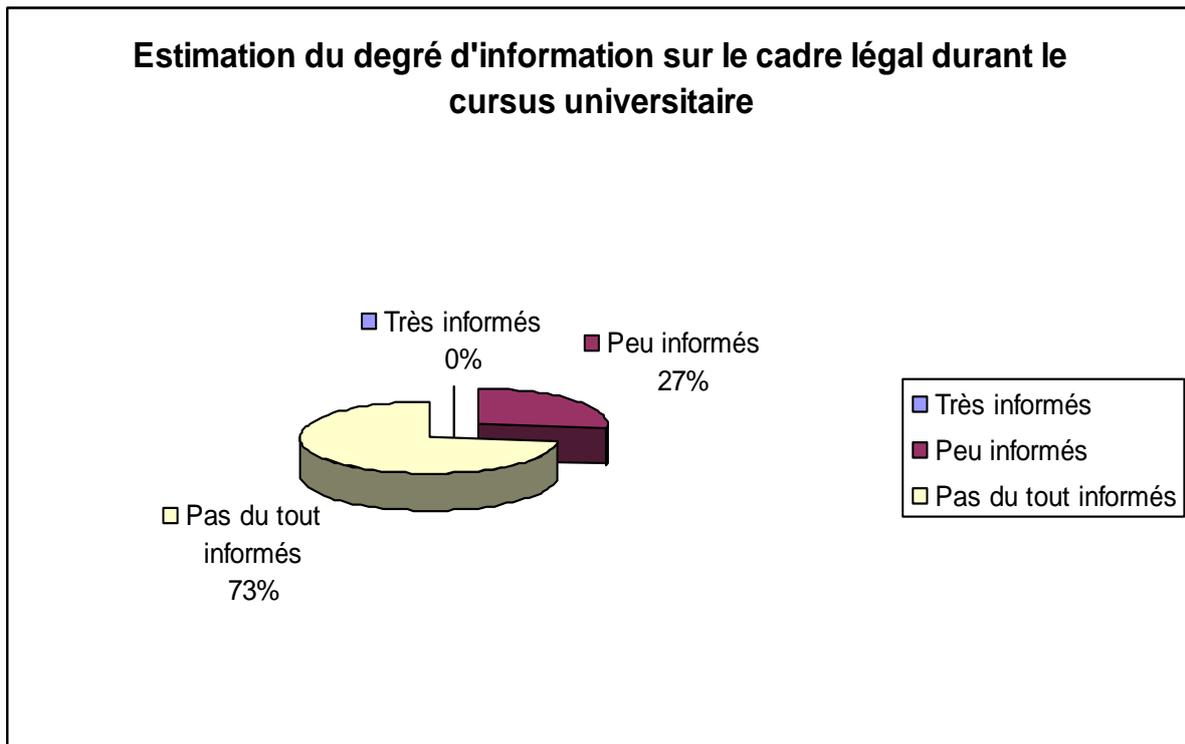


Figure 25: Estimation du degré d'information sur le cadre légal durant le cursus universitaire.

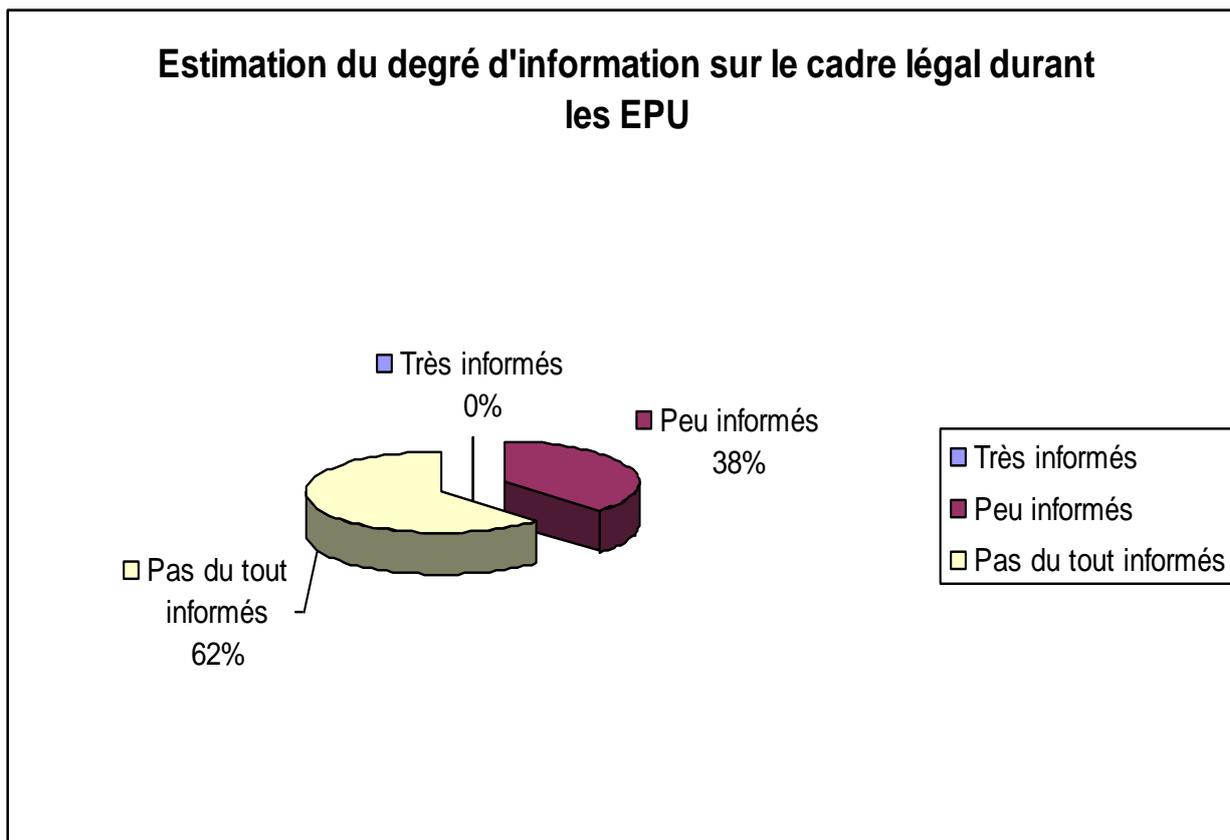


Figure 26 : Estimation du degré d'information sur le cadre légal durant les EPU.

Analyse des résultats

Ainsi, une très large majorité de pharmaciens sondés estime n'être pas informés du tout ou peu informés concernant le cadre juridique des premiers secours.

Concernant l'évaluation de la formation des pharmaciens, ce n'est pas la qualité qui fait défaut, mais la encore le temps qui est consacré et la fréquence aujourd'hui trop faible et non obligatoire des réactualisations.

Des efforts sont tout de même faits par la faculté pour proposer le diplôme de l'AFPS aux étudiants le souhaitant, ainsi qu'aux professionnels de santé le désirant.

Notons également que les laboratoires proposent de plus en plus de formations encadrées par des médecins urgentistes, comme le laboratoire Sanofi-Aventis qui propose chaque année une soirée « formation premiers secours », et également une formation sur le défibrillateur automatique (formation à laquelle j'ai assisté le 27 mai 2009 à Nantes).

Que ce soit sur la plan théorique, pratique, mais surtout judiciaire, il reste donc évidemment des progrès à faire, autant du côté de l'enseignement que des pharmaciens eux-mêmes qui ne prennent pas toujours le temps d'approfondir ou de réactualiser leur savoir. C'est justement ce même savoir qui se doit plus que jamais d'être étendu, précis, d'une grande rigueur scientifique, mais surtout adapté à toutes les situations rencontrées couramment à l'officine.

4.2 Evaluation de l'équipement et du matériel possédé pour répondre à la demande premiers secours

Au-delà du savoir du pharmacien en termes de premiers secours, il a paru intéressant de se pencher sur le matériel possédé directement à la pharmacie pour répondre à la demande.

Il paraît en effet primordial de savoir si les pharmacies possèdent tout le matériel nécessaire (orthèses, pansements, et surtout médicaments d'urgence), pour offrir les meilleurs soins.

4.2.1 L'équipement d'urgence du pharmacien

L'enquête se penchait donc surtout sur le stock de médicaments d'urgence en demandant pour chaque type d'urgence quel était le matériel disponible dans l'officine.

Question

De quels médicaments disposez-vous à l'officine pour répondre à une demande de votre environnement médical concernant l'urgence :

-cardio-vasculaire : | Vasodilatateurs rapides (trinitrine...) | Diurétique injectable (furosémide...)

| Anti-cholinergique injectable (atropine) | Anti-thrombotique (hbpm) | Adrénaline inj.

| Hypotenseur sublingual (nifédipine ,nicardipine...)

-dermatologique : | Anti-H1 (dexchlorphéniramine) | Sédatif injectable

-respiratoire : | Bronchodilatateur en spray (salbutamol...) | corticoïde inj. (beta-méthasone..)

-neurologique : | Anti-convulsivant inj. (diazepam...) | Anxiolytique inj. (clonazepam...) | Glucose hypertonique | Neuroleptique inj. (tiapride...) | Myorelaxant inj. (thiocolchicoside...)

-antalgique : | Aspirine/AINS inj. (kétoprofène...) | Morphine injectable | Buprénorphine per os | Anti-spasmodique inj. (tiémonium...)

-ophtalmologique : | Collyre anesthésique (oxybuprocaine...) | Collyre antiseptique (picloxydine)

-orl : | Anesthésique en spray :lidocaine 5 %

-digestive : | Anti-émétique inj. (métoclopramide,métopimazine...)

Analyse des résultats

Pour exploiter ces résultats, j'ai évalué pour chaque pharmacie la proportion de cette liste d'urgence que les pharmaciens possèdent directement dans leur stock, c'est-à-dire directement prêt à l'utilisation pour des cas de prise en charge des victimes. Cela permettait ainsi d'évaluer la « réactivité » en terme disponibilité des médicaments d'urgence.

L'analyse des données de l'enquête montre qu'une très large majorité des pharmacies possèdent en stock plus de 90% des médicaments d'urgence cités.

Les pharmaciens interrogés semblent donc très bien équipés en médicaments d'urgence, pour répondre directement à la demande de soins.

4.2.2 L'équipement mis à disposition du public

L'enquête visait également à évaluer la mise à disposition du public de trousse de premiers secours.

Question

Confectionnez-vous des trousse de premier secours à l'attention du public ?

| *oui* | *non*

Analyse des résultats

Ici encore, plus de 90 % des pharmacies sondées confectionnent des trousse de premiers secours à l'attention du public et certains pharmaciens en préparent à la demande. C'est donc ici que les conseils du pharmacien devront être avisés pour confectionner un équipement adapté au lieu et aux activités choisies par le demandeur.

4.2.3 Le tiroir d'urgence idéal à l'officine

Dans le but de se consacrer uniquement à la victime, c'est-à-dire de la prendre en charge rapidement et efficacement, il est nécessaire de posséder à l'officine un tiroir d'urgence complet et connu par tous les membres de l'équipe.

Il me semble donc indispensable de rappeler brièvement le matériel de premiers secours et les médicaments indispensables dans le tiroir d'urgence de l'officine.

Matériel de premiers secours

Produit	Quantité	Utilisation
Bande de gaze type Nylex® (4m x 5cm)	1	Maintien de pansements et de compresses
Bande de gaze type Nylex® (4m x 7cm)	1	Maintien de pansements et de compresses
Bande de crêpe (4m x 10cm)	2	Maintien de pansements et de compresses
Bande de crêpe (4m x 15cm)	2	Maintien de pansements et de compresses
Ciseaux à bouts ronds	1	Découpe de matériel de soins
Ciseaux type Jesco®	1	Découpe de vêtements, ceinture de sécurité
Compresses stériles non adhérentes (10 cm x 10 cm)	10	Protection d'une plaie ou d'une brûlure simple
Compresses stériles non adhérentes (30 cm x 30 cm)	50	Nettoyage et protection de la peau lésée
Couverture isotherme	1	Couvrir la victime
Dosettes de sérum physiologique	10	Lavage oculaire ou cutané
Echarpe triangulaire	2	Immobilisation du membre supérieur
Embout sous-labial ou masque jetable	1	Bouche à bouche
Epingles de sureté	2	Fixation d'une écharpe
Filet tubulaire pour doigt	1	Maintien de pansements et de compresses

Produit	Quantité	Utilisation
Gants de soins en latex (taille S, M,L)	1	Protection contre les infections
Morceaux de sucre sous emballage individuel (type Coramine® glucose)	5	Resucrage d'une personne en hypoglycémie
Lien large non élastique	1	Pose d'un garrot
Pansements adhésifs prêts à l'emploi (boite 4 formats)	1	Protection d'une plaie simple
Pansements américains stériles (10cm x 20 cm)	2	Protection d'une plaie grave
Pansements américains stériles (15cm x 20 cm)	2	Protection d'une plaie grave
Pince à échardes	1	Retrait d'une écharde
Sacs plastiques type congélation	2	Récupération des membres sectionnés
Sparadrap microporeux hypoallergénique	1	Maintien de compresses sur une plaie simple
Tensiomètre électronique	1	Prise de la tension artérielle

Tableau II : Matériel de premiers secours (2)

NB : Les sutures adhésives type Stéri-strip® ne doivent pas être posées sans avis médical et ne figurent pas dans le matériel cité ci-dessus.

Médicaments de la trousse de secours

Classe	Produits
Anti-H1/Antiprurigineux locaux	Apaisyl®, Parfenac®, Quotane®
Antiseptique cutané : L'idéal : peu coloré, à large spectre, sans alcool, sous forme de spray ou unidoses	<u>Adultes</u> : Bétadine®, Biseptine®, Dakin® <u>Enfants</u> : Chlorhexidine aqueuse Gibert®
Cryothérapie (ce n'est pas un médicament)	Poches et compresses accumulatrices de froid type Coldypack® Spray réfrigérants type Urgofroid®
Protecteur cutané : traitement des brûlures simples	Tulle gras®, Biafine®
Topiques en traumatologie bénigne (ecchymoses, contusions...)	Arnican®, Hémoclar®

Tableau III : Médicaments de la trousse de secours. (2)

4.3 Observations sur les difficultés rencontrées au cours des interventions à l'officine

Au-delà de la capacité de l'officine à répondre à la demande de soins, nous nous pencherons sur l'environnement médical de l'officine, et notamment l'attente des secours. Puis nous verrons les difficultés rencontrées lors de cette attente qui peut paraître interminable, particulièrement pour les officines plus reculées.

4.3.1 Les interlocuteurs privilégiés

Nous avons demandé quelles étaient les personnes ou services contactés en priorité pour des cas :

- de simple conseil médical
- de traumatisme
- de malaise
- d'intoxication

Cela nous a permis de constater quels étaient les services sélectionnés par les pharmaciens d'officine en distinguant bien chaque catégorie d'urgence rencontrée.

Question

Qui appelez-vous en priorité ?

<i>-Pour un conseil médical de ville</i>		<i>sapeurs pompiers (18)</i>		<i>SAMU (15)</i>		<i>médecin</i>
<i>-En cas de traumatismes de ville</i>		<i>sapeurs pompiers (18)</i>		<i>SAMU (15)</i>		<i>médecin</i>
<i>-En cas de malaises de ville</i>		<i>sapeurs pompiers (18)</i>		<i>SAMU (15)</i>		<i>médecin</i>
<i>-En cas d'intoxication</i>		<i>sapeurs pompiers (18)</i>		<i>SAMU (15)</i>		<i>médecin de ville</i>

Résultats

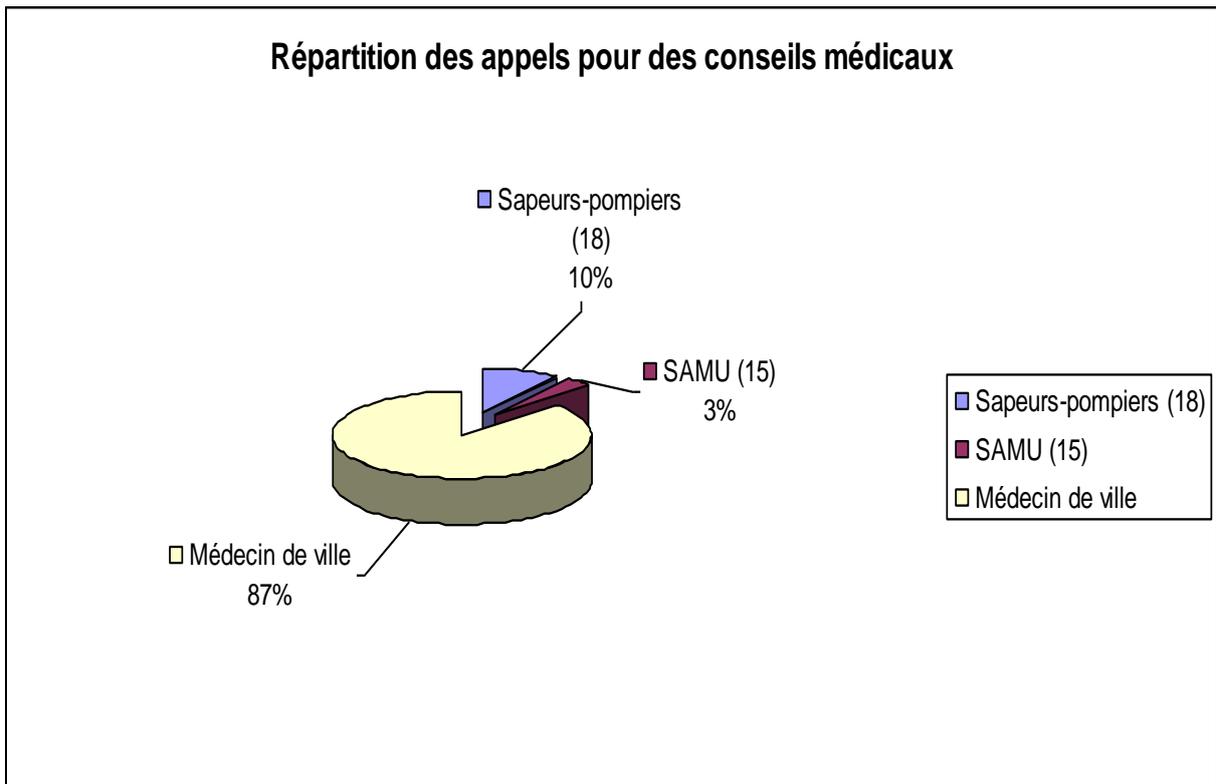


Figure 27 : Répartition des appels pour des conseils médicaux.

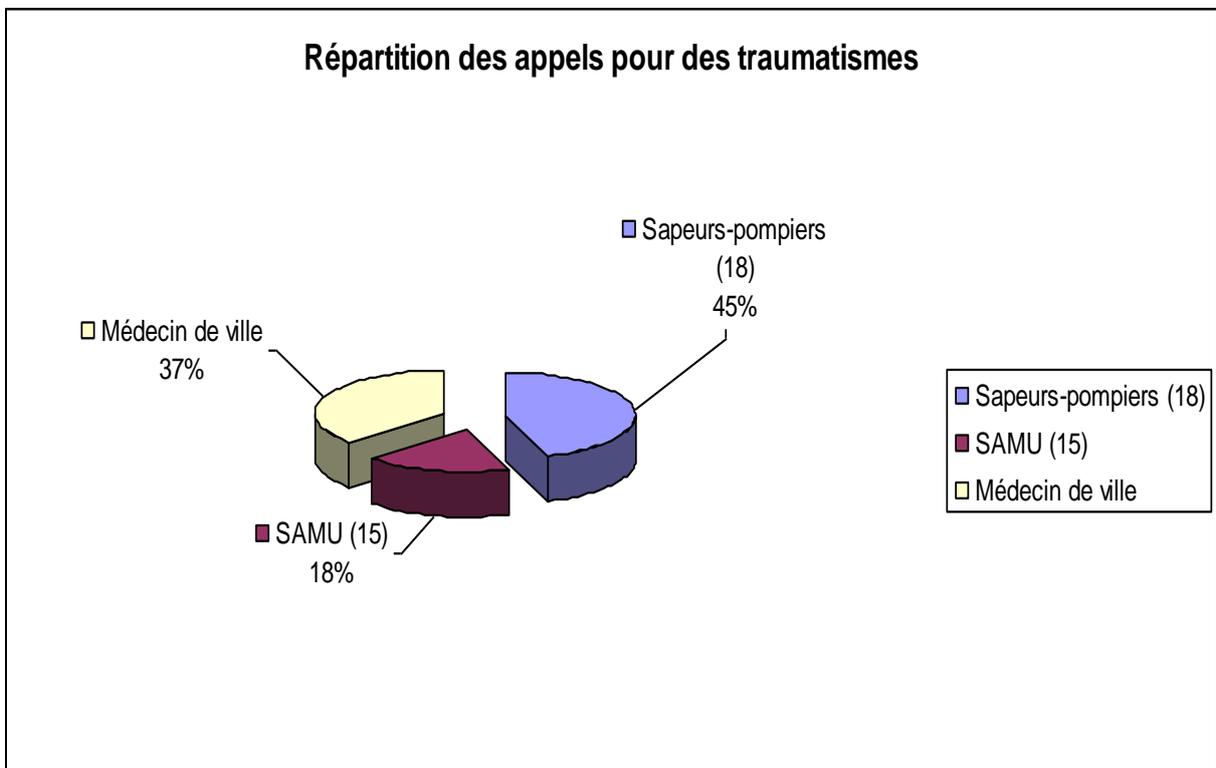


Figure 28 : Répartition des appels pour des traumatismes.

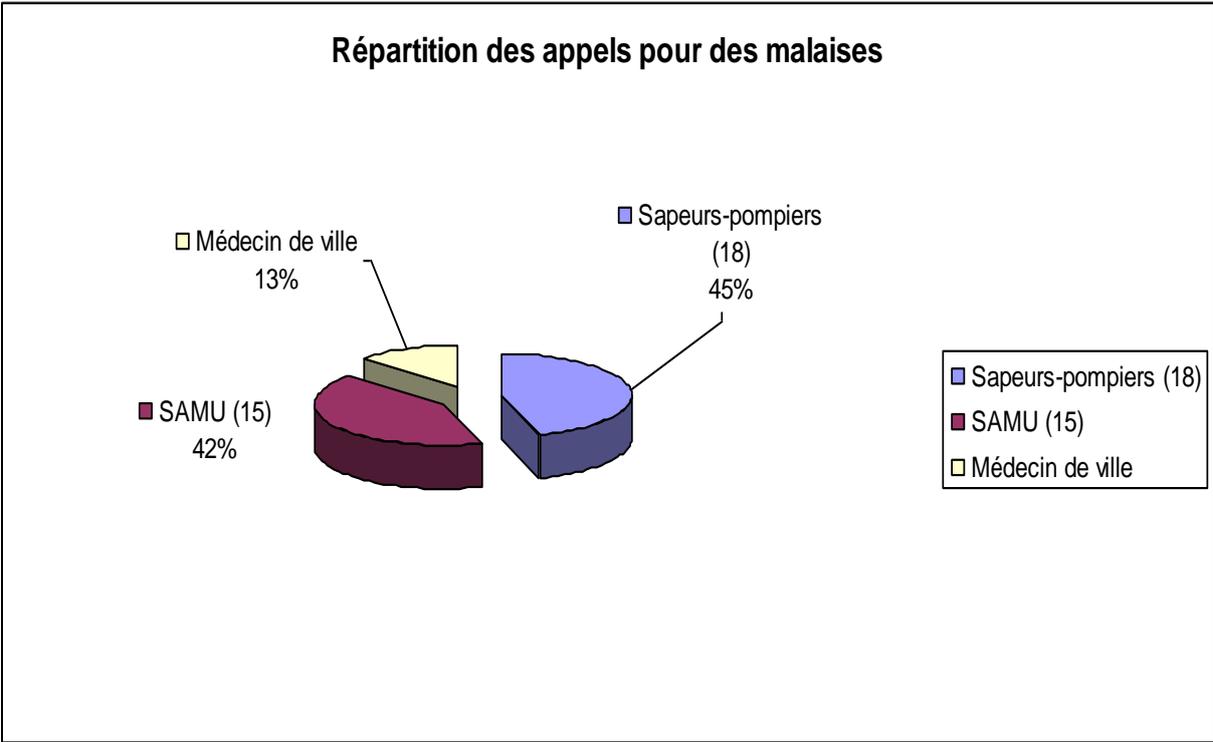


Figure 29 : Répartition des appels pour des malaises.

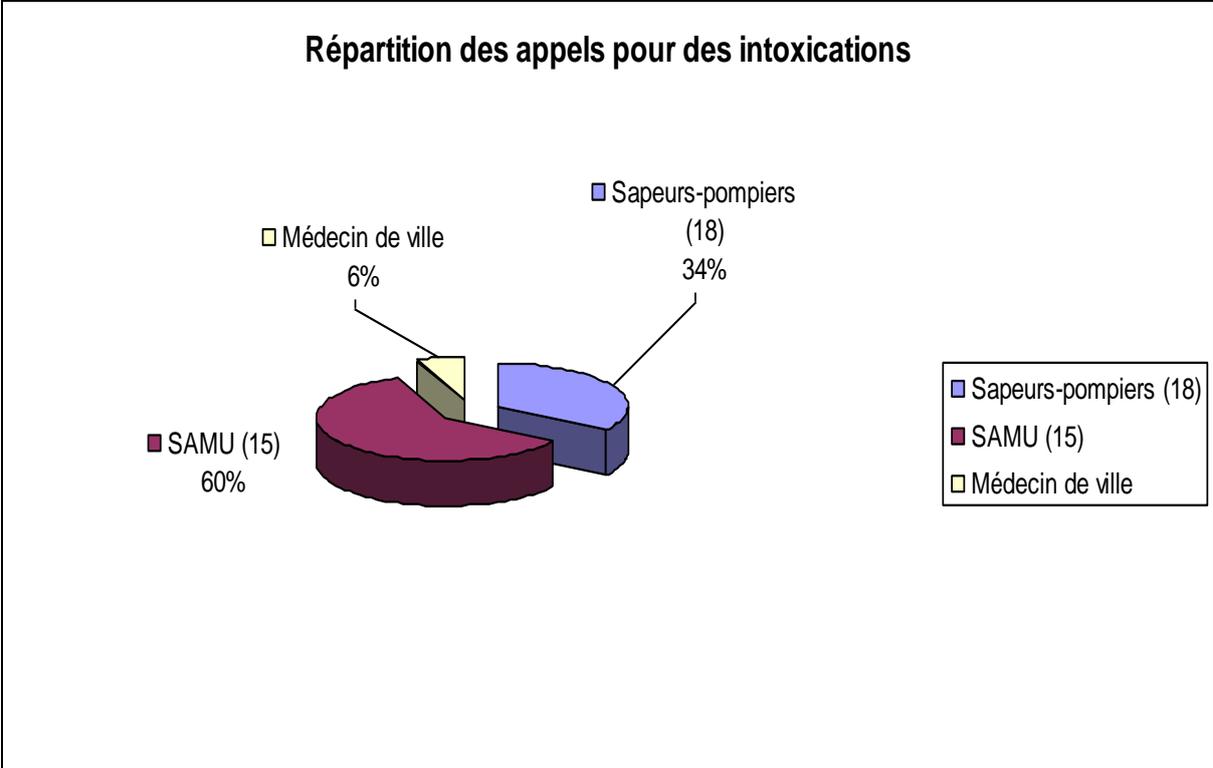


Figure 30 : Répartition des appels pour des intoxications.

Analyse des résultats

Nous constatons que pour de simples conseils médicaux, l'interlocuteur privilégié reste le médecin de ville (87%).

Pour les cas plus complexes de traumatismes divers, ce sont les pompiers qui sont contactés, pour la plupart des pharmaciens (45%). Cependant, le médecin de ville est lui aussi très sollicité pour ce type d'urgence.

Les cas très délicats de malaise et d'intoxication sollicitent globalement beaucoup plus le SAMU et les pompiers. Notons tout de même que pour les cas urgents d'intoxication, le SAMU demeure le plus facilement contacté.

Le pharmacien doit choisir judicieusement les services à joindre pour obtenir rapidement conseil ou assistance, ceci est d'autant plus difficile lorsque le temps d'attente pour une intervention est long, notamment pour les officines rurales.

4.3.2 Le temps moyens d'attente des secours

L'enquête visait à faire évaluer par le pharmacien le temps moyen d'attente entre l'appel des secours et leur arrivée à l'officine.

Question

Quel fut approximativement le temps d'arrivée des secours ?

| *Moins de 5min* | *de 5 à 10 min* | *plus de 10 min*

Résultats

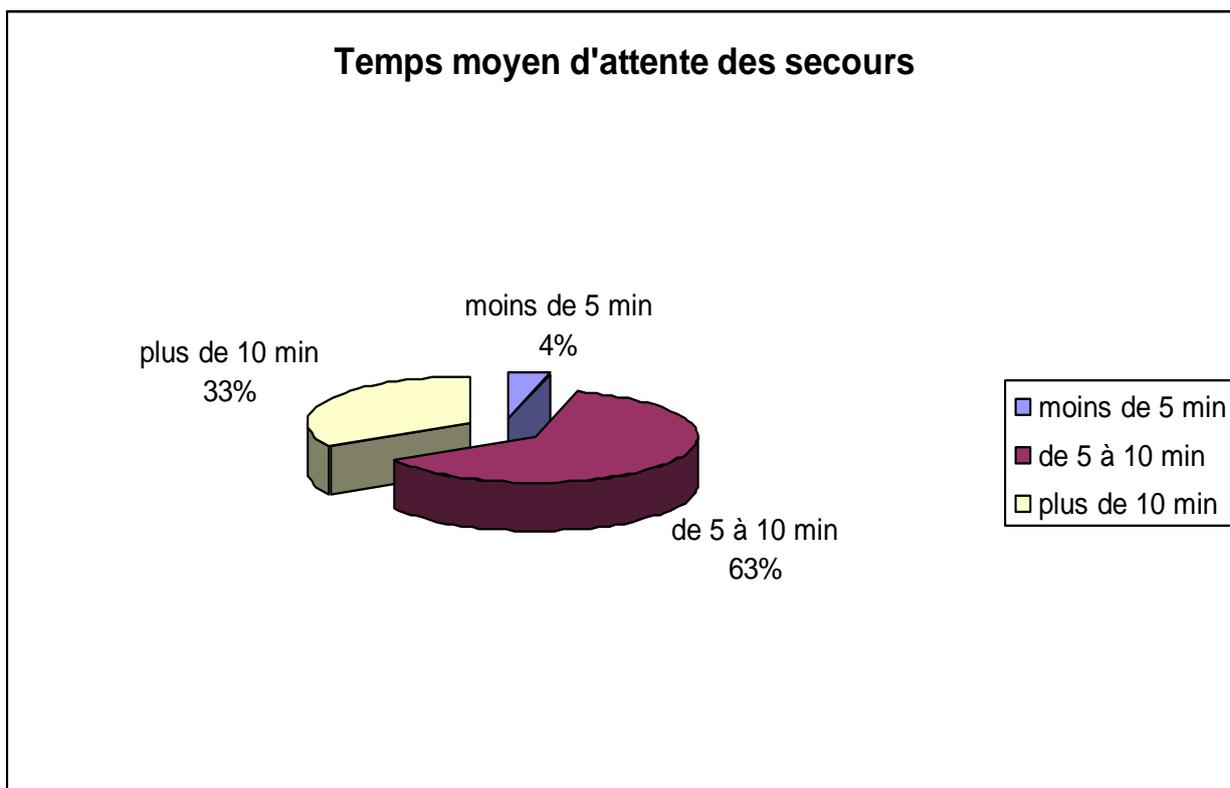


Figure 31 : Temps moyen d'attente des secours

Analyse des résultats

Nous observons d'abord que le temps moyen d'attente des secours est situé en majorité entre 5 et 10 min.

Notons tout de même qu'un tiers des pharmacies attend plus de 10 min l'arrivée des secours !

Cette situation est bien entendue calquée sur l'environnement médical : les pharmacies les plus reculées sont évidemment plus éloignées de centre de secours et attendent ainsi plus longtemps que les pharmacies plus centrales.

Chacun sait que dans toute situation d'urgence, chaque minute compte et ce sont particulièrement ces pharmaciens qui attendent le plus qui devront encore plus veiller à avoir les bons réflexes (PLS, point de compression, soulagement de la douleur...).

4.3.3 Les difficultés rencontrées pendant l'attente des secours

Question

Avez-vous rencontré des difficultés à prendre en charge la victime pendant l'attente des secours ?

Non *Oui* *si oui préciser :*

Résultats

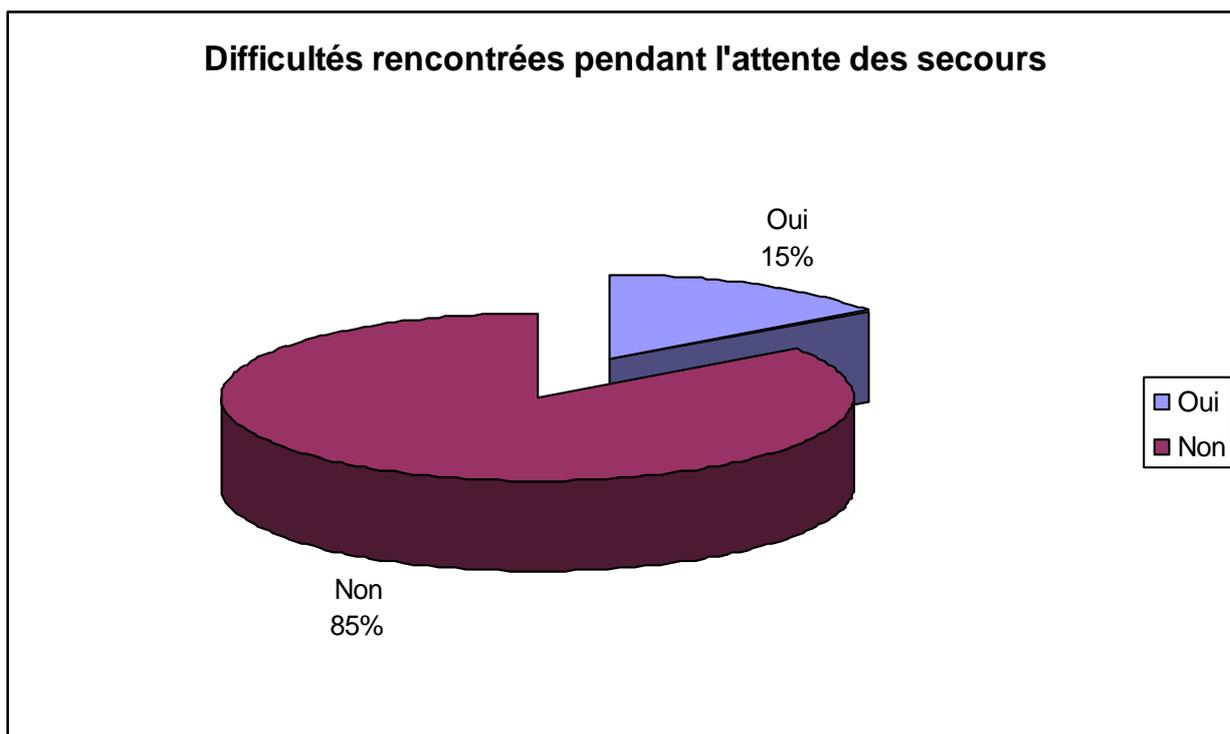


Figure 32 : Difficultés rencontrées pendant l'attente des secours.

Analyse des résultats

Une grande majorité des pharmacies sondées n'a donc rencontré aucune difficulté pendant l'attente des secours, ce qui est dû aux différents degrés de gravité des situations rencontrées, aux conseils téléphoniques des secours et aux qualités de secouriste des pharmaciens concernés.

Cependant, certaines situations graves ont entraîné des difficultés durant l'attente des secours dans certaines officines, dont voici quelques exemples :

-Impatience et agressivité d'une victime consciente

-Victime d'un œdème de Quincke

-Victime d'un AVC

-Blessure profonde de l'avant bras suite à un coup de cutter, avec rupture de l'artère, avec un point de compression difficile à réaliser, car la personne était agitée et la perte de sang impressionnante.

4.3.4 Les différents obstacles empêchant le pharmacien d'exercer correctement les premiers soins

L'analyse de l'enquête réalisée auprès des pharmacies de Loire-Atlantique permet d'isoler les quatre types majeurs d'obstacles face aux situations d'urgences :

-l'absence ou le manque de formation théorique et pratique

-la peur de mal faire

-le risque d'engager sa propre responsabilité civile

-le risque de poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine.

Notons que le questionnaire laissait un choix « autre » qui a été sélectionné par une seule pharmacie et qui soulignait qu'il n'existait en réalité aucun obstacle réel à la réalisation des premiers soins d'urgence à l'officine.

Cette possibilité a donc été intégrée dans l'exploitation statistique.

Question

Quels sont les obstacles susceptibles de vous empêcher de réaliser des gestes de premiers secours à l'officine ?

Absence de formation | *Peur de mal faire* | *Risque d'engager sa responsabilité civile*

Risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine | *Autre*

Si autre, précisez :

Résultats

Répartition par officine des obstacles à la réalisation des soins d'urgence

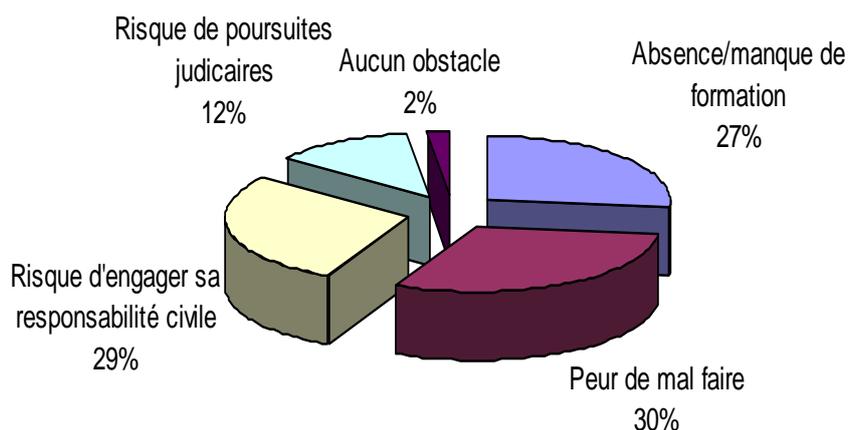


Figure 33 : Répartition des obstacles à la réalisation des soins d'urgence par le pharmacien d'officine.

Analyse des résultats

Notons que le questionnaire laissait la possibilité de choix de plusieurs obstacles en même temps, dont voici l'interprétation statistique.

La peur de mal faire ressort dans la majorité des cas avec 30% de réponse, suivie de près par le risque d'engager sa responsabilité civile (29%) et l'absence de formation (27%).

On retrouve loin derrière, avec 12% la crainte de poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Enfin, le fait qu'il n'existe aucun obstacle réel ne revient seulement dans 2% des cas étudiés.

Conclusion :

Nous concluons que la peur d'exécuter un geste de première urgence (même si ce geste est maîtrisé de manière théorique et exécuté sans difficulté hors de tout contexte de stress de l'urgence), reste la première des appréhensions du pharmacien d'officine.

De même, le cadre de la responsabilité civile en particulier reste également un frein certain pour le pharmacien, et nous verrons par la suite dans quelle dimension le pharmacien sera inquiété du point de vue judiciaire et civil.

PARTIE III:

**Les limites et l'évolution de
la prise en charge des
urgences à l'officine.**

1. Les limites du champ d'action du pharmacien (5) (2) (6)

Après une approche pratique de la prise en charge des urgences par le pharmacien, nous nous intéresserons à son aspect juridique et disciplinaire.

Nous nous appuierons en particulier sur l'entretien avec Mr Lereste et le Code de la Santé Publique pour traiter ce thème.

1.1 Entretien avec Mr LeReste, Président du CROP des Pays de Loire (7)

Cet entretien date de janvier 2009, date à laquelle Mr LeReste occupait toujours le poste de Président du CROP, et qu'il a quitté depuis mai 2009.

Le but de cet entretien était d'obtenir la caution éthique et juridique du Président de L'Ordre, ainsi que la validation des idées énoncées concernant le cadre réglementaire et l'avenir du rôle du pharmacien face aux situations d'urgence.

Voici le compte-rendu de cet entretien, réalisé à Nantes, au CROP, le jeudi 8 janvier 2009 :

Compte-rendu de l'entretien avec Mr Le Reste, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de Loire.

Question 1 :

Que pensez-vous du rôle actuel des pharmaciens d'officine dans la prise en charge des urgences ?

Ce rôle est indispensable, et le pharmacien d'officine se doit de connaître un grand nombre de notions fondamentales pour répondre à une demande de soins d'urgence qui augmente de plus en plus.

Question 2 :

Quels sont les droits et devoirs des pharmaciens face à ces situations d'urgence ?

Le pharmacien d'officine se doit d'abord en tant que personne civile mais surtout en tant que professionnel de santé de porter assistance à toute personne en danger. Il engagera alors sa responsabilité professionnelle pour chacun de ses actes, et ne pourra en aucun cas s'y soustraire.

Question 3 :

En résumé, le champ d'action du pharmacien est-il limité premièrement par la compétence même du pharmacien concerné et deuxièmement par la restriction qui consiste d'abord à ne pas nuire ?

En effet, tout pharmacien se doit de ne jamais dépasser son champ propre de compétence et lui seul est à même de l'évaluer.

Le plus important pour lui c'est d'agir avec prudence et de façon justifiée, dans la mesure où chacun de ses actes sera exécuté dans l'intérêt direct du patient comme le souligne le Code de la Santé Publique.

Il existe actuellement un grand débat concernant les défibrillateurs semi-automatiques à disposition de certaines pharmacies.

L'objectif étant, sous réserve d'une formation précise du pharmacien à son utilisation de permettre une action d'urgence possible directement en pharmacie.

Affaire à suivre...

Question 4 :

Comment situer la limite entre non-assistance à personne en danger et exercice illégal de la médecine ?

En théorie, le pharmacien ne doit réaliser aucun acte médical, sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine. Cependant, la limite n'est pas toujours évidente, en effet, s'il s'agit d'un acte médical mais qu'il est jugé nécessaire et surtout justifié pour « sauver » la vie du patient, le pharmacien ne pourra subir aucune poursuite judiciaire ou ordinaire par la suite.

Exemple : Une injection d'Adrénaline en cas de choc anaphylactique doit être réalisée le plus vite possible. Si dans un cas précis les secours mettent trop de temps pour intervenir et qu'un médecin conseille cette injection rapidement pour soulager la victime, le pharmacien sera en droit de le faire, bien que ce soit pourtant un acte médical.

Quoiqu'il adienne le pharmacien se doit d'abord de protéger la victime, avertir les secours et de lui porter assistance.

L'acte exécuté par le pharmacien peut être de plusieurs types :

- réchauffer la victime en hypothermie en attendant les secours.
- exécuter les soins de premier secours : PLS, point de compression...
- soulager une douleur, ou une appréhension par les médicaments ...

En conclusion aucun exercice illégal de la médecine ne peut être reproché au pharmacien lorsque celui-ci sait ce qu'il fait et lorsque l'intérêt du patient est suivi en priorité.

Question 5 :

Quelles sont les sanctions encourues dans les deux cas ?

Le cas le plus condamnable reste la non-assistance à personne en danger, qui, si elle est prouvée et confirmée par des témoins, peut entraîner des sanctions civiles (indemnités à verser à la victime qui dépose plainte) et des sanctions pénales (peine de prison, amende) ainsi que des poursuites disciplinaires de l'Ordre (blâme, interdiction d'exercer...).

Question 6 :

Quelle est la position de l'Ordre lors de telles situations de procès contre un pharmacien ?

Le Président du tribunal peut demander la position du Conseil de l'Ordre mais ceci est rare et chaque cas est indépendant.

En conclusion : Le pharmacien doit toujours inciter à consulter si nécessaire et tout acte médical ou pharmaceutique doit être réalisé dans l'intérêt du patient et dans le champ de compétence du pharmacien.

Cette conclusion sera appuyée par un extrait du code la Santé Publique,

Art. R. 4235-7

« Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure. »

Fin de l'entretien

1.2 Les obstacles empêchant le pharmacien d'exercer correctement les premiers soins. (2)

Comme chacun sait, loin de notre enseignement théorique, il existe toujours un certain nombre de barrages dans la pratique que l'on oublie de prendre en compte, ou que l'on sous-estime lorsque l'on est mis au pied du mur, face une victime que l'on doit secourir, au sein d'une officine.

Ces obstacles existent donc réellement et sont multiples. Cela va de la crainte de nuire à la victime, ou bien du manque de formation, jusqu' à la crainte de sanctions judiciaires en cas de procès.

1.2.1 L'absence ou le manque de formation

Il s'agit sûrement ici de l'obstacle le plus facilement évitable, mais malheureusement le plus omniprésent.

Chaque pharmacien a son propre parcours universitaire auquel correspond un enseignement plus ou moins complet de formation aux premiers secours, qui dépend à la fois de l'université fréquentée mais aussi, pour les plus anciens officinaux, de « l'époque » à laquelle remonte leurs études.

On peut donc souligner une absence réelle de formation aux premiers secours pour certains ou trop lointaine pour être efficace mais le plus problématique reste le manque de réactualisation des connaissances et de pratique des officinaux.

En effet, si certains pharmaciens ont suivi une formation de soins d'urgence poussée durant leur cursus universitaire (en PCEP2, notamment), ceux-ci se retrouvent malheureusement au même niveau que les plus profanes lorsqu'ils ne suivent pas régulièrement des formations ou des recyclages en premiers soins.

Manque de temps ou manque de volonté, les raisons sont diverses et variées.

Cependant les occasions de se former ou de se reformer sont multiples, comme à l'université ou une formation « premiers secours » est ouverte aux étudiants ainsi qu'aux pharmaciens souhaitant se remettre à niveau.

De même, certains laboratoires proposent régulièrement des soirées de formation encadrées par des médecins et des pompiers.

L'exemple le plus proche remonte à Octobre dernier, à Nantes ou un grand laboratoire proposée une soirée encadrée, avec mise à disposition d'un mannequin pour s'exercer aux massages cardiaques et au bouche à bouche.

1.2.2 La peur de mal faire

La peur de mal faire découle le plus logiquement possible de notre précédent problème de formation.

Il est légitime d'avoir peur de faire un geste qu'on ne maîtrise pas.

Or, certaines personnes malgré une maîtrise correcte des gestes de première urgence se trouvent confrontés à cette peur de mal faire pour des raisons compréhensibles d'émotivité et de pertes des moyens.

Il est donc aisé de comprendre que le seul moyen de contourner cette peur de mal faire ,qu'elle soit due à un manque de connaissance, ou à un manque de confiance, c'est la formation continue et régulière du pharmacien et de son équipe.

1.2.3 Le risque d'engager sa responsabilité civile

Ce risque constitue également un frein à l'exercice du pharmacien.

Comme nous en reparlerons par la suite, cet engagement de responsabilité civile est à modérer.

En effet, dans le cas où une victime porterait plainte contre un pharmacien, et dans la mesure où le pharmacien aurait tout fait pour porter le mieux possible assistance à la victime, c'est la compagnie d'assurance de l'officine qui s'engagerait à payer les dommages et intérêts pour la victime. Ce risque d'engager sa responsabilité civile ne peut évidemment pas être minimisé mais il est peut être souvent un peu trop surestimé.

1.2.4 Le risque de poursuites judiciaires

Cet obstacle sera traité en détail par la suite, du fait de la complexité de son explication. Nous tiendrons compte des poursuites pénales, civiles et disciplinaires.

1.3 Le cadre judiciaire de la prise en charge des urgences (2) (3)

La pharmacie a toujours été considérée comme un avant poste à tout type de premiers soins à la demande spontanée des patients.

Qu'elle soit possible techniquement à traiter par le pharmacien ou non, la demande existe réellement, elle est de plus en plus pointue, de plus en plus vaste et surtout de plus en plus fréquente.

Etant donné le contexte actuel général de procédure judiciaire relatif à la conformité des actes de soins ainsi que les obligations de bonne pratique, de moyen et de résultat pour les professionnels de santé, nous sommes donc en mesure de nous demander ce qu'il en est du cas très particulier du pharmacien d'officine.

Quelles sont ses obligations civiques et professionnelles ?

Que risque-t-il en termes de poursuites pénales et civiles ?

Quels sont ses droits ?

Où est la limite avec l'exercice illégal de la médecine ?

L'ensemble de ces interrogations ont notamment trouvé leur réponse grâce à l'interview de Mr Claude LeReste, Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de Loire.

1.3.1 Les devoirs civiques et professionnels du pharmacien et de son équipe (2) (3)

L'obligation de porter assistance à toute personne en danger est un devoir qui concerne chaque citoyen, c'est une obligation civique.

Les pharmaciens ainsi que les préparateurs sont donc tenus de porter secours à toute personne en péril, conformément à *l'alinéa 2 de l'article 223-6 du Code pénal*.

Ce devoir s'applique aussi bien dans le cadre privé que dans le cadre professionnel.

- Code pénal - article 223-6 al.2 :

« 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 75000 euros d'amende.

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

Le pharmacien a donc également cette obligation professionnelle d'assistance à toute personne en danger, comme le souligne le code de déontologie des pharmaciens :

- **Art. R. 4235-7**

« Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure. »

Notons que cet article ne s'adresse pas qu'aux pharmaciens d'officine mais également à tous les pharmaciens, qu'ils soient industriels, répartiteurs, biologistes ou encore hospitaliers.

1.3.2 Les poursuites encourues

Il convient d'abord de les séparer entre poursuites pénales, poursuites civiles et poursuites disciplinaires.

A/ Les poursuites pénales

La responsabilité pénale intervient dès lors qu'une personne commet une infraction (délit, crime...) et implique directement une sanction qui peut être une peine d'emprisonnement (avec ou sans sursis) accompagné parfois d'une amende.

Cette sanction est toujours prononcée par un tribunal dont la partie civile est constituée par la société toute entière.

La sanction s'adresse individuellement à son auteur.

Ainsi, la « non assistance à personne en danger » constitue un délit qui peut concerner tout membre de l'équipe officinale.

Les sanctions peuvent aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement, avec une amende de 75 000 €.

Le tribunal considère qu'il y a non-assistance à personne en danger à la seule condition que les quatre constituants de l'infraction sont présents.

-Personne en péril :

Une personne est considérée comme en péril lorsque que son intégrité corporelle, sa santé ou sa vie sont atteintes à plus ou moins brève échéance.

L'assistance doit dans tous les cas être portée, que la personne soit considérée ou non comme condamnée, même si son état est jugé totalement désespéré.

-Possibilité d'assistance directe ou indirecte :

Il existe deux possibilités d'assistance : agir personnellement en réalisant soit même les gestes nécessaires de premiers secours ou soit en provoquant cette assistance en alertant le plus rapidement les secours adaptés.

Le tribunal considère que les deux possibilités d'assistance simultanées sont nécessaires ce qui signifie qu'en aucun cas l'alerte des services d'urgence ne suffirait, car le pharmacien se doit en effet de se rendre en personne pour évaluer la situation de la victime et lui porter directement assistance puisqu'il est sensé posséder la compétence pour agir.

-L'absence de risque pour soi et les tiers :

Le risque se doit d'être sérieux, c'est-à-dire qu'il doit mettre en danger la santé, l'intégrité corporelle ou la vie du pharmacien ou d'un tiers.

-L'abstention volontaire de porter secours :

Il faut que l'abstention soit volontaire et ne résulte pas d'un cas de force majeure indépendant de la volonté du pharmacien. Le pharmacien se doit donc de récolter le maximum d'informations sur l'état de la victime et ne doit pas hésiter à se déplacer auprès de la victime pour évaluer lui-même la situation, dans le cas où les renseignements seraient confus, voire incomplets.

B/ Les poursuites civiles

La responsabilité civile est mise en jeu lorsqu'un individu commet un acte fautif ayant entraîné un dommage pour une autre personne.

L'auteur de cet acte doit alors réparer le préjudice causé par une somme d'argent appelée « dommages et intérêts » comme le stipulent *les articles 1382,1383 et 1384 du code civil* :

-Article 1382

Créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804

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

-Article 1383

Créé par Loi 1804-02-09 promulguée le 19 février 1804

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

-Article 1384

Modifié par Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 - art. 8 JORF 5 mars 2002

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

La responsabilité civile du pharmacien titulaire est mise en jeu pour tout dommage commis pendant l'exercice de sa profession, qu'ils soient causés par lui-même, ou bien qu'ils soient causés par un des membres de son équipe.

Lorsque que le pharmacien porte assistance, cette responsabilité s'applique également.

Cette mise en cause de la responsabilité civile ne devrait pourtant pas bloquer le pharmacien dans l'exécution de ses actes de soins d'urgence.

En effet, en cas de préjudice avéré pour une victime, les dommages et intérêts seront versés par la compagnie d'assurance de l'officine, à la condition exclusive que le pharmacien n'ait pas échappé à son obligation d'assistance au victimes.

Gageons tout de même qu'il ne faut pas minimiser le traumatisme psychologique pour l'accusé sujet à de telles procédures judiciaires, ainsi que les problèmes évident liés à la réputation de l'officine pour la suite de l'exercice.

C/Les poursuites disciplinaires (3)

Cette responsabilité disciplinaire intervient lorsque le pharmacien a commis une faute professionnelle, relative à un manquement aux règles établies par le code de déontologie des pharmaciens.

Toute infraction aux règles préétablies pour l'exercice de la profession seront ensuite jugées par la chambre de discipline de l'Ordre des pharmaciens, comme il est mentionné dans *l'article R.5015-7 du code de la santé publique*.

Art. R. 5015-7.

« Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure. »

Les sanctions engagées seront successivement :

- l'avertissement
- le blâme avec une inscription au dossier
- l'interdiction temporaire d'exercer la pharmacie, pour une durée maximale de 5 ans.
- l'interdiction définitive d'exercer la pharmacie.

1.3.3 La subjective limite de l'exercice illégal de la médecine (2) (3)

Lors de toute action de premier secours envers une victime en péril, le pharmacien sera amené à pratiquer un certain nombre de gestes médicaux dont l'exécution est normalement réservée exclusivement au médecin.

A/ Le cadre réglementaire de l'exercice illégal de la médecine

Comme le stipule très clairement le Code de la santé publique art L.4161-1 :

Art. 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 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 L. 4131-1 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 ;

2° Toute personne qui se livre aux activités définies au 1° ci-dessus sans satisfaire à la condition posée au 2° de l'article L. 4111-1 compte tenu, le cas échéant, des exceptions apportées à celle-ci par le présent livre et notamment par les articles L. 4111-6 et L. 4111-7 ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes mentionnées aux 1° et 2°, à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent titre ;

4° Toute personne titulaire d'un diplôme, certificat ou tout autre titre de médecin qui exerce la médecine sans être inscrite à un tableau de l'ordre des médecins institué conformément au chapitre II du titre Ier du présent livre ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire prévue à l'article L. 4124-6 à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 4112-6 et L. 4112-7 ;

5° Tout médecin mentionné à l'article L. 4112-7 qui exécute des actes professionnels sans remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues audit article. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. »

La limite semble donc clairement définie mais elle est franchement contournée lorsque l'on se place dans le cadre d'une urgence.

Qu'en est-il en pratique quotidienne, lorsqu'une personne nécessite des soins d'urgence à la pharmacie ?

B/ Le cas particulier de l'urgence vitale

Cette disposition concernant l'exercice illégal de la médecine se trouve en effet totalement mise à mal lorsqu'il s'agit d'une urgence vitale.

Le pharmacien sera en effet autorisé à effectuer un diagnostic, et même un acte médical direct sur la victime à un certain nombre de conditions :

- premièrement, la limite de compétence : le pharmacien se doit d'agir dans la mesure où il possède les compétences pour porter assistance et secourir la victime. C'est d'ailleurs le point le plus difficile à juger car chacun à une formation différente de premiers secours et chacun peut réagir émotionnellement différemment face à une urgence, avec parfois des excès de confiance ou à l'opposé une perte totale de moyens.
- deuxièmement, l'action doit être éclairée et justifiée : le pharmacien, même s'il possède les compétences adaptées doit lui-même évaluer la gravité de l'état de la victime et secourir la victime de manière totalement justifiée, et accepter de mettre en jeu sa propre responsabilité, en cas de procès ultérieur.
- troisièmement, l'intérêt de la victime : il convient en effet pour le pharmacien de tenter tout ce qu'il est possible pour lui de faire dans la mesure où c'est dans l'intérêt de la survie de la victime, et que son action ne lui nuira en aucun cas.

Ainsi, ces gestes de premiers secours que le pharmacien peut être amené à pratiquer ne constituent pas des actes médicaux mais des gestes de survie qu'il est apte à exécuter.

Cette action, étroitement liée à la compétence du pharmacien, justifiée, et dans l'intérêt du patient, ne constituera en aucun cas un exercice illégal de la médecine.

Comme le souligne justement Mr LeReste, un pharmacien se verra sûrement reprocher une absence de réaction plutôt qu'un geste de survie téméraire mais éclairé.

En somme si le pharmacien par cet acte, participe dans l'intérêt de la survie ou du soulagement de la victime il se doit de le faire.

Quoiqu'il advienne le pharmacien se doit d'abord de protéger la victime, avertir les secours et de lui porter assistance.

Conclusion :

En conclusion aucun exercice illégal de la médecine ne peut être reproché au pharmacien lorsque celui-ci sait ce qu'il fait et lorsque l'intérêt du patient est suivi en priorité.

Intéressons nous maintenant au devenir de cette prise en charge et à l'évolution du rôle du pharmacien d'officine.

2. L'évolution de la prise en charge des urgences

2.1 L'évolution du rôle de pharmacien d'officine (2) (8) (6)

2.1.1 Le cas des officines rurales

Les officines rurales sont en effet les premières structures qui ont évolué et qui seront également amenées à évoluer.

Comme cela a été évoqué dans l'enquête, les officines rurales les plus dénuées d'environnement médical sont les plus sollicitées en termes de fréquence et de variété d'interventions.

Il est certain que la situation future ne risque guère de s'arranger.

D'abord parce que le nombre de médecins sur tout le territoire sera insuffisant pour répondre à la demande mais aussi parce que les zones rurales ne sont pas les zones les plus choisies par les futurs médecins.

Ces deux paramètres associés ne feront donc que creuser la désertification déjà bien entamée des campagnes.

En conséquence, il faudra s'attendre dans les années à venir à une augmentation conséquente des interventions dans les officines rurales mais également à une augmentation de la gravité même des urgences à traiter.

2.1.2 Le cas des officines de ville

Le questionnaire a également prouvé que même pour certaines officines placées au cœur d'une grande ville et par conséquent correctement entourées de médecins de ville et d'hôpitaux, la sollicitation pour des situations d'urgence pouvait être très fréquente. Comment peut-on alors l'expliquer ?

Une première explication vient de l'habitude des victimes de passer systématiquement par l'officine la plus proche qui, en ville, est forcément encore plus proche qu'ailleurs. Ceci entraîne pour une bonne partie des cas les plus « graves », et par conséquent impossibles à traiter à l'officine (points de suture, hémorragie, fractures...), une réorientation systématique chez le médecin ou aux urgences.

Une autre explication vient du fait que les médecins de ville sont débordés et ne peuvent parfois faire face à une demande trop importante. Cette surcharge des cabinets médicaux entraîne inéluctablement une réorientation (parfois par défaut) dans la structure la plus proche, c'est-à-dire l'officine de son quartier.

Ainsi que ce soit en ville ou à la campagne, le pharmacien d'officine sera de plus en plus sollicité.

Quelles sont alors les conséquences pour le pharmacien d'officine ?

2.2 Les conséquences de cette évolution pour le pharmacien d'officine

2.2.1 Les changements entraînés dans la profession

S'il est en effet inévitable que le rôle du pharmacien ne fera que croître en terme de gestion des urgences et des premiers soins, cela ne se fera qu'au prix d'une réforme inévitable de la profession liée à une volonté conjointe de tous les acteurs de la pharmacie (pharmaciens, enseignants et étudiants de la faculté, conseil de l'Ordre...)

Tout d'abord, les pharmaciens devront en premier lieu se mettre à jour en termes de diplôme de premier secours et de réactualisation des connaissances. Ils devront ainsi se former mais également former toute l'équipe officinale.

Ce nouveau rôle du pharmacien ne pourra pas non plus se faire sans l'appui de la faculté de pharmacie qui formera les générations futures mais également les actuels pharmaciens d'officine. Pourquoi ne pas imposer dans l'avenir une option obligatoire de formation en premiers secours aux étudiants en pharmacie de 5^{ème} ou 6^{ème} année ?

Enfin, le conseil de l'Ordre devra également clarifier le rôle du pharmacien en terme de prise en charge des urgences et notamment concernant l'aspect légal. Le conseil de l'Ordre pourrait également imposer chaque année une obligation de recyclage et de formation en premiers secours. C'est notamment sur ce point qu'il paraît important d'insister, car une majorité des pharmaciens sondés demandent une obligation de recyclage annuelle.

A défaut de disposition ou même de motivation personnelle, ils seraient obligés d'y participer.

Outre ces changements il conviendrait également de détenir à l'officine un matériel de premiers soins (trousse de premiers secours, médicaments d'urgence...) complet et adapté aux situations rencontrées. Pour les officines équipées d'un défibrillateur automatique, il conviendra également de savoir correctement s'en servir et de former son personnel à son utilisation.

Devant de tels bouleversements ,quels sont les avantages et les inconvénients pour la profession ?

2.2.2 Les avantages et les inconvénients de cette évolution

A/ Les avantages

En plus d'élargir le champ de compétence du pharmacien, cette évolution en tant qu'acteur clé dans les soins d'urgence permettra de revaloriser la profession et d'ouvrir de nouveaux horizons à la profession qui se trouve en ce moment menacée par des impératifs économiques.

En effet, un rôle plus important, mais surtout un rôle reconnu des pharmaciens, dans les situations d'urgence permettra d'une part de désengorger les cabinets de médecin et donc également les urgences .Tout ceci se faisant évidemment dans la limite de ses compétences.

A plus large échelle ce rôle pourrait s'élargir pour traiter des pathologies mineures à l'officine sans automatiquement engorger les cabinets de médecin qui doivent être consultés pour des pathologies plus graves .Sans vouloir remplacer le médecin ni le concurrencer, il s'agirait au contraire de le soulager en lui épargnant un grand nombre de consultations pour des petites pathologies bénignes (rhume, angine etc....) ou le conseil avisé d'un pharmacien suffirait.

Ainsi cette idée rééquilibrerait la chaîne officine/cabinet médical/urgence, et entrainerait à plus ou moins long terme le principe de pharmacien-prescripteur.

B/ Les inconvénients

Si l'on considère le traitement des urgences relatives et des pathologies simples, et par extension le rôle de « pharmacien-prescripteur », les responsabilités du pharmacien seront par conséquent plus grandes.

Il faudra que le pharmacien prenne conscience que tout acte exercé hors de son champ de compétence pourra lui être blâmé et jugé devant un tribunal, à plus forte raison si cet acte n'a pas été exécuté dans les règles de l'art.

Ce futur élargissement des compétences n'est-il pas un « cadeau empoisonné » pour le pharmacien, tant on sait que les poursuites judiciaires sont aujourd'hui fréquentes.

Si le pharmacien se cantonne à toujours exercer dans son champ de compétence avec une formation correcte à l'appui, il n'y a donc aucune raison de le penser mais il est vrai qu'il devra quoiqu'il arrive toujours agir avec prudence.

2.3 Quel est l'avis des professions médicales concernées ?

2.3.1 L'avis des médecins

Dans le but d'obtenir l'avis de la profession médicale concernant le rôle du pharmacien et son évolution dans la prise en charge des urgences à l'officine, j'ai choisi d'avoir un entretien avec le Docteur Senand, médecin responsable de la compétence partagée médecin/pharmacien, au département de Médecine générale de l'UFR de Nantes.

Compte-rendu de l'entretien avec le Dr Senand, du département de Médecine générale de l'UFR de Nantes.

Question 1 :

Que pensez-vous du rôle du pharmacien dans la prise en charge des urgences (au sens large du terme) à l'officine ?

« Le pharmacien demeure un acteur de soin de premier recours, il va recevoir des patients à l'officine avec une demande spécifique, et extrêmement variée.

Cela impose au pharmacien responsable une compétence vaste et actualisée et une démarche qui ira au-delà du conseil, c'est-à-dire une démarche diagnostique, terme qui n'est pas réservé exclusivement aux médecins.

A ce sujet, il semble nécessaire d'éclaircir la situation .En effet il existe quatre niveaux d'analyse diagnostique au cabinet du médecin :

1- Le symptôme pur et simple sans aucune complication clinique visible par l'examen du médecin.

Exemple : des maux de ventre chez un patient, sans aucun autre signe clinique.

2- Le syndrome, qui correspond à un ensemble de symptômes.

Exemple : le syndrome pseudo-grippal = nez qui coule, fièvre, courbatures...

3- La maladie au sens propre du terme.

4- Le diagnostic de certitude (le plus rare), qui correspond par exemple au diagnostic chirurgical dans le cas d'une appendicite ou un TDR pour les angines à Streptocoque.

En conclusion, 75 % des consultations du médecin se classent dans les deux premières catégories, il faut donc rester modeste car le diagnostic réel reste donc assez rare même pour le médecin.

Ainsi, le pharmacien est tout aussi capable pour toute une catégorie de maladies et par conséquent également pour les urgences médicales de formuler une hypothèse diagnostique, s'il est compétent et bien formé.

Le pharmacien a donc tout à fait sa place dans la sphère des urgences et des premiers soins, c'est ici mon avis personnel qui n'est pas forcément partagé par toute la profession. »

Question 2 :

Comment voyez-vous l'évolution du rôle du pharmacien dans les années à venir ?

« Mon avis sur la question qui est partagé par Mme Ballereau, Professeur à la faculté de pharmacie de Nantes, est que le pharmacien devra forcément être amené à être prescripteur.

Dans l'avenir, pour toute une catégorie de cas comme, un renouvellement classique d'ordonnance pour un patient hypertendu chronique mais équilibré, où il s'agit simplement de vérifier la tension, et de prescrire un traitement médicamenteux identique, serait envisageable par le pharmacien.

Le patient se devra par contre de refaire une ou deux visites par an chez le médecin pour vérifier son état de santé de manière globale (consultation de 1 heure pour un check-up).

Pour un TDR d'une angine à Streptocoque positif, ou une cystite non compliquée chez la femme, le pharmacien pourrait également prescrire les antibiotiques adaptés.

Personne ne connaît mieux les médicaments que le pharmacien cela semblerait logique qu'il puisse un jour prescrire dans un contexte évidemment précis et bien défini à l'avance. »

Question 3 :

Quel est l'avis des autres médecins concernant le futur rôle de premier recours du pharmacien ?

Comme je l'ai précisé, je donne mon avis et celui de certains collègues, mais ce n'est pas toujours le même avis pour le reste de la profession médicale qui n'est pas favorable à une évolution vers le pharmacien de premier recours et encore moins prescripteur.

Le débat sera long et complexe mais il aura lieu car ce qui est sûr c'est que le rôle du pharmacien va évoluer, en raison par exemple d'une démographie de médecins au plus bas en 2020.

Si cette tendance se confirme, cela demandera au pharmacien :

-un vrai espace de confidentialité

-une éthique irréprochable concernant l'aspect financier pour éviter certaines dérives et des abus

-une présence d'un pharmacien compétent et formé pour assurer ces nouvelles missions

Un dernier chiffre : 30 % des consultations courantes du médecin correspondent à des pathologies non compliquées ou chroniques équilibrées, qui pourraient être traitées à l'officine sous les soins du pharmacien, mais également, à plus large échelle par tout professionnel de santé compétent. »

Fin de l'entretien

Conclusion :

Il semble donc que ce rôle du pharmacien dans le traitement des urgences, et plus largement dans le traitement de certaines pathologies soit amené à évoluer. Malgré la réticence apparente des syndicats de médecins, ceux-ci n'auront pas vraiment le choix, étant donné le profil de la démographie médicale.

Le rôle de pharmacien-prescripteur pour les urgences « traitables » à l'officine est par conséquent tout à fait envisageable et applicable, le débat ne fait donc que commencer !

2.3.2 L'avis des pharmaciens

Nous nous appuyerons essentiellement sur l'enquête pour répondre à cette question.

Question

Estimez-vous que la mise en œuvre des premiers secours à l'officine relève du rôle du pharmacien ?

| Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait

Résultats

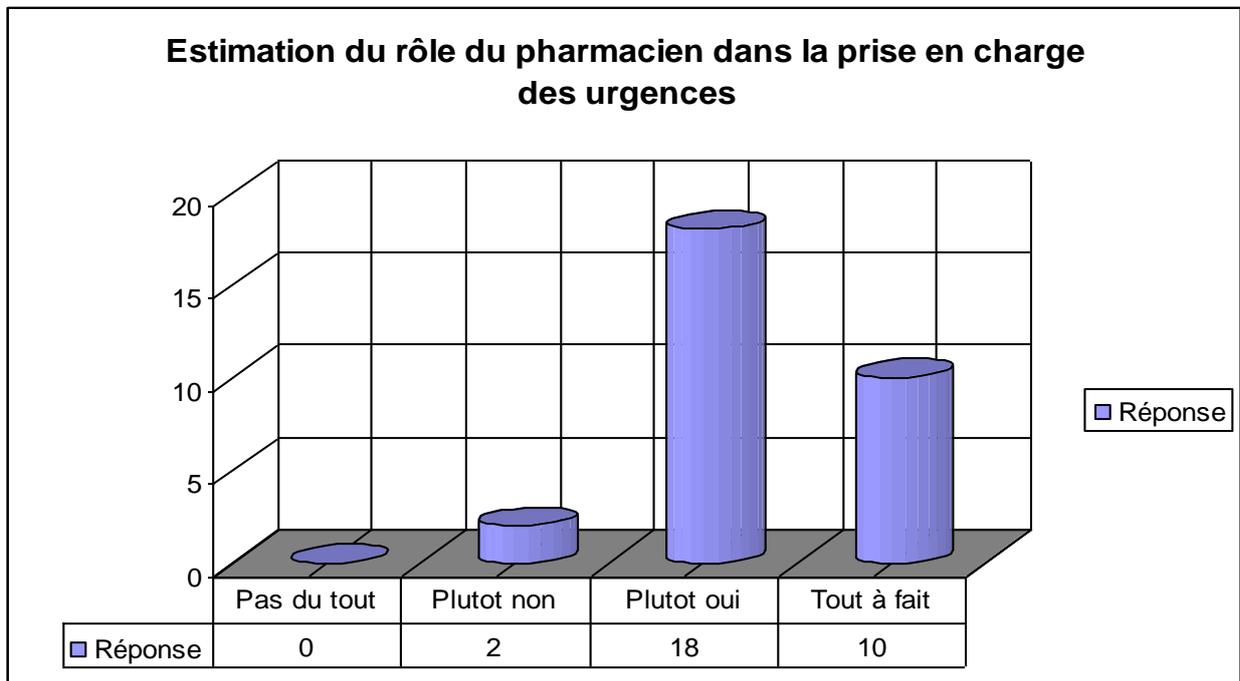


Figure 34 : Estimation du rôle du pharmacien dans la prise en charge des urgences.

Analyse des résultats

On remarque ainsi que les pharmaciens estiment à une très large majorité que les premiers secours relèvent de leur rôle. Regardons maintenant quel est l'avis des pharmaciens au sujet des réelles attentes des patients.

2.3.3 L'avis des patients des officines

Pour exploiter cette question, nous avons demandé aux pharmaciens d'estimer eux-mêmes, par leur expérience au comptoir, si les soins d'urgences constituaient une attente réelle de la part des patients de leur officine.

Question

Pensez-vous que le fait de pouvoir bénéficier en officine de soins de première urgence constitue une réelle attente de la part du public ?

| *Pas du tout* | *Plutôt non* | *Plutôt oui* | *Tout à fait*

Résultats

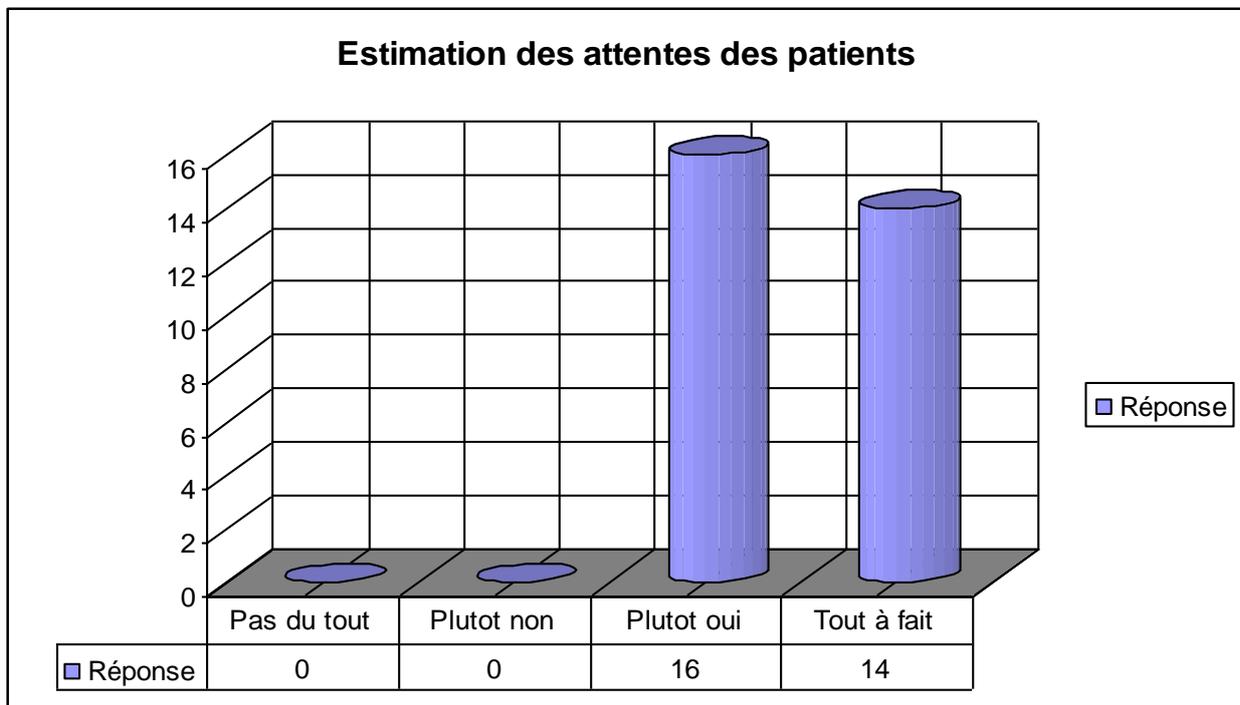


Figure 35 : Estimation des attentes des patients.

De manière encore plus prononcée que pour la question précédente, on note ici que la majorité des pharmaciens estiment que l'offre de premiers soins à l'officine est tout à fait dans les attentes des patients.

Tout ceci confirme l'analyse dans le sens ou tout le monde (médecins, pharmaciens, patients...) s'accordent à reconnaître au pharmacien d'officine un rôle primordial dans la prise en charge des premiers secours, qui entrainera à court terme une évolution nette de la profession, dans ce domaine.

2.4 La nouvelle loi HPST (6) (5) (8)

2.4.1 Récapitulatif de la loi HPST (6)

Le ministre de la santé Roselyne Bachelot a lancé en octobre 2008 un projet de loi baptisé Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), qui a été adopté en première lecture le 18 mars 2009 par l'Assemblée Nationale.

Son objectif principal est la modernisation et la coordination globale de tout le système de santé français.

Elle se divise en quatre principaux titres dont voici le détail :

Titre I - Modernisation des établissements de santé

- article 1 - missions des établissements de santé et missions de service public
- article 2 - qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé
- article 3 - contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)
- article 4 - statut des établissements publics de santé

- article 5 - conseil de surveillance des établissements publics de santé
- article 6 - directeur et directoire et contrôle des décisions des établissements publics de santé
- article 7 - nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
- article 8 - organisation interne des établissements publics de santé
- article 9 - certification des comptes des établissements de santé
- article 10 - création d'un nouveau statut contractuel pour les médecins
- article 11 - simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux, et contrats de partenariat
- article 12 - communautés hospitalières de territoire (CHT)
- article 13 - simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

Titre II - Accès de tous à des soins de qualité

- article 14 - principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours
- article 15 - régulation territoriale de la démographie médicale
- article 16 - organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires
- article 17 - principe général de coopération entre professionnels de santé
- article 18 - limitation des refus de soins par les médecins et dentistes
- article 19 - formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie
- article 20 - réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale
- article 21 - rapprochement des législations européennes des Etats membres relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et aux dispositifs médicaux implantables

Titre III - Prévention et santé publique

- article 22 - éducation thérapeutique du patient
- article 23 - interdiction de vente d'alcool aux mineurs
- article 24 - interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile
- article 25 - interdiction des \"cigarettes bonbons\"

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

- article 26 - création des agences régionales de santé (ARS)
- article 27 - représentation des professionnels de santé
- article 28 - principes de planification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux
- article 29 à 32 - dispositions de coordination et dispositions transitoires avec la création des ARS

Ce projet de loi soulève depuis quelques mois une grande polémique au sein du milieu médical, hospitalier et politique et est actuellement remis en question par de nombreux amendements au Sénat.

Penchons nous maintenant sur les directives qui concernent le milieu de la pharmacie.

2.4.2 Les directives concernant les nouvelles missions du pharmacien

Voici un bref aperçu des nouvelles directives qui feront évoluer prochainement la profession, on y reconnaît notamment que les pharmaciens :

- contribuent aux soins de premier recours ;
- participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- participent au service public de la permanence des soins ;
- concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ;
- peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) dépourvu de pharmacie à usage intérieur (PUI) ;
- peuvent assurer auprès de certains patients le rôle de pharmacien traitant ;
- peuvent proposer des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, notamment en contribuant à l'éducation pour la santé, en réalisant ou en participant à des actions de prévention ou de dépistage ».

Conclusion :

Il semble donc que ce projet de loi renforce vivement le rôle de pharmacien d'officine en le qualifiant de « Pharmacien coordinateur », « Pharmacien traitant », ou encore « Pharmacien référent ».

Ce n'est donc pas seulement la prise en charge des premiers soins à l'officine qui est amenée à évoluer mais la prise en charge globale du patient par le pharmacien.

La profession doit donc s'attendre à d'intenses bouleversements dans les années à venir tant sur sa structure que son rôle et ses objectifs qui ne cesseront de prendre de l'importance, le pharmacien restant avant tout un professionnel de santé de premier recours.

Conclusion

Quelles soient rurales ou citadines, toutes les pharmacies sont un jour concernées par la prise en charge des situations d'urgence.

L'enquête a révélé une demande de plus en plus fréquente et surtout de plus en plus variée de la part des patients, poussant le pharmacien à devenir un acteur clé de la chaîne des premiers secours.

Malgré un équipement adéquat et une formation de base pointue, le pharmacien d'officine ne peut pas répondre pleinement à toutes les mises en situation.

C'est notamment la formation continue qui semble faire le plus défaut. Pour y remédier, il faudra nécessairement établir un dialogue fructueux entre les différents acteurs de la pharmacie (étudiants, pharmaciens, professeurs...).

Le débat ne fait que commencer et nécessitera avant tout la reconnaissance des compétences du pharmacien.

Les récentes lois de Santé Publique abondent dans ce sens, comme la loi HPST adoptée en Juin 2009. Le Sénat a en effet entériné les nouvelles missions du pharmacien : le terme de pharmacien correspondant a ainsi été adopté. Le pharmacien devient ainsi un acteur de Santé de premier recours et ses compétences en conseil, dépistage, prévention, diagnostic et éducation thérapeutique sont désormais reconnues.

Que ce soit pour le conseil pharmaceutique ou les premiers soins, la demande ne fera que croître dans le futur et de nouvelles mesures pour la Pharmacie devront être adoptées pour faire face à l'inquiétante baisse de démographie médicale prévue pour 2020.

Certains parlent même déjà du concept de pharmacien-prescripteur malgré la ferme opposition du corps médical.

Ce n'est donc pas seulement la prise en charge des premiers soins à l'officine qui est amenée à évoluer mais surtout la prise en charge globale du patient par le pharmacien d'officine.

LISTE DES ABREVIATIONS

AFPS : Attestation de Formation aux Premiers Secours

ARS : Agence Régionale de Santé

BAV : Baisse de l'Acuité Visuelle

BNS : Brevet National de Secourisme

CAT : Conduite A Tenir

CSP : Code de la Santé Publique

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EPU : Enseignement Post-Universitaire

MCE : Massage Cardiaque Externe

PCEP : Premier Cycle d'Etudes Pharmaceutiques

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

TDR : Test de Dépistage Rapide

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Arbre décisionnel pour la protection des victimes.....	14
Figure 2 : Arbre décisionnel pour l'alerte des secours.....	15
Figure 3 : Fiche technique du massage cardiaque externe (MCE).....	19
Figure 4 : Fiche technique de la PLS.....	21
Figure 5 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un malaise.....	22
Figure 6 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'un traumatisme.....	23
Figure 7 : Arbre décisionnel pour la prise en charge d'une hémorragie.....	24
Figure 8 : Conduite à tenir pour les cas de brûlures.....	27
Figure 9 : Conduite à tenir pour les cas de convulsions de l'adulte.....	28
Figure 10 : Répartition du nombre d'interventions, tous types de pharmacies confondus.....	36
Figure 11 : Répartition par type d'officine du nombre moyen d'interventions annuelles.....	38
Figure 12 : Fréquence d'intervention pour des cas d'intoxication.....	44
Figure 13 : Fréquence d'intervention pour des cas de détresse respiratoire.....	45
Figure 14 : Fréquence d'intervention pour des cas de perte de conscience.....	45
Figure 15 : Fréquence d'intervention pour des cas de crise convulsive.....	46
Figure 16 : Fréquence d'intervention pour des cas de traumatisme.....	46
Figure 17 : Fréquence d'intervention pour des cas de malaise.....	47
Figure 18 : Fréquence d'intervention pour des cas d'hémorragies.....	47
Figure 19 : Fréquence d'intervention pour des cas de plaie.....	48
Figure 20 : Fréquence d'intervention pour des cas de brulure.....	48
Figure 21 : Fréquence d'intervention pour des cas de personnes en détresse/suicidaire.....	49
Figure 22 : Evaluation du type de formation aux premiers secours.....	52
Figure 23 : Evaluation de la formation de recyclage.....	54
Figure 24 : Evaluation de la qualité de la formation concernant les premiers secours...56	
Figure 25 : Estimation du degré d'information sur le cadre légal durant le cursus universitaire.....	58
Figure 26 : Estimation du degré d'information sur le cadre légal durant les EPU.....	59
Figure 27 : Répartition des appels pour des conseils médicaux.....	67

Figure 28 : Répartition des appels pour des traumatismes.....	67
Figure 29 : Répartition des appels pour des malaises.....	68
Figure 30 : Répartition des appels pour des intoxications.....	68
Figure 31 : Temps moyen d'attente des secours.....	70
Figure 32 : Difficultés rencontrées pendant l'attente des secours.....	71
Figure 33 : Répartition des obstacles à la réalisation des soins d'urgence par le pharmacien d'officine.....	73
Figure 34 : Estimation du rôle du pharmacien dans la prise en charge des urgences.....	102
Figure 35 : Estimation des attentes des patients.....	103

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Les antidotes et leurs indications.....	30
Tableau II : Matériel de premiers secours.....	64
Tableau III : Médicaments de la trousse de secours.....	65

LISTE DES ANNEXES

1- Enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique.

2- Fiches techniques.

A/Fiche technique pour assurer la libération des voies aériennes et apprécier la fonction ventilatoire.

B/Fiche technique pour assurer la désobstruction des voies aériennes.

3- Arbres décisionnels.

A/Arbre décisionnel en cas de perte de conscience et de détresse respiratoire.

B/Arbre décisionnel en cas d'étouffement.

C/Arbre décisionnel en cas de perte de conscience.

4- Conduites à tenir.

A/CAT en cas de plaies simples et graves.

B/CAT en cas de crise d'asthme.

1- Enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique.

**Questionnaire concernant la prise en charge des situations d'urgence
par le pharmacien d'officine**



Ce questionnaire est destiné aux pharmaciens d'officine et sera exploité par la suite dans le cadre d'une thèse de pharmacie dont l'intitulé sera :

**Prise en charge des situations d'urgence
par le pharmacien d'officine :**

Enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique

Merci de retourner ce questionnaire par courrier à l'adresse suivante :

**Sylvain ROUSSEL
28, rue de Gigant
44000 Nantes**

Cachet de l'officine

I- CARACTERISTIQUES DE L'OFFICINE

1. Vous exercez dans une pharmacie :

de centre ville de quartier rurale de centre commercial autre si autre préciser :

2. Combien de personnes y compris le (ou les) titulaire(s) toutes qualifications confondues y travaillent :

1 à 2 3 à 5 6 à 9 10 à 15 + de 15

3. Existe-t-il dans l'environnement médical de la pharmacie des praticiens de ville acceptant de prendre en charge les victimes nécessitant de petits actes médico-chirurgicaux (sutures...)?

Je ne sais pas oui et j'y ai recours non aucun

4. L'officine est-elle située à proximité immédiate d'un établissement de santé (hôpital/clinique) pouvant prendre en charge les urgences ?

oui non

Si oui : j'y ai souvent recours je n'y ai jamais recours

II- PRISE EN CHARGE DES URGENCES A L'OFFICINE

1. Pensez-vous que le fait de pouvoir bénéficier en officine de soins de première urgence constitue une réelle attente de la part du public ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

2. Estimez-vous que la mise en œuvre des premiers secours à l'officine relève du rôle du pharmacien ?

Pas du tout Plutôt non Plutôt oui Tout à fait

3. Estimez-vous que la mise en œuvre des premiers secours à l'officine fait partie des obligations professionnelles du pharmacien ?

oui non

4. Confectionnez-vous des trousse de premier secours à l'attention du public ?

oui non

5. Quels sont les obstacles susceptibles de vous empêcher de réaliser des gestes de premiers secours à l'officine ?

Absence de formation Peur de mal faire Risque d'engager sa responsabilité civile

Risque de poursuite pour exercice illégal de la médecine Autre

Si autre, précisez :

6. Qui appelez-vous en priorité ?

- Pour un conseil médical de ville sapeurs pompiers (18) SAMU (15) médecin
- En cas de traumatismes de ville sapeurs pompiers (18) SAMU (15) médecin
- En cas de malaises de ville sapeurs pompiers (18) SAMU (15) médecin
- En cas d'intoxication de ville sapeurs pompiers (18) SAMU (15) médecin

7. En 2008, combien d'interventions ont nécessité le déplacement des secours d'urgence (Sapeurs pompiers,samu,ambulances...) au sein de votre officine ?

- Aucune 1 à 5 6 à 10 plus de 20

8. Quel fut approximativement le temps d'arrivée des secours ?

- Moins de 5min de 5 à 10 min plus de 10 min

9. Avez-vous rencontré des difficultés à prendre en charge la victime pendant l'attente des secours ?

- Non Oui si oui préciser :

III- FORMATION DU PHARMACIEN

2. Combien de pharmaciens dans l'équipe officinale :

-ont bénéficié d'une formation initiale dans le domaine des premiers secours ?

- je ne sais pas aucun au moins 1 tous

-ont suivi une formation de recyclage depuis moins de 5 ans

- je ne sais pas aucun au moins 1 tous

3. Combien de préparateurs/préparatrices dans l'équipe officinale :

-ont bénéficié d'une formation initiale dans le domaine des premiers secours ?

- je ne sais pas aucun au moins 1 tous

-ont suivi une formation de recyclage depuis moins de 5 ans

- je ne sais pas aucun au moins 1 tous

4. Quels sont les diplômes de premiers secours détenus par les membres de l'équipe officinale ?

- je ne sais pas aucun Brevet National de premiers secours AFPS

autres : si autre préciser :

5. Avez-vous participé en 2008 à des formations d'apprentissage des premiers secours destinés à l'équipe officinale ?

- oui non

6. Vous estimez vous bien formés concernant les premiers secours à l'officine :

-Par votre cursus universitaire et les EPU : oui non

-Par les stages proposés par les laboratoires pharmaceutiques : oui non

7. Quels souhaits feriez vous concernant les améliorations à apporter pendant et après le cursus universitaire concernant la prise en charge des situations d'urgence à l'officine ?

7. Etes-vous bien informé concernant le cadre légal (responsabilité civile et pénale...) d'une telle prise en charge :

-pendant vos études : oui très bien informés peu informés pas du tout informés

-pendant vos EPU : oui très bien informés peu informés pas du tout informés

IV-SITUATIONS D'URGENCE RENCONTREES

1. Face à quelles situations l'officine a-t-elle été confrontée durant les trois dernières années ?

-personne qui s'étouffe : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

qui saigne abondamment : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

qui est inconsciente et qui respire : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

qui ne respire plus : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

qui se plaint d'un malaise : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

présentant une plaie : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

présentant une brûlure : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

victime d'un traumatisme (osseux et/ou articulaire) jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

victime d'une intoxication : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

présentant une crise convulsive : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

en détresse, suicidaire : jamais 1 à 5 fois 5 à 10 fois + de 10 fois

2. Autres situations rencontrées :

3. En moyenne combien d'interventions (bénignes ou non) pensez-vous traiter par an à l'officine ?

aucune 1 à 10 10 à 20 20 à 30 30 à 50 plus de 50

V- EQUIPEMENT ET MATERIEL

1. De quels médicaments disposez-vous à l'officine pour répondre à une demande de votre environnement médical concernant l'urgence :

-cardio-vasculaire : Vasodilatateurs rapides (trinitrine...) Diurétique injectable (furosémide...)

Anti-cholinergique injectable (atropine) Anti-thrombotique (hbpm) Adrénaline inj.
 Hypotenseur sublingual (nifédipine ,nicardipine...)

-dermatologique : Anti-H1 (dexchlorphéniramine) Sédatif injectable

-respiratoire : Bronchodilatateur en spray (salbutamol...) corticoïde inj. (beta-méthasone..)

-neurologique : Anti-convulsivant inj. (diazepam...) Anxiolytique inj. (clonazepam...)
 Glucose hypertonique Neuroleptique inj. (tiapride...) Myorelaxant inj. (thiocolchicoside...)

-antalgique : Aspirine/AINS inj. (kétoprofène...) Morphine injectable Buprénorphine per os
 Anti-spasmodique inj. (tiémonium...)

-ophtalmologique : Collyre anesthésique (oxybuprocaine...) Collyre antiseptique (picloxydine)

-orl : Anesthésique en spray :lidocaine 5 %

-digestive : Anti-émétique inj. (métoclopramide,métopimazine...)

Commentaires éventuels :

2- Fiches techniques.

A/Fiche technique pour assurer la libération des voies aériennes et apprécier la fonction ventilatoire.

1. Desserrer ou dégrafer ce qui risque de gêner la respiration.
2. Basculer prudemment la tête de la victime en arrière, le menton vers le haut.



3. La tête maintenue en arrière, apprécier la ventilation pendant dix secondes :

- Se pencher sur le sujet, l'oreille et la joue au-dessus de sa bouche et de son nez
- Observer les mouvements de la poitrine et/ou du ventre
- Ecouter les bruits de la respiration
- Sentir sur la joue le flux d'air expiré par le nez et la bouche de la victime.

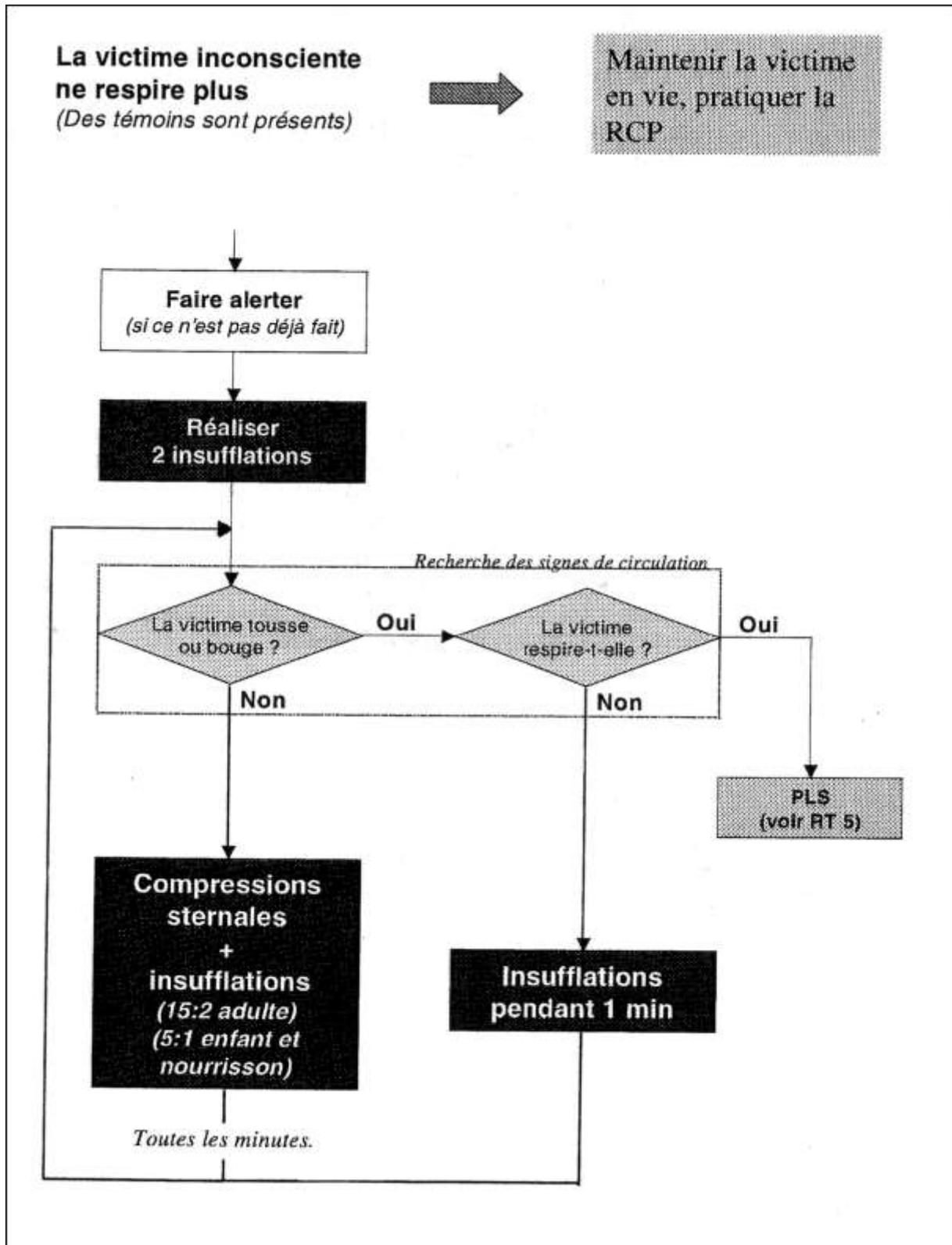
B/Fiche technique pour assurer la désobstruction des voies aériennes.

1. Pencher la victime en avant et effectuer cinq tapes sèches entre les omoplates à l'aide de la main.
2. Si l'obstruction persiste, se placer derrière elle et passer ses bras sous ceux de la victime, afin de réaliser la manœuvre de Heimlich.
3. Placer un poing sur la partie supérieure de l'abdomen, au creux de l'estomac, en-dessous du sternum : le pouce tourné vers soi
ce poing est horizontal
le dos de la main est tourné vers le haut
4. Placer l'autre main sur la première.
5. Les avant-bras ne doivent pas appuyer sur les côtes de la victime.
6. Tirer brusquement en exerçant une pression vers soi et vers le haut.
7. Le corps étranger est expulsé au fond de la bouche. Il faut donc l'extraire avec ses doigts.
8. En cas d'échec, répéter l'ensemble de la séquence.
9. En cas d'échec persistant, le recours aux compressions thoraciques et à la ventilation artificielle doit être tenté (en dernier ressort).

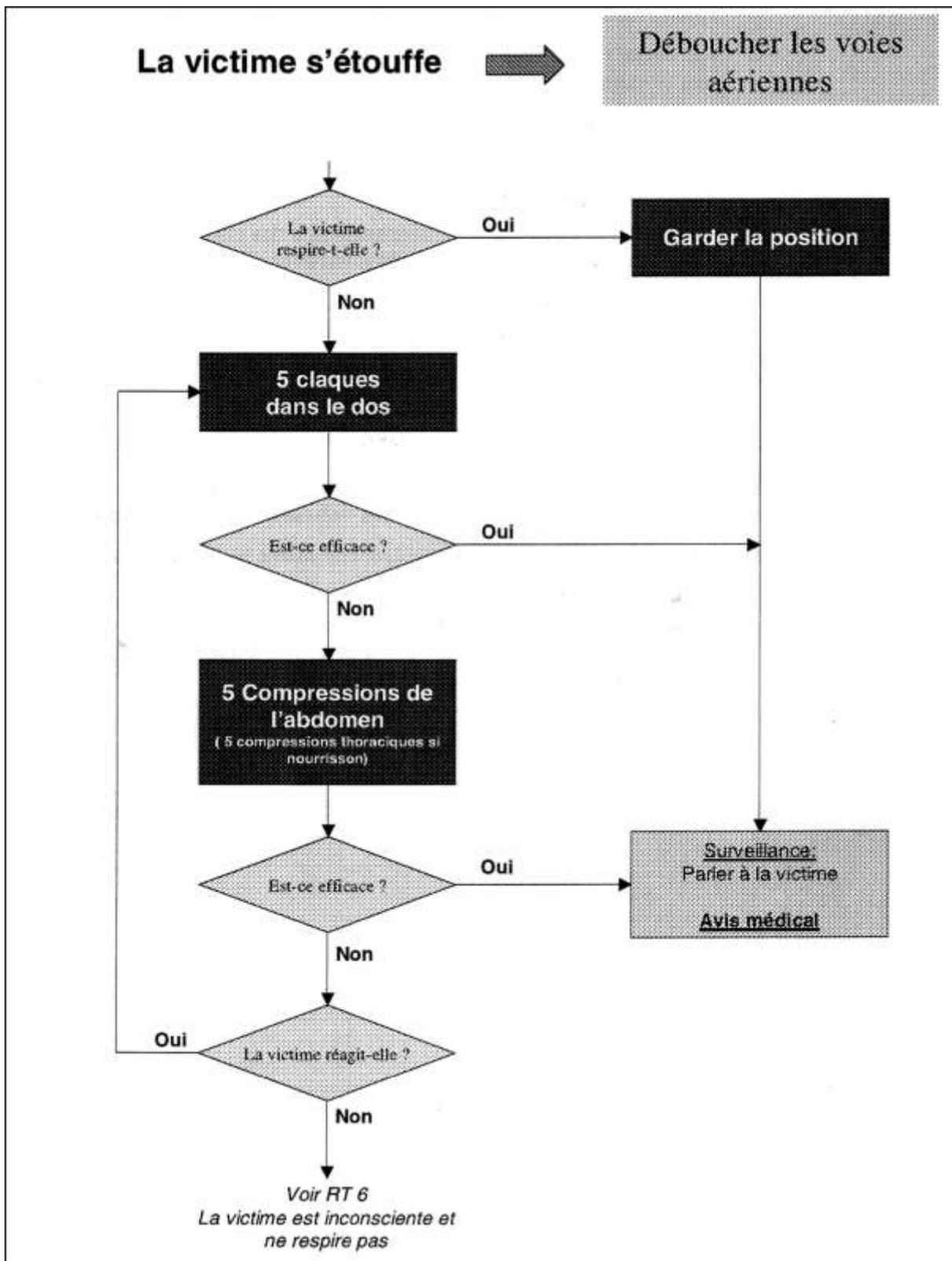


3- Arbres décisionnels.

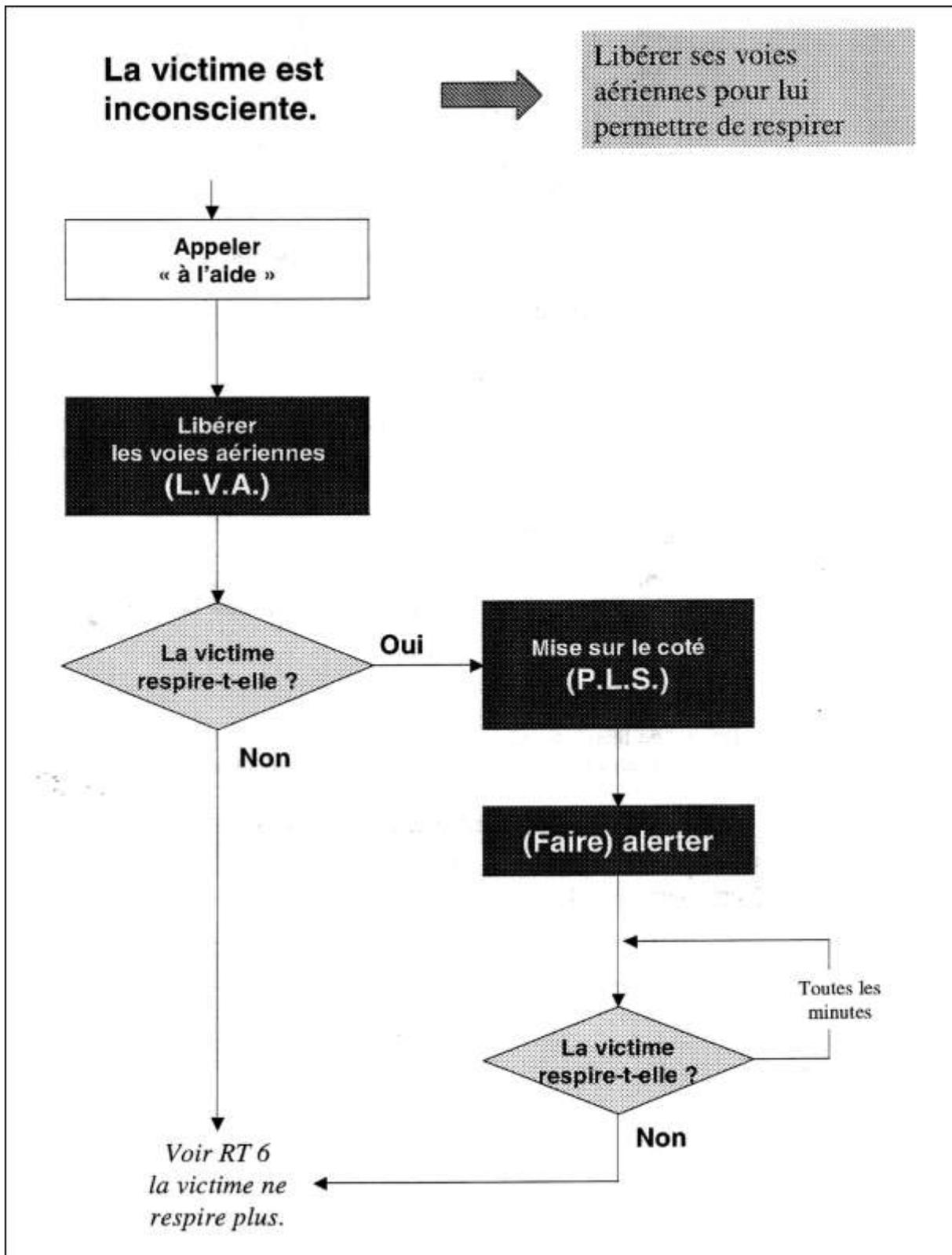
A/Arbre décisionnel en cas de perte de conscience et de détresse respiratoire.



B/Arbre décisionnel en cas d'étouffement.



C/Arbre décisionnel en cas de perte de conscience.



4- Conduites à tenir (CAT).

A/CAT en cas de plaies simples et graves.

Une personne s'est blessée et se présente à l'officine.

Elle présente en général une ouverture de la peau, un saignement plus ou moins abondant, et une sensation de douleur.

Conduite à tenir :

On relève d'abord la profondeur de la plaie (atteinte musculaire, tendineuse, nerveuse...)

On relève ensuite la localisation (thorax, paupières/œil, cou sont des localisations signes de gravité).

On évalue en suite l'intensité du saignement et l'étendue de la plaie.

NB : Le risque infectieux est important chez le diabétique, l'immunodéprimé, les âges extrêmes de la vie et l'alcoolique chronique.

On inspectera enfin la présence de souillures dans la plaie (gravillons, terre, verre...).

Dans le cas d'une plaie simple :

1. Se laver les mains soigneusement.
2. Mettre des gants pour soigner.
3. Laver la plaie à l'eau et au savon.
4. Désinfecter la plaie avec un antiseptique incolore pour permettre la surveillance.
5. Faire un pansement (compresses + bande adhésive ou pansements adhésifs tout prêts).
6. Vérifier la vaccination antitétanique.
7. En cas d'apparition de signes d'inflammation, demander un avis médical.

Dans le cas d'une plaie grave :

Il s'agit par exemple d'une plaie profonde, étendue, souillée...

1. On suivra la même démarche que pour la plaie simple, mais on pourra également protéger la plaie d'une surinfection avec des compresses non adhésives.
2. Mettre la personne au repos.
3. Si on observe la présence d'un corps étranger dans la plaie, le laisser en place.
4. Puis alerter les secours, couvrir la personne et la surveiller.
5. Se méfier d'une hémorragie interne et guetter les signes de détresse circulatoire.
6. Ne pas utiliser de bandes adhésives (Stéri-strip®) sauf si la plaie est de petite taille et sur une zone de peau non mobile.



B/CAT en cas de crise d'asthme.

La personne souffre d'une sensation d'étouffement.

Le spasme des bronches (contraction), crée un frein à l'expiration, qui est lente et sifflante.

La crise peut se compliquer de sueurs (élévation du CO₂ sanguin)

de cyanose (diminution de l'O₂ sanguin)

d'incapacité à parler (épuisement)

d'agitation (angoisse, sensation d'étouffer)

de la tête rentrée dans les épaules par l'effort et la mise en jeu des muscles accessoires pour respirer (signe de la tortue)

C'est rarement la première crise, et la personne a déjà un traitement bronchodilatateur : Ipratropium (Atrovent®), Terbutaline (Bricanyl®), Salbutamol (Ventoline®)...

Conduite à tenir :

1. Installer la personne en position assise.
2. Faciliter la prise du traitement (Salbutamol, par exemple), et penser à utiliser une chambre d'inhalation, notamment si la victime est un enfant.
3. Rassurer la victime.
4. Alerter le 15.
5. Surveiller la conscience et la ventilation.



BIBLIOGRAPHIE

1- Aliot E, Mansourati J, Gueugniaud P-Y, Occulti J.

Les pathologies de l'urgence cardiaque

Fiche technique « arrêt cardiaque » *CES pharm*, Décembre 2008.

2- Agostinucci J-M, Aimeur A, Bertrand P.

L'urgence à l'officine (2^{ème} édition)

Editions Pro-officina, France, 2007.

3- De Forges J-M, Truchet D.

Code de la Santé Publique

Editions Dalloz, Paris, 2009.

4- DRASS Champagne-Ardennes.

<http://www.champagne-ardenne.sante.gouv.fr>

Consulté le 10 Septembre 2009.

5- Légifrance.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

Consulté le 11 Mai 2009.

6- Ministère de la santé et des sports.

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>

Consulté le 24 mai 2009 et le 25 juin 2009.

7- Ordre national des pharmaciens.

<http://www.ordre.pharmacien.fr>

Consulté le 12 Janvier 2009.

8- Pouzaud F.

Vous serez pharmacien correspondant

Le Moniteur des pharmacies n° 2783, p 8-9, Juin 2009.

9- Rayet P, Belon J-P, Wierre P, Gimenez F.

Vadémécum des urgences à l'officine

Editions Masson, Paris, 2000.

10- Université PARIS V- Faculté Necker Enfants Malades
/SAMU de Paris –Centre d’enseignement des soins d’urgences.

<http://www.urgences-serveur.fr/Formation-aux-premiers-secours,858.html>

Consulté les 25 et 26 Juin 2009

11- Wikipédia.

<http://fr.wikipedia.org>

Consulté les 15 et 20 Juin 2009.

Nom-Prénom : ROUSSEL Sylvain

Titre de la thèse : PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS D'URGENCE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE : Enquête auprès des pharmacies de Loire-Atlantique.

Résumé de la thèse :

Par sa situation de proximité, l'officine offre un espace privilégié de premiers secours pour le grand public.

L'enquête réalisée auprès des pharmacies de Loire-Atlantique a permis de l'illustrer en soulignant l'importance, la diversité et la fréquence de la demande de soins d'urgence.

Un des premiers axes à réformer, concernant l'offre de premiers secours, concerne la formation continue des pharmaciens. Des réactualisations de connaissances théoriques et pratiques semblent nécessaires, tant sur le plan scientifique que juridique.

Les récentes réformes de Santé publique, reconnaissent la compétence du pharmacien et étoffent son rôle.

Le pharmacien devra à l'avenir davantage s'impliquer dans la prise en charge des situations d'urgence. Pour faire évoluer le contexte actuel, il devra mettre en avant l'étendue de ses compétences, pour une meilleure prise en charge globale du patient.

MOTS CLÉS : URGENCE, PREMIERS SECOURS, FORMATION, HPST, OFFICINE
COMPETENCES, RESPONSABILITES

Adresse de l'auteur : 28 Rue de Gigant, 44000 Nantes