

ARRÊT CARDIAQUE

Par le **Professeur Étienne Aliot**,

Chef du département des maladies cardiovasculaires, CHU de Nancy

le **Professeur Jacques Mansourati**

Département de Cardiologie, CHU de Brest

le **Professeur Pierre-Yves Gueugniaud**

Chef du Pôle Urgences médicales-SAMU, Directeur médical du SAMU de Lyon

et **Jean Occulti**

Pharmacien d'officine, moniteur de premiers secours et formateur relais AFGSU

En France, environ 50 000 personnes décèdent chaque année d'un arrêt cardiaque. Ces accidents surviennent majoritairement hors de l'hôpital – au domicile, au travail, dans un lieu public – en présence de témoins. En cas d'arrêt cardiaque, le taux de survie dépasse rarement 2 à 3 % dans notre pays.

Et pourtant, la mise en œuvre immédiate de gestes de premiers secours permet d'améliorer considérablement le pronostic : alerter les secours, débiter rapidement une réanimation cardio-pulmonaire, défibriller le cœur à l'aide d'un défibrillateur automatisé externe dont l'utilisation est désormais autorisée à tous (décret n° 2007-705 du 4 mai 2007). Dans ce contexte, il paraît essentiel de former massivement le public aux gestes de premiers secours et d'équiper largement les lieux publics en défibrillateurs.

Le pharmacien a un rôle majeur à jouer dans l'information et la sensibilisation du public à la prévention des maladies cardiovasculaires et à la formation aux gestes de l'urgence. Professionnel de santé de proximité, il est par ailleurs fréquemment sollicité pour intervenir dans la chaîne des secours et des soins en cas d'arrêt cardiaque. Ses connaissances, acquises dans le cadre de sa formation initiale mais aussi continue, doivent lui permettre non seulement de transmettre une information précise et de qualité aux médecins régulateurs du SAMU mais également d'effectuer les gestes adaptés en situation d'urgence.

LES PATHOLOGIES DE L'URGENCE CARDIAQUE

L'ARRÊT CARDIAQUE

90 % des arrêts cardiaques ont une origine cardiovasculaire : maladie coronaire mais aussi d'autres maladies du myocarde (cardiomyopathies hypertrophiques ou dilatées), maladies des valves, cardiopathies congénitales et certaines anomalies électriques isolées. Chez l'enfant, l'arrêt cardiaque est fréquemment consécutif à un arrêt respiratoire.

Il est le plus souvent dû à une fibrillation ventriculaire. Le cœur perd ses propriétés mécaniques de pompe et seule une décharge électrique appliquée sur le thorax (à l'aide d'un défibrillateur externe) peut

permettre une resynchronisation musculaire et le rétablissement d'une circulation sanguine efficace. Sans traitement immédiat, le cœur deviendra très vite complètement inerte sur le plan mécanique et électrique ; le cerveau est le 1^{er} organe atteint par la privation d'oxygène liée à l'absence de circulation.

■ Comment reconnaître l'arrêt cardio-respiratoire ?

La victime perd connaissance, elle ne réagit pas quand on la stimule. Sa respiration est inexistante (la poitrine ne se soulève pas)

ou très irrégulière (< 5 mouvements respiratoires par minute).

L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'infarctus du myocarde est provoqué par l'occlusion d'une artère coronaire par un caillot de sang (thrombose) qui se développe sur une plaque d'athérosclérose. Quand ce caillot occupe toute la lumière de l'artère, un segment de myocarde se trouve privé de sang et souffre ainsi d'ischémie aiguë. Les traitements de reperfusion coronaire par angioplastie ou thrombolyse doivent être débutés le plus précocement possible.

LES PATHOLOGIES DE L'URGENCE CARDIAQUE (suite)

■ Comment reconnaître un syndrome coronarien aigu ?

Le signe le plus caractéristique est une douleur constrictive au milieu du thorax (derrière le sternum), très intense et particulièrement angoissante, qui peut être également ressentie dans le dos et dans les épaules ainsi qu'au niveau des mâchoires et dans les bras. Elle est parfois accompagnée de nausées et vomissements. Les signes sont parfois plus trompeurs avec une douleur vive, mais plus localisée.

Cette douleur empêche toute activité et persiste au repos sans grande variation d'intensité. Elle résiste à la trinitrine sublinguale.

■ Il est urgent d'agir

Toute douleur thoracique durant plus de 10 minutes est fortement évocatrice d'un infarctus. Dans ce cas, il faut mettre la personne au repos, allongée ou dans la position dans laquelle elle se sent le mieux, appeler le SAMU⁽¹⁾ et ne pas la laisser sans surveillance.

Le rôle du médecin urgentiste sera alors de protéger le patient de la survenue inopinée d'une fibrillation ventriculaire et de le faire bénéficier au plus vite d'une tentative de reperfusion, afin d'éviter une mort subite au cours des premières heures et des séquelles invalidantes secondaires.

1. Service d'Aide Médicale Urgente.

Il existe deux possibilités thérapeutiques pour tenter de repermeabiliser les artères coronaires :

- ➔ les médicaments thrombolytiques administrables dès la prise en charge par les équipes mobiles de réanimation, mais dont l'utilisation est parfois limitée par le risque hémorragique associé ;
- ➔ l'angioplastie coronaire : efficace dans plus de 90 % des cas et sans risque hémorragique majeur, mais qui nécessite une structure hospitalière lourde, impliquant la présence d'une équipe de cardiologie interventionnelle entraînée.

Le bénéfice clinique de ces techniques de reperfusion est d'autant plus important qu'elles sont appliquées précocement et ceci, dans les 12 heures suivant le début de la douleur.

FACE À UNE VICTIME DE MALAISE CARDIAQUE

LA CHAÎNE DE SURVIE

Face à une victime de malaise cardiaque, infarctus ou arrêt cardiaque, chaque minute compte. Les premiers témoins doivent pouvoir enclencher, au plus vite, une série d'actions de secours appelée chaîne de survie. Cette chaîne est composée des quatre maillons suivants :

● 1^{er} maillon : Reconnaissance des signes de détresse vitale et alerte précoce des secours

Une personne s'effondre ou se trouve allongée dans une position anormale :

- ➔ Elle ne répond pas et ne réagit pas quand on l'appelle et/ou quand on la secoue, doucement mais fermement par les épaules et/ou quand on lui prend la main et lui demande de la serrer. Elle est **inconsciente**.
- ➔ **Vérifier sa respiration** : desserrer le col, la cravate et la ceinture. Basculer la tête

en arrière en soulevant le menton pour dégager les voies aériennes, se pencher près de sa bouche pour sentir son souffle, regarder si sa poitrine se soulève (au maximum 10 secondes).

➔ Après cet examen rapide (moins de 20 secondes) : **appeler ou faire appeler le SAMU en composant le 15**. Il s'agit du numéro national unique des urgences de santé qui aboutit dans le SAMU du département. En cas d'arrêt cardiaque, le SAMU est le plus apte à intervenir car les équipes de secours et de réanimation sont médicalisées.

Au téléphone :

- ➔ Si le témoin est un professionnel de santé, s'identifier comme tel.
- ➔ Indiquer **l'adresse la plus précise possible** du lieu où se trouve la victime (numéro, étage, code de l'immeuble, accès à une pharmacie située dans un centre commercial...).

➔ Expliquer le **motif de l'appel et l'état de la victime**.

➔ Si la victime est consciente (douleur thoracique), le témoin répondra à des questions précises posées par le médecin régulateur du SAMU-Centre 15 : la personne répond-elle ? présente-t-elle une pâleur intense, des sueurs... ? quel âge a-t-elle (environ) ? prend-elle des médicaments ? a-t-elle des antécédents médicaux ? des facteurs de risque connus ?

➔ Si l'arrêt cardiaque est confirmé, il conviendra avant tout de préciser l'âge de la victime et les gestes effectués (réanimation cardio-pulmonaire de base avec ou sans défibrillateur).

➔ **Bien suivre les instructions données par le médecin au téléphone.**

● 2^e maillon : Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) précoce par les premiers témoins

En attendant les secours, chacun devrait être en mesure d'effectuer certains gestes de survie. En effet, le pronostic vital repose en grande partie sur la qualité des gestes de premiers secours réalisés par le ou les témoin(s). Se former aux gestes qui sauvent est donc primordial.

La RCP précoce repose sur trois grands principes : libérer les voies aériennes, ventiler, rétablir la circulation sanguine.

● 3^e maillon : Défibrillation précoce en cas de trouble du rythme ventriculaire

Il s'agit là d'un geste essentiel qui permet à lui seul de transformer le pronostic. Aujourd-

Chez l'enfant

L'arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson est souvent consécutif à un arrêt respiratoire. Les gestes de premiers secours doivent donc être adaptés :

- **Vérifier qu'aucun corps étranger n'obstrue les voies respiratoires de l'enfant** (nez, bouche) et l'enlever si nécessaire.
- Appeler le SAMU (15) : préciser qu'il s'agit d'un enfant et son âge, puis bien suivre les instructions du médecin régulateur.
- **La ventilation est très importante** : Commencer par **5 insufflations**. Si la respiration ne se rétablit pas, alterner avec le massage cardiaque : 30 compressions thoraciques/2 insufflations.
- **Le massage cardiaque doit être adapté** :
Nourrisson (de 0 à 1 an) : massage avec 2 doigts, au milieu du sternum.
Enfant de 1 à 8 ans : massage avec une seule paume de main.
Au-delà de 8 ans : même geste que chez l'adulte.

FACE À UNE VICTIME DE MALAISE CARDIAQUE (suite)

d'hui, la défibrillation peut être réalisée par tout témoin présent sur les lieux grâce aux défibrillateurs automatisés externes (DAE) lorsqu'ils sont disponibles (décret n° 2007-705 du 4 mai 2007).

Ces gestes doivent être effectués rapidement et efficacement. En cas d'arrêt cardio-respiratoire, les chances de survie diminuent de près de 10 % par minute en l'absence de prise en charge efficace. De plus, ces gestes

faciliteront l'intervention des maillons suivants : médecins et secouristes du SAMU, cardiologues à l'hôpital.

● 4^e maillon : Réanimation médicalisée précoce et réanimation post-arrêt cardio-respiratoire

À son arrivée, l'équipe du SAMU prend le relais. Les médecins et les secouristes :

- défibrillent le cœur si ce geste n'a pas déjà été réalisé ;
- prodiguent les soins de RCP en utilisant des techniques spécialisées : intubation, ventilation artificielle, injection de médicaments tels l'adrénaline, l'amiodarone, les fibrinolytiques...

Puis le patient est transporté à l'hôpital où il est admis dans un service de réanimation ou de soins intensifs de cardiologie.

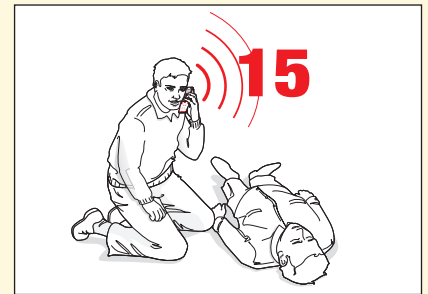
QUE FAIRE EN PRATIQUE ?

Une personne souffre de douleurs thoraciques ou bien s'effondre

Si la personne s'effondre, vérifiez son état de conscience et sa respiration.

Dans tous les cas : appelez les secours, faites le 15.

Si cela est possible, passez la communication à la victime afin qu'elle décrive directement ses symptômes au médecin régulateur.



La victime est consciente et respire

Allongez la victime dans un endroit sûr et la couvrir.

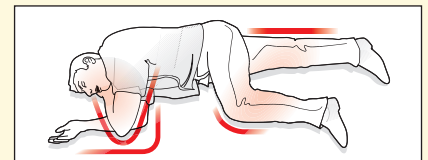
Posez-lui les questions suivantes : Depuis combien de temps ressentez-vous cette douleur ? Est-ce la première fois ? Prenez-vous des médicaments ? Avez-vous déjà été hospitalisé ou gravement malade ?

Mettez la personne au repos, appelez le Centre 15 et suivre ses instructions. Le plus souvent, la personne suit déjà un traitement à visée coronarienne. Si elle a son traitement de la crise avec elle, l'aider à prendre son traitement. La surveiller.

La victime est inconsciente et respire

Placez-la en position latérale de sécurité (PLS) pour éviter qu'elle ne s'étouffe :

tournez-la sur le côté en basculant son corps d'un bloc afin que d'éventuelles sécrétions puissent s'écouler de sa bouche et surveillez-la.



La victime est inconsciente et ne respire pas ou anormalement

◆ **Libérez les voies aériennes : retirez tout corps étranger éventuel de la bouche**

◆ **Commencez le massage cardiaque**

100 compressions thoraciques par minute. Alternent 2 insufflations toutes les 30 compressions (en se protégeant à l'aide d'un masque de poche à usage unique).

• **Si l'équipe officinale ne dispose pas de masque de poche à usage unique, il est néanmoins impératif d'entreprendre immédiatement le massage cardiaque externe seul sans l'interrompre jusqu'à l'arrivée des secours.**

• Si plusieurs témoins sont présents, une rotation doit être effectuée toutes les 2 minutes afin de limiter la fatigue des sauveteurs, souvent cause d'inefficacité.

◆ **Définissez le cœur**

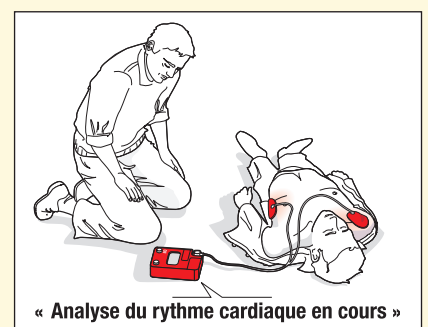
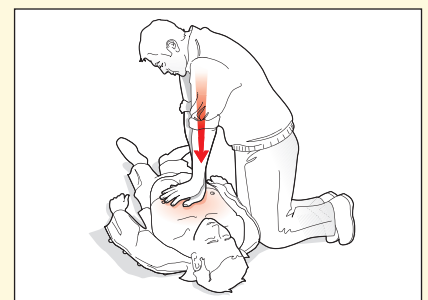
Demandez à quelqu'un d'aller chercher un **défibrillateur automatisé externe (DAE)** si un appareil est disponible à proximité.

Les défibrillateurs sont très simples d'utilisation et sans risque. **Une voix électronique guide l'utilisateur étape par étape** : ouvrez l'appareil et posez les électrodes sur le torse nu de la victime. Le défibrillateur analyse l'activité électrique du cœur.

Si l'appareil est entièrement automatisé, il délivrera lui-même le choc si cela est nécessaire ; s'il n'est que semi-automatisé, il demandera au témoin d'appuyer sur un bouton pour délivrer le choc.

Après chaque cycle de défibrillation, il convient de vérifier l'état respiratoire de la victime. En absence de respiration, reprendre la RCP. Si la victime respire, la placer en position latérale de sécurité tout en maintenant en place les électrodes et la surveiller.

Si aucun défibrillateur n'est disponible, **continuez le massage cardiaque jusqu'à l'arrivée des secours.**



« Analyse du rythme cardiaque en cours »

ÉQUIPEMENT DES LIEUX PUBLICS EN DÉFIBRILLATEURS

Un contexte aujourd'hui favorable

En matière d'équipement en défibrillateurs, la France accuse un retard significatif en comparaison avec certains pays comme la Grande-Bretagne, l'Autriche, les États-Unis... Dans ces pays, le taux de survie après un arrêt cardiaque atteint 10 à 30 %, contre seulement 2 à 3 % en France.

Néanmoins, l'évolution réglementaire, scientifique et technique ces dernières années en France, encourage le développement de l'installation de DAE dans des lieux accueillant du public :

→ Dans une recommandation publiée en janvier 2007, l'Académie nationale de

médecine recommande l'information et la formation du plus grand nombre de personnes aux gestes qui sauvent et préconise une large diffusion des défibrillateurs dans les lieux publics.

→ Le **décret n° 2007-705 du 4 mai 2007** autorise désormais tout citoyen à utiliser un DAE.

Face à ce contexte favorable, nombreuses sont les collectivités territoriales qui ont décidé d'équiper les lieux publics en DAE et d'initier des campagnes de sensibilisation et de formation aux gestes qui sauvent auprès de leurs administrés.

Les recommandations du CFRC⁽²⁾

Afin d'encourager le développement de ce type de démarche, le **Conseil français de réanimation cardio-pulmonaire (CFRC)** a publié début 2008 des recommandations « pour l'organisation de programmes de défibrillation automatisée externe par le public ». À partir d'expériences conduites en France et à l'étranger, de publications scientifiques, de recommandations nationales, européennes et internationales émises par des sociétés savantes, ce document a été élaboré par un groupe d'experts réunissant

2. Pour en savoir plus et télécharger les recommandations du CFRC :
www.cfrc.fr
www.lvie3gestes.com.

anesthésistes réanimateurs, médecins urgentistes et cardiologues. Il apporte des réponses aux principales questions que peuvent se poser les collectivités :

→ **Accessibilité** : les DAE peuvent être installés soit en libre-service, accessibles à tous (dans la rue sur une borne, sur le mur d'une officine, dans un couloir de gare ou d'aéroport...) soit en accès limité à des personnels spécialement formés, dans un lieu public comme une mairie, une piscine, un stade...

→ **Critères d'installation à prendre en compte** : taux de fréquentation ou de passage du lieu envisagé, niveau de risque (équipements sportifs par exemple), difficulté d'accès (temps nécessaire pour arriver sur les lieux).

→ **Type de matériel et maintenance** : le CFRC recommande que les DAE mis à la disposition du public soient le plus simple possible d'utilisation (qu'ils soient entièrement automatiques ou semi-automatiques). Les programmes de défibrillation automatisée externe doivent prévoir une organisation rigoureuse de la maintenance des appareils.

→ **Formation des populations** : certains organismes de formation proposent aujourd'hui un module simple, rapide et gratuit (environ 2 heures) l'Initiation aux Premiers Secours (IPS). C'est une porte d'entrée vers des formations plus approfondies du type « Prévention et Secours Civiques de niveau 1 – PSC-1 » (qui a remplacé l'attestation de formation aux premiers secours – AFPS).



Le système de prise en charge des urgences en France

Trois numéros – 15, 18 et 112^(a) – sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels 15 du SAMU et le centre de traitement des alertes 18 du service d'incendie et de secours. Les deux centres de réception des appels ou des alertes sont interconnectés pour assurer l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence^(b).

Le SAMU-Centre 15 dispose d'une écoute médicalisée 24 h/24. C'est pourquoi, en cas d'infarctus ou d'arrêt cardiaque, le **15 doit être appelé en priorité. Un médecin formé à l'urgence et à la réanimation** décide alors du type d'intervention à mettre en œuvre en ne tenant compte que de critères strictement médicaux. Il **peut ainsi être amené à faire intervenir différents professionnels de santé** : médecin libéral de garde, service ambulancier privé,

sapeurs-pompiers et/ou en cas de risque vital, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Lorsque cela est nécessaire, le médecin du Centre de régulation organise également le transport et fait préparer l'accueil hospitalier le mieux adapté.

La prise en charge d'un patient victime **d'infarctus du myocarde** ou **d'arrêt cardiaque** est une **urgence absolue**, qui implique le bon déroulement de la chaîne de survie. Elle requiert l'intervention systématique du SMUR, en association étroite et constante avec l'unité de soins intensifs coronariens la plus proche.

a. Numéro d'appel d'urgence européen (pour les étrangers en déplacement en France ou pour les Français en déplacement en Europe).

b. « Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente », direction de la Défense et de la Sécurité civiles, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, juin 2008.

RÔLE DU PHARMACIEN

Chaque année en France, plus d'une centaine d'arrêts cardiaques inopinés surviennent en présence d'un pharmacien d'officine durant son activité professionnelle.

À l'officine ou ailleurs, reconnaître l'arrêt cardiaque, alerter précocement le Centre 15, débiter rapidement une RCP de base, mettre en œuvre un défibrillateur s'il est disponible, sont les actions minimales attendues.

En effet, l'enseignement de ces techniques figurant au programme des études de pharmacie⁽³⁾, elles sont supposées connues de tous notamment par le biais de la formation professionnelle continue. Pratiquer les premiers gestes à l'officine permettra à la victime de conserver d'importantes chances de survie. Le pharmacien et ses collaborateurs, en leur qualité de professionnels de santé, doivent donc mettre en œuvre tous les moyens dont ils disposent pour lui porter secours, faute, dans le cas contraire, d'engager éventuellement leur responsabilité.

Quant au DAE, bien qu'une formation ne soit pas obligatoire pour l'utiliser, on attend de la part de l'équipe officinale une bonne maîtrise de son utilisation associée à l'application des nouvelles recommandations en matière de RCP.

La pharmacie est un espace de santé bien identifiable, facilement accessible et toujours plébiscité par la population comme lieu de premier recours en cas d'urgence. Il est donc logique que dans le cadre d'une large diffusion des DAE dans les lieux publics, l'officine soit un lieu d'implantation privilégié et incontournable.

Le DAE, dispositif médical de classe IIb dont l'achat n'est pas réglementé mais qui fait l'objet d'une obligation d'entretien par le détenteur, est disponible auprès des fabricants et des distributeurs ainsi que chez les grossistes-répartiteurs. À ce jour, on estime

qu'environ un millier d'officines en sont déjà équipées ou en ont passé commande.

Différentes modalités d'installation et de financement⁽⁴⁾ sont possibles.

→ Intégration dans un schéma d'implantation global à l'instigation des collectivités territoriales : dans ce cas, l'appareil sera placé à l'extérieur de l'officine et le pharmacien n'aura pas à en supporter le coût. En contrepartie, il pourra en assurer la matériovigilance (remplacement des piles et des électrodes à péremption...). Avant de s'équiper, un contact préalable avec la mairie peut donc s'avérer utile.

→ Achat individuel ou collectif dans le cadre d'un marché passé par un groupement ou une enseigne.

→ Location de l'appareil dont la maintenance sera alors complètement assurée par le prestataire de service.

L'installation du DAE à l'extérieur de la pharmacie dans un coffret sécurisé directement connecté aux services de secours présente l'avantage d'une meilleure accessibilité 24 h/24 et d'un déclenchement de l'alerte lors de la libération de l'appareil. Quoi qu'il en soit, avec ou sans DAE, l'acquisition d'un masque de poche à usage unique est fortement recommandée pour se protéger et pouvoir ainsi associer une ventilation artificielle aux compressions thoraciques.

L'implantation systématique des DAE doit être l'occasion pour chacun de revoir l'ensemble des protocoles de premiers soins et premiers secours à l'officine tant au quotidien qu'en situation d'exception. Actuellement, plus des 2/3 de la population officinale n'a jamais bénéficié d'une formation aux premiers secours ou bien celle-ci date de plus de 15 ans.

Lors de la mise en service du DAE à la pharmacie, une information minimale

concernant son fonctionnement est prévue par le fournisseur, mais elle ne constitue pas une formation pratique suffisante.

L'apprentissage de la défibrillation automatisée externe est maintenant au programme de toutes les formations aux premiers secours, qu'elles soient destinées au grand public, PSC-1⁽⁵⁾, au personnel des entreprises, SST⁽⁶⁾ ou aux professions de santé, AFGSU-1⁽⁷⁾.

À côté de la formation initiale des étudiants en pharmacie conduisant à l'obtention de l'AFGSU de niveau 2, il existe depuis une dizaine d'années, dans le cadre de la formation continue, une offre complète d'enseignements spécifiquement destinés à l'ensemble de l'équipe officinale et qui vont de l'atelier pratique en soirée au diplôme universitaire en passant par des formations validantes de 2 jours. Les programmes détaillés et les calendriers des stages sont régulièrement diffusés dans la presse et sur les sites Internet professionnels. Envoyer simultanément toute l'équipe officinale en formation est irréalisable. En revanche, il serait rapidement possible et souhaitable que dans chaque officine, il y ait au moins une personne titulaire de l'AFGSU (niveau 1 minimum) et qu'en plus, dans les pharmacies équipées d'un DAE, la plupart des collaborateurs aient participé à un atelier pratique de 2 ou 3 heures. Des stages peuvent aussi être organisés à la demande de plusieurs pharmacies qui se regroupent et si aucune date ou lieu ne convient, suivre une formation « grand public » est également possible. Dans l'attente ou en complément d'un stage, la consultation d'ouvrages spécialisés⁽⁸⁾ sera toujours profitable.

L'arrêt cardiaque est souvent inopiné, mais il est rarement le fruit du hasard. La participation du pharmacien d'officine aux campagnes de prévention des maladies cardiovasculaires doit être poursuivie et amplifiée. Il en va de même pour la promotion de l'enseignement des gestes d'urgence auprès de ses patients-clients.

Code pénal – Code de déontologie

Le Code pénal s'adresse à tous les citoyens, tant dans leur vie privée que professionnelle et par conséquent aux pharmaciens. Ces derniers doivent également respecter le Code de la santé publique qui délimite le périmètre de leur intervention et fixe les règles déontologiques à prendre en considération.

Face à une personne en danger ou en péril et lorsqu'une situation d'urgence est caractérisée, le **Code pénal** (art. 223-6) sanctionne l'abstention volontaire à porter le secours ou l'assistance nécessaire à la victime. L'intervention d'un tiers, destinée à maintenir autant que possible la victime en état de survie jusqu'au relais médical, s'effectue « soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ».

Le Code de la santé publique précise que « 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 » (art. R. 4235-7). Cette disposition pose ainsi une obligation de moyens à l'égard du pharmacien, qui agit dans la limite de ses connaissances et de ses moyens.

3. Formation aux premiers secours obligatoire pour l'exercice officinal depuis 2003 (annexe de l'arrêté du 14 août 2003 publiée au *Bulletin officiel* du ministère de l'Éducation nationale n° 39 du 23 octobre 2003) et formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 obligatoire pour tous les étudiants en pharmacie depuis avril 2007 (arrêté du 20 avril 2007).

4. Le prix d'achat unitaire HT d'un DAE est de l'ordre de 1 200 à 1 500 €.

5. Prévention et Secours Civiques de niveau 1.

6. Sauvetage Secourisme du Travail.

7. Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 1.

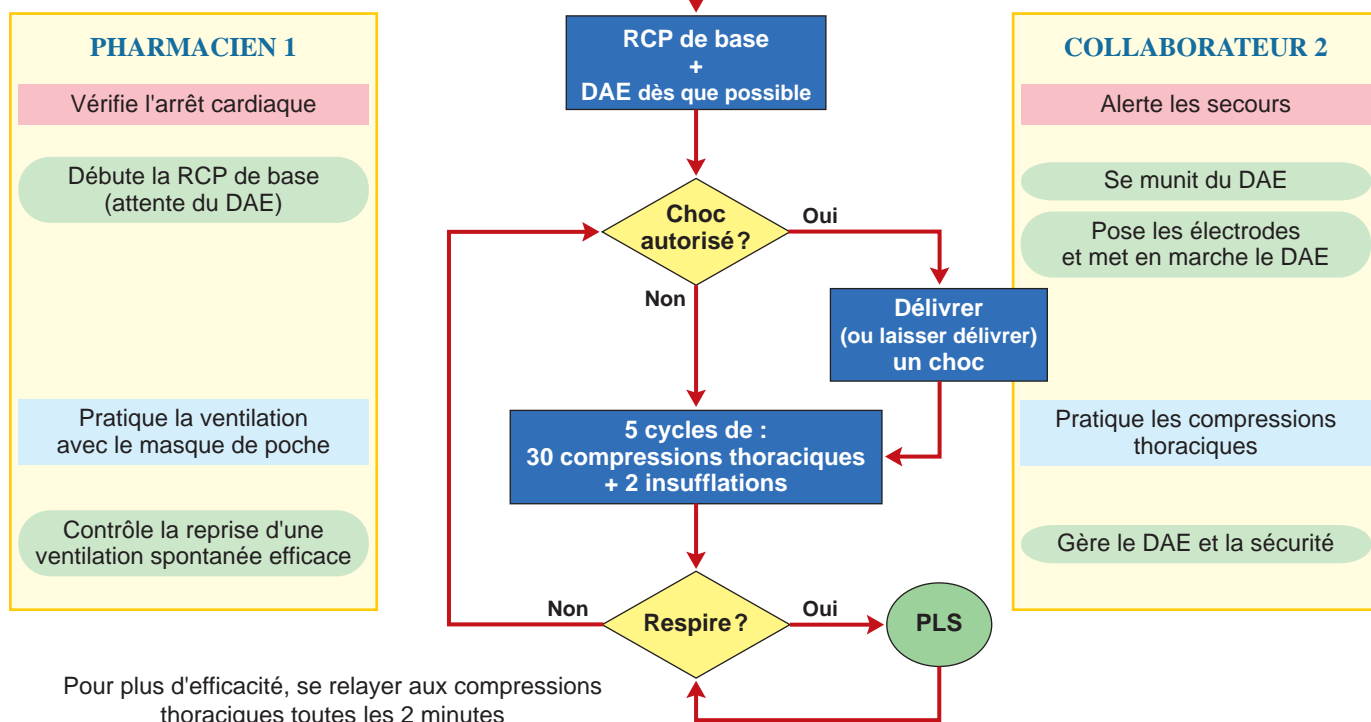
8. *L'urgence à l'officine* – 2^e édition 2007, J.-M. Agostinucci, A. Aimeur, P. Bertrand, éditions Pro-Officina.

Conduite à tenir face à un adulte en arrêt cardiaque à la pharmacie

(Cas général : 2 professionnels de santé sont présents)

La victime est inconsciente et ne respire plus

Faire sortir les clients.
Assurer l'accessibilité autour de la victime



Pour plus d'efficacité, se relayer aux compressions thoraciques toutes les 2 minutes

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

À qui s'adresser pour se former ?

Pour les pharmaciens et préparateurs :

- **Départements de formation continue des facultés de pharmacie**
- **Formateurs de santé et associés**
18, rue Cler, 75007 Paris – Tél. : 01 45 51 02 68
- **Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue (HCFPC)**
Pour consulter les formations agréées : www.ordre.pharmacien.fr

Pour tout professionnel de santé :

- **Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU)**
Il en existe un par département
ANCESU – Centre hospitalier Nord – Amiens
Tél. : 03 22 66 81 12 – Fax : 03 22 66 87 13

Pour tout public :

organismes de formation proposant le PSC-1 ou le SST :

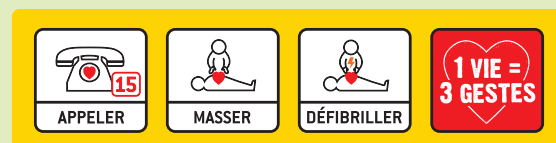
- **Croix-Rouge Française (CRF)**
Pour connaître la délégation locale la plus proche :
0 820 16 17 18 (0,12 € par minute)
www.croix-rouge.fr
- **La Protection civile**
www.protection-civile.org
- **Fédération des secouristes française – La Croix Blanche**
www.croixblanche.org
- **Association nationale des premiers secours (ANPS)**
www.anps.fr
- **Institut national de recherche et de sécurité**
www.inrs.fr
- **Œuvres hospitalières françaises de l'Ordre de Malte (ŒHFOM)**
www.ordredemaltefrance.org

Liste non exhaustive.

La campagne « Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes »

Le Cespharm est partenaire de la **Fédération française de cardiologie (FFC)** dans le cadre de sa campagne intitulée **Arrêt cardiaque : 1 vie = 3 gestes**. L'objectif est d'inciter le plus grand nombre de personnes à se former aux gestes qui sauvent et encourager les collectivités locales à s'équiper en défibrillateurs et à former leurs personnels et administrés.

Avec ses partenaires (Croix-Rouge, Samu, cardiologues, CFRC), la FFC mène de nombreuses actions de sensibilisation du public et des élus : campagne dans la presse, manifestations en région (conférences, journées portes ouvertes, démonstrations et initiations aux gestes qui sauvent...), film pédagogique de 6 minutes, Lettre ouverte publiée dans la presse des élus.



Pour en savoir plus : www.1vie3gestes.com
Contact : celine.dossantos@fedecardio.com

