

**MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE**

**Soutenu publiquement le 3 Septembre 2021
Par M. KERR Geoffrey**

**Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur
tient lieu de**

THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Analyse du recueil des traitements médicamenteux transmis par les
Sapeurs-Pompiers au service d'urgence de l'Hôpital Saint Vincent de Paul de
Lille via les fiches bilan des premiers secours : un exemple concret du lien
entre les différents acteurs de santé**

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Pascal ODOU, Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Lille, Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Jean Marc TRIVIER, Pharmacien des Hôpitaux, Professeur Agrégé de Pharmacologie, Faculté de Médecine et de Maïeutique - Université Catholique de Lille, GCS GHICL Hôpital Saint Vincent de Paul

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Etienne BROCHOT, Pharmacien, Maître de conférence des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie d'Amiens, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Madame le Docteur Emmanuelle ALAVOINE, Pharmacien Colonelle, Service Départemental d'Incendie et de Secours du Nord, Groupement Pharmacie



Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL

M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique

M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques

M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie

M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale
M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Table des matières	11
Remerciements	13
Index des Abréviations	14
Liste des Tableaux	15
Liste des Figures	15
Index des Annexes	15
I.Introduction	16
II.Contexte	17
1) Présentation des Structures	17
a. L'Hôpital Saint Vincent de Paul de Lille	17
b. Le Service Départemental d'Incendie et Secours du Nord.....	17
2) Organisation des secours de l'intervention des sapeurs-pompiers à l'entrée aux urgences	18
a. Généralités	18
b. Le départ réflexe	19
c. La réponse secouriste	19
3) Réglementation et mise en place des fiches bilan	20
a. Réglementation	20
b. Mise en place et élaboration de la fiche bilan.....	21
c. Modalités du recueil médicamenteux par les SP	21
4) La Place du Pharmacien dans la gestion des traitements	21
a. Rôle au sein du SSSM	21
b. Rôle au niveau hospitalier	22
c. Rôles à jouer	23
III.Objectifs :	24
1) Etude des possibilités d'optimisation du recueil médicamenteux	24
2) Analyse de l'exhaustivité des traitements recueillis : source utile de conciliation médicamenteuse ?	24
3) Sensibilisation des Sapeurs-Pompiers au recueil des thérapeutiques ...	25
4) Favoriser le rapprochement ville – hôpital :.....	25
IV.Matériels et méthodes :	26
1) Modalités	26
a. Modalités du recueil.....	26
b. Utilisation du DPI.....	26
c. Analyse Statistique	27
2) Détermination des divergences entre les fiches bilan transmises et les données médicamenteuses recueillies aux urgences	27
a. Analyse quantitative du recueil médicamenteux.....	27
b. Analyse qualitative du recueil médicamenteux.....	28
c. Cas des allergies médicamenteuses	29
3) Analyse des caractéristiques de la population prise en charge	29

a.	Motifs d'intervention.....	29
b.	Rôle du lieu de prise en charge sur le recueil médicamenteux	29
c.	Analyse des classes thérapeutiques les plus retrouvées à l'Hôpital Saint Vincent.....	30
4)	Recherche du lien entre « chutes » et poly-médication	30
V.	Résultats :.....	31
1)	Population type concernée.....	31
a.	Généralités	31
b.	Caractéristiques populationnelles.....	31
c.	Parcours hospitalier des patients	33
2)	Analyse comparative des recueils	36
a.	Analyse quantitative du recueil médicamenteux.....	36
b.	Analyse qualitative du recueil médicamenteux.....	37
c.	Classes thérapeutiques retrouvées	39
d.	Cas des allergies médicamenteuses.....	42
e.	Impact du lieu de prise en charge sur le recueil	43
3)	Interventions pour chutes : lien avec la poly-médication ?.....	43
VI.	Discussion et limites :	45
1)	Les biais de l'étude.....	45
a.	Population particulière	45
b.	Conditions du recueil.....	45
2)	Les difficultés du recueil.....	46
a.	Sapeur-Pompier : un métier non médical	46
b.	Format des fiches bilans.....	46
VII.	Conclusion et Perspectives :	47
1)	Axes d'enrichissement de la fiche bilan	47
a.	Cibler par classe thérapeutique.....	47
b.	Formation des Sapeurs-Pompiers.....	48
2)	Utilisation pratique pour la conciliation médicamenteuse.....	48
3)	Intérêt pour le rapprochement ville-hôpital	49
4)	Base de départ pour un travail sur le versant médical des fiches de recueil ?	49
	Annexes.....	50
	Références bibliographiques	54
	Demande d'Autorisation de Soutenance.....	57

Remerciements

A monsieur le Professeur Pascal Odou,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma haute reconnaissance et de mon profond respect.

A monsieur le Professeur Jean Marc Trivier,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger ce travail et ainsi que pour vos nombreuses relectures et conseils. Je vous en suis profondément reconnaissant.

A monsieur le Docteur Etienne Brochot,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A madame le Docteur Emmanuelle Alavoine,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

A madame le Docteur Céline Pingaud, pour m'avoir permis d'initier ce travail et pour vos précieux conseils.

A toutes les équipes et au personnel rencontrés tout au long de mes études, à tous ceux m'ayant encadrés, formés ou accompagnés, qu'ils soient (radio)pharmaciens, préparateurs, sapeurs-pompiers, manipulateurs en radiologie, infirmiers, médecins, agents, biostatisticiens, internes et externes... et que ce soit à Toulouse, à Lille ou encore à Tarascon-sur-Ariège ! Avec un grand merci tout particulièrement à l'équipe de la pharmacie départementale du SDIS 59 pour leur accueil.

A mes parents et à ma fratrie, pour les relectures successives,

A tous mes co-internes pour m'avoir supporté, mon humour et moi, des semestres entiers.

A tous mes ami(e)s, ceux de longtemps et ceux des bancs de fac, pour m'avoir supporté, mon humour et moi, des années entières.

A Elodie, pour toutes ces années à tes côtés, et à la mémoire des longues soirées passées sur nos thèses, bientôt la délivrance !

Index des Abréviations

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

BMPM : Brigade des Marins-Pompiers de Marseille

BSPP : Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris

CIS : Centre d'Incendie et Secours

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CTA : Centre de Traitement des Appels

DCI : Dénomination Commune Internationale

DM : Dispositifs Médicaux

DPI : Dossier Patient Informatisé hospitalier

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

ISP : Infirmier de Sapeurs-Pompiers

MSP : Médecin de Sapeurs-Pompiers

NOVI : Nombreuses Victimes

NRBCe : Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique, explosif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSP : Pharmacien de Sapeurs-Pompiers

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et Secours

SIS : Service d'Incendie et Secours

SP : Sapeur(s)-Pompier(s)

SPP : Sapeur(s)-Pompier(s) Professionnel(s)

SPV : Sapeur(s)-Pompier(s) Volontaire(s)

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

SSR : Soins de suite et de Réadaptation

SUAP : Soins d'Urgence Aux Personnes

USC : Unité de Soins Continus

VSAV : Véhicule de Soutien et d'Assistance aux Victimes

Liste des Tableaux

Tableau 1. Caractéristiques des interventions.....	31
Tableau 2. Âge des patients.....	32
Tableau 3. Caractéristiques des interventions avec fiche bilan des SP dans le dossier	34
Tableau 4. Motifs d'intervention des sapeurs-pompiers	35
Tableau 5. Caractéristiques des interventions avec fiche bilan des SP dans le dossier	36
Tableau 6. Caractéristiques des traitements	37
Tableau 7. Caractéristiques des traitements à risque.....	37
Tableau 8. Classes thérapeutiques retrouvées	39
Tableau 9. Concordance entre l'indication d'allergie médicamenteuse selon le DPI et la fiche bilan.....	42
Tableau 10. Comparaison du taux de divergences en fonction du lieu de prise en charge	43
Tableau 11. Comparaison du nombre total de traitements retrouvés en fonction du motif d'intervention « chute ».....	44

Liste des Figures

Figure 1. Répartition des services d'hospitalisation en post-urgence	33
Figure 2. Motifs d'intervention des SP	35
Figure 3. Concordance des traitements à risque en fonction de leur catégorie	38
Figure 4. Proportion des traitements du tractus digestif et métabolisme (classe ATC A).....	40
Figure 5. Médicaments du système cardio-vasculaire (classe ATC C).....	41
Figure 6. Médicaments du système nerveux (classe ATC N)	42
Figure 7. Boxplots du nombre total de traitements identifiés en fonction des interventions pour chute	44

Index des Annexes

Annexe 1. Délimitations des groupements du SDIS du Nord	50
Annexe 2. Fiche Bilan des Premiers secours - SDIS Nord.....	51
Annexe 3. Avis du Comité Interne d'Ethique de la Recherche	53

I. Introduction

La question de la transmission des informations médicamenteuses est au cœur du processus de soins, et en particulier au cœur de la pharmacie clinique.

En effet, la problématique du transfert d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge médicale est primordiale dans le parcours de soins du patient, car elle permet de prévenir la survenue d'événements indésirables, telle que les manifestations de iatrogénie médicamenteuse.

Cette problématique est d'autant plus importante lorsque qu'elle met en jeu le fonctionnement de plusieurs structures d'organisation différente, et donc particulièrement lors des échanges « ville-hôpital », où la pertinence des informations médicales transmises va jouer un rôle majeur dans la prise en charge du patient, que ce soit en prévenant la iatrogénie ou en évitant la perte de données médicales d'importance entre les différents acteurs de la prise en charge du patient, que ce soit en pré-hospitalier, ou en milieu hospitalier.

C'est dans ce cadre-là qu'intervient la problématique de l'administration du bon traitement au bon patient, paramètre central du processus de soins.

Ce travail vise donc à mettre en avant l'importance des échanges ville hôpital en se focalisant sur la transmission des bilans médicamenteux, réalisés par les Services d'Incendie et Secours (SIS), aux services d'urgence hospitalière, premiers maillons de la prise en charge hospitalière.

II. Contexte

1) Présentation des Structures

a. L'Hôpital Saint Vincent de Paul de Lille

L'hôpital Saint Vincent de Paul est situé dans le quartier Moulins à Lille (59). Il fait partie, avec la clinique Sainte Marie à Cambrai (59) et l'hôpital Saint Philibert à Lomme (59) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GCS GHICL).

A proximité du centre-ville de Lille, et des principaux axes routiers, l'établissement occupe une position centrale par rapport à la répartition des établissements de santé de la métropole lilloise.

D'une capacité de 469 lits en 2019, l'établissement regroupe 4 pôles, le pôle Mère-Enfant-Adolescent, le pôle Cancérologie, le pôle Personnes âgées et le pôle Psychiatrie.

Il dispose de 412 lits de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ainsi que de 22 lits de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et de 35 lits de psychiatrie. Ces lits sont répartis entre les différentes unités (urgences adultes et pédiatriques, unité d'hospitalisation de courte durée adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue adulte et pédiatrique, médecine et chirurgie pédiatriques, maternité, secteur de néonatalogie et de soins intensifs, chirurgie digestive, gynécologie, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, chirurgie orthopédique, neurologie, onco-hématologie, cardio-pneumologie, SSR hématologie, dermatologie, médecine polyvalente, soins palliatifs, psychiatrie, SSR), et les consultations externes de toutes spécialités.

Lors de l'année 2019, on a ainsi pu comptabiliser 164 650 entrées à l'Hôpital Saint Vincent de Paul, dont 46 894 entrées aux urgences (28,5 %). Parmi ces dernières, 6 602 ont été réalisées via les sapeurs-pompiers (SP), soit 14 % des entrées aux urgences.

Dans un rayon de 2 km autour de l'Hôpital se trouvent les 3 centres d'incendie et de secours de Lille, les casernes de Lille Bouvines, de Lille Littré et de Lille Malus. A cela se rajoutent dans un rayon de 6 km les casernes de Loos, Saint André, Marcq-en-Barœul, la Madeleine, Villeneuve d'Ascq et Lesquin.

b. Le Service Départemental d'Incendie et Secours du Nord

Placé sous l'autorité du contrôleur général, le Service Départemental d'Incendie et Secours (SDIS) du Nord se décompose en 112 Centres d'Incendie et de Secours (CIS).

Le SDIS du Nord est ainsi délimité par 5 groupements territoriaux dont dépendent les CIS, représentés dans l'Annexe 1 :

- Le groupement 1 : Secteur d'Hazebrouck et du Littoral
- Le groupement 2 : Secteur nord de la communauté urbaine de Lille
- Le groupement 3 : Secteur sud de la communauté urbaine de Lille
- Le groupement 4: Secteur du Valenciennois et de l'Avesnois
- Le groupement 5 : Secteur du Douaisis et du Cambrésis

En parallèle de cette organisation territoriale, une organisation fonctionnelle est en place, avec les notamment les différents pôles : le pôle ressources et relations humaines, le pôle finance et patrimoine, le pôle organisation des secours, le pôle moyen et logistique, le pôle santé et secours médical et le pôle système d'information.

Le pôle santé et secours médical est placé sous l'autorité du médecin chef départemental et est lui-même constitué de 3 groupements : soutien et appui de santé, aptitude médicale, et pharmacie. Il est constitué de médecins, de pharmaciens d'infirmiers, de vétérinaires, et de psychologues, ainsi que de kinésithérapeutes et des sages-femmes pour le SDIS du Nord.

Les missions du SDIS sont décrites dans le Code Général des Collectivités Territoriales^{(1),(2)}.

On peut citer à ce titre, que le SDIS du Nord a effectué 167 559 interventions en 2016. Ces interventions comprennent 127 919 sorties de secours à personnes, soit 76,3 % des interventions. A titre de comparaison, les incendies ne comptaient que pour 7% des interventions. Les interventions sur la voie publique, au nombre de 8 237, représentaient 5 % des interventions⁽³⁾.

Enfin, on peut noter qu'en 2014, les secours à personnes représentaient près de 74% de l'activité des SP en France⁽⁴⁾.

2) Organisation des secours de l'intervention des sapeurs-pompiers à l'entrée aux urgences

a. Généralités

En 2019, les SIS (qui comprennent les SDIS, la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) et la Brigade des Marins Pompiers de Marseille (BMPM)), ont effectué 4 819 900 interventions dont 4 095 000 de secours d'urgence aux personnes (84,9 %). Dont 3 890 200 de ces victimes, soit 95%, ont été finalement prises en charge

par les SP. L'action des SIS a donc concerné au total plus de 6 % de la population française, et aura amené au final environ 5 % de la population à être secourue et transportée vers un établissement de santé par les sapeurs-pompiers⁽⁵⁾.

b. Le départ réflexe

L'intervention des SP est déclenchée suite à l'appel du 15 ou du 18 par la victime, ses proches, ou une autre personne. L'appel est traité par le CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels) du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) pour le 15, ou par le CTA (Centre de Traitement des Alertes) des SIS pour le 18. Ces deux entités sont interconnectées informatiquement et radio-téléphoniquement afin d'optimiser leur réponse.

Le départ réflexe fait suite à l'appel en fonction de 3 situations, à savoir, urgence vitale, intervention sur la voie publique, et selon les circonstances de l'urgence. Que la victime contacte le 15 ou le 18, l'engagement des SIS est priorisé, avec un transfert d'appel au médecin régulateur du SAMU en cas de nécessité.

c. La réponse secouriste

La réponse secouriste arrive après le départ réflexe, grâce au maillage territorial des CIS. Un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) est déployé, contenant un ensemble de matériel de Soins d'Urgence Aux Personnes (SUAP). Il est armé par aux moins 2 SP et un chef d'agrès, qui a la fonction de premier commandant des opérations de secours.

La victime est donc abordée et sécurisée. S'ensuivent les tentatives de maintien en vie, de prévention de l'aggravation de l'état, d'évacuation voire d'attente de renforts.

Un bilan secouriste est réalisé immédiatement, dans le but de déterminer l'état de la victime, et est transmis aux CTA et CRRA, notamment pour les gestes entrepris et leurs résultats. Il se réalise en 4 phases^{(6),(7)}. Il va contenir l'ensemble des informations recueillies par l'équipe secouriste, ainsi que la description des gestes effectués, le motif d'intervention, les plaintes de la victime, les circonstances de l'intervention, les éléments physiologiques recueillis, la description et l'évaluation de l'intensité de la douleur, les lésions retrouvées, les antécédents médicaux et les traitements en cours de la victime, ainsi que les gestes entrepris.

Le médecin régulateur va définir les modalités de la prise en charge ultérieure grâce au bilan secouriste. Si les moyens VSAV sont suffisants, il va indiquer la destination dans le secteur opérationnel, en fonction des souhaits de la victime. En cas de décès

de la victime avant l'arrivée des secours, de manœuvres de réanimation engagées ou encore d'état de fin de vie connu, l'information est remontée au médecin régulateur qui aura pour charge l'organisation de l'accompagnement du patient. En cas de demande d'hospitalisation de la victime, le chef d'agrès informera la régulation médicale qui décidera.

De même qu'en cas de refus d'évacuation de la victime, le chef d'agrès devra rendre compte au CTA et CRRA qui transmettra un avis médical⁽⁸⁾.

Lorsque la victime est transférée dans un établissement de santé, le bilan fait l'objet d'un document papier « fiche bilan des premiers secours » (cf. Annexe 2) remis à l'établissement d'accueil.

La fiche bilan va contenir la condition de la victime retrouvée, son identité, l'heure d'intervention, les circonstances de l'accident, la description de l'état de la victime, son conditionnement, le lieu de transport ou de la structure ayant pris en charge la victime, ainsi que tout élément pouvant être utile à une prise en charge future, notamment les renseignements obtenus par l'entourage, les traitements médicamenteux, les antécédents allergiques et médicaux.

La fiche bilan va être actualisée en fonction de l'apparition de nouveaux éléments. Elle est remplie et signée par le chef d'agrès, et son double est conservé par le Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) du SIS.

Un fois la victime transférée dans le service d'urgence par les SP, la fiche bilan va permettre à l'équipe médicale d'orienter sa réponse au mieux, en apportant une source d'information standardisée sur la condition médicale du patient, et ce, notamment sur les antécédents médicamenteux du patient.

3) Réglementation et mise en place des fiches bilan

a. Réglementation

En absence de médecin sur les lieux de l'intervention, la responsabilité de la coordination de la prise en charge médicale est assurée par le médecin régulateur⁽⁸⁾. Il agit ainsi en relation avec le chef d'agrès pour la conduite médicale à suivre. En cas de refus par la victime de prise en charge, le chef d'agrès doit faire remplir un formulaire de refus de soins ou proposer une procédure d'hospitalisation sans le consentement.

Ainsi, la responsabilité des fiches bilan est placée sous la responsabilité du chef d'agrès.

b. Mise en place et élaboration de la fiche bilan

La fiche bilan est élaborée en collaboration entre le SSSM et le groupement formation. Elle existe sous deux formats, un destiné aux SP et l'autre destiné aux Médecins (MSP) et Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (ISP). Leur principale différence réside dans la présence des protocoles et traitements mis en place dans celle des officiers de santé.

Les SP seront ensuite formés au remplissage de cette fiche bilan lors de leurs formations aux secours d'urgence aux personnes, et à la transmission du bilan.

c. Modalités du recueil médicamenteux par les SP

Il n'existe pas de procédure particulière pour le recueil médicamenteux des victimes. Le recueil des thérapeutiques s'effectue donc en fonction de la situation. Les sapeurs-pompiers auront plusieurs options. On pourra ainsi citer par exemple l'entretien avec la victime, l'entretien avec son entourage ou ses aidants si présents, voire la recherche de boîtes de médicaments ou d'ordonnances lors des interventions à domicile.

En cas d'intervention sur la voie publique, le recueil sera d'autant plus compliqué dans les cas où la victime serait inconsciente ou non accompagnée.

4) La Place du Pharmacien dans la gestion des traitements

a. Rôle au sein du SSSM

Le Pharmacien de Sapeurs-Pompiers (PSP) professionnel n'est pas au centre de la prise en charge des victimes, mais en partage la responsabilité, notamment sur le bon usage des traitements.

Leur principal rôle étant la gestion de la pharmacie départementale, ils sont aussi parfaitement formés sur l'hygiène, les premiers secours, ou encore la toxicologie appliquée aux SIS et aux situations d'urgence collective⁽⁹⁾.

Parmi les principales missions au sein des SSSM, en dehors de la gestion, de l'approvisionnement et de la dispensation des thérapeutiques et du matériel médical, on peut identifier la participation à la formation à destination des SP, ISP et MSP au bon usage des médicaments, des Dispositifs Médicaux (DM) et du matériel médico-secouriste, ainsi que les formations et le conseil des SP en matière d'hygiène et de

sécurité, ainsi que la surveillance et la maintenance du matériel biomédical ou encore la gestion des risques technologiques et environnementaux.

Le PSP est aussi impliqué dans les interventions à caractère NOVI (Nombreuses Victimes), ou de type NRBCe (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique, explosif), tant dans l'information et la formation des SP, que dans la logistique pharmaceutique qui serait déployée dans ces types de contexte.

b. Rôle au niveau hospitalier

Tout comme le PSP, le pharmacien hospitalier gère l'achat, l'approvisionnement, la détention et la gestion des médicaments et DM. Il assure la dispensation aux patients hospitalisés, réalise les traçabilités, participe aux vigilances ainsi qu'aux formations du personnel hospitalier, notamment en matière d'hygiène, et assure la sécurisation du circuit du médicament.

A cela se rajoute, entre autres, la réalisation des préparations magistrales et hospitalières, la stérilisation des DM, ou encore l'éducation thérapeutique⁽¹⁰⁾.

Dans la sécurisation du circuit du médicament, le pharmacien est au centre du processus de conciliation médicamenteuse. En effet, après la prise en charge du patient par l'équipe médicale du service d'accueil des urgences, le pharmacien réalise la conciliation médicamenteuse d'entrée. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la conciliation médicamenteuse « *est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.* »⁽¹¹⁾. Ainsi, la conciliation médicamenteuse d'entrée assure la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge du patient en établissant une liste fiable et exhaustive des médicaments pris par un patient précédent son hospitalisation (entretien patient, entretien pharmacie de ville habituelle, consultation des courriers médicaux, et si possible entretien avec le médecin traitant, les aidants, l'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) à domicile, analyse des boîtes de médicaments et ordonnances ramenées par le patient...). Elle constitue une source d'information essentielle, permettant d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients, et éviter la

iatrogénie médicamenteuse, particulièrement lorsque elle est instaurée dès l'arrivée du patient aux urgences⁽¹²⁾.

c. Rôles à jouer

Nous avons pu voir que les rôles du pharmacien, que ce soit en établissement de santé ou au niveau des SP est central dans la gestion des thérapeutiques et s'articule notamment autour de l'hygiène et du respect des bonnes pratiques d'utilisation des médicaments.

Du fait de ses connaissances et de son expertise sur les traitements, ainsi que sur l'hygiène, le pharmacien a un rôle central à jouer dans les formations des acteurs du système de santé, qu'ils soient professionnels de santé, ou rattachés indirectement au système de santé, tels que les SP.

Au niveau des services hospitaliers, la place du pharmacien est ainsi amenée à être primordiale dans la gestion des thérapeutiques, particulièrement au sein des services d'urgence avec la conciliation médicamenteuse^{(13),(14)}.

On peut ainsi citer les formations faites par des pharmaciens aux pompiers et policiers aux Etats-Unis sur la naloxone⁽¹⁵⁾, formations améliorant de manière significative les connaissances sur les symptômes de surdosage en opioïdes, ou sur l'administration d'antagonistes.

III. Objectifs :

1) Etude des possibilités d'optimisation du recueil médicamenteux

Bien que n'étant pas forcément mis au premier plan, que ce soit lors de l'intervention des SP ou lors de l'entrée aux urgences hospitalières, l'urgence de la situation dictant en effet d'autres priorités parfois, le recueil des traitements médicamenteux des patients reste un processus fondamental du parcours de soins.

En effet, il permet d'améliorer la prise en charge globale du patient et permet d'éviter toute problématique de iatrogénie médicamenteuse.

Ainsi, afin d'associer les priorités du « terrain », lors de l'intervention des SP, et les problématiques hospitalières, sur la prise en charge du patient, il semblerait intéressant de se pencher sur les possibilités d'optimisation, afin de proposer tout d'abord d'améliorer le temps passé à remplir la partie « traitements », de focaliser le recueil sur les thérapeutiques les plus importantes, avec notamment la notion de médicament « à risque », le tout afin d'associer les deux principales problématiques de la médecine d'urgence : la justesse des informations, et les gains de temps à récolter l'information.

Une optimisation du recueil médicamenteux permettant ainsi de faciliter le travail des SP et du personnel soignant, le tout ayant pour finalité une amélioration de la prise en charge du patient.

2) Analyse de l'exhaustivité des traitements recueillis : source utile de conciliation médicamenteuse ?

Le second objectif de ce travail est d'étudier dans quelle mesure les renseignements médicamenteux recueillis dans les fiches bilans seraient bénéfiques dans le cadre de la conciliation médicamenteuse d'entrée.

En effet, en se penchant sur l'exhaustivité du contenu des fiches bilan, que ce soit au niveau du recueil des traitements ou de la pertinence d'éventuelles allergies médicamenteuses et en les comparant aux données recueillies à l'accueil des victimes aux urgences, on pourrait ainsi dresser un bilan sur la pertinence de leur utilisation lors des conciliations médicamenteuses.

Un autre intérêt à cela, serait d'extrapoler ces données pour une éventuelle priorisation des patients lors des réalisations de conciliations médicamenteuses d'entrée.

3) Sensibilisation des Sapeurs-Pompiers au recueil des thérapeutiques

L'objectif suivant de ce travail serait de sensibiliser les SP à l'intérêt du recueil médicamenteux.

Les résultats de l'étude, notamment sur la proportion de divergences, le taux de recueil des médicaments à risque ou encore le nombre d'interventions pour chutes chez les victimes poly-médiquées pourraient ainsi être communiqués aux SP, de manière à illustrer certaines problématiques relevant des traitements et du partage d'information⁽¹⁶⁾.

Ainsi, une promotion de ce travail auprès des SP intervenants permettrait de les sensibiliser sur les intérêts du recueil, tout en montrant l'importance de ces informations pour les services de soins notamment liés à la poly-médication^{(17),(18)}.

4) Favoriser le rapprochement ville – hôpital :

Dans la continuité du troisième objectif, la communication de ce travail, notamment sur ses intérêts pour les services de soins, après l'intervention des sapeurs-pompiers, permettrait, même modestement, de contribuer aux échanges entre les CIS et les établissements de santé.

Le but étant de favoriser les rapprochements entre les différents acteurs du système de santé, qu'ils appartiennent au premier recours ou au second recours, afin de contribuer à améliorer le lien ville-hôpital, notamment en ce qui concerne la transmission d'informations médicamenteuses, importante source de iatrogénie⁽¹⁹⁾.

La finalité étant l'amélioration de la prise en charge globale du patient, de sa prise en charge pré-hospitalière à son séjour en établissement de santé.

IV. Matériels et méthodes :

1) Modalités

a. Modalités du recueil

Les données ont été recueillies sur une période de 1 an, allant du 1^{er} novembre 2019 au 31 Octobre 2020, afin d'obtenir des données d'entrée sur une année entière, permettant de s'affranchir des différences dans les circonstances d'entrées liées aux saisons.

Cet intervalle inclut néanmoins mars et avril 2020, période particulière liée à la pandémie de Covid-19. Le pic épidémique ayant entraîné de nombreuses perturbations dans le système de santé français, notamment celui dans l'organisation des services d'urgences, liés à l'augmentation des cas et des appels⁽²⁰⁾, ainsi que dans l'augmentation des interventions à domicile⁽²¹⁾.

Néanmoins, nous avons maintenu l'analyse des entrées via les SP, car, pendant cette période, les pratiques des SP concernant le secours à personne n'ont pas changé, si ce n'est le nombre de sorties.

b. Utilisation du DPI

La recherche des patients entrés via les SP a été établie via le Dossier Patient Informatisé (DPI) de l'Hôpital Saint Vincent de Paul. Une requête informatique a permis d'identifier les patients entrés aux urgences via les SP.

En fonction des dates d'entrée aux urgences, nous avons recueilli les données des patients un par un, en envisageant un nombre minimal de 400 dossiers. Nous avons pu étudier de cette manière 433 dossiers.

Une fois le patient identifié dans le DPI, nous avons procédé en deux temps.

En premier lieu nous avons cherché la copie de la fiche bilan des premiers secours correspondant au séjour. De ce document, nous avons recueilli la date, la caserne intervenant, l'état de la victime (léger, grave), le sexe et l'âge de la victime, le motif d'intervention, les allergies et les traitements de la victime.

Ensuite, nous avons recroisé ces données avec les observations médicales présentes dans le DPI, à savoir la date, le motif d'hospitalisation, le sexe et l'âge du patient, ses éventuelles allergies médicamenteuses et la liste de ses traitements. Grâce au DPI nous avons aussi pu déterminer le devenir du patient, retour à domicile ou transfert dans un autre service de soins, et le nombre d'entrées différentes aux urgences lorsque cela était le cas.

Pour comparer le recueil des données médicamenteuses entre le DPI et les fiches bilan des SP, nous n'avons sélectionné que les données recueillies lors de l'entrée même du patient aux urgences, que ce soit par les IDE, les médecins ou les étudiants en médecine, internes ou externes, afin d'éviter de recueillir des données modifiées grâce à conciliation médicamenteuse ou suite à des réévaluations liées à l'hospitalisation.

Nous avons aussi relevé lorsque la fiche bilan n'était pas enregistrée dans le DPI.

c. Analyse Statistique

Nous avons débuté l'analyse statistique par une analyse descriptive des données : les moyennes, écart-types, médianes, quartiles, minima et maxima ont été calculés pour les variables quantitatives, tandis que les effectifs et fréquences ont été calculés pour les variables qualitatives.

Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés autour de la proportion de divergences, de fiches bilan manquantes, et de désaccords concernant les allergies médicamenteuses. L'intervalle de confiance à 95% autour du nombre médian de divergences a également été calculé.

Nous avons étudié le lien entre le motif d'intervention « chute » et le nombre total de traitements identifiés à l'aide d'un test de Mann-Whitney-Wilcoxon, en raison du caractère discret du nombre de traitements.

Nous avons étudié le lien entre le taux de divergences et le lieu de prise en charge à l'aide d'un test du Khi-2.

Nous considérons un seuil de significativité de 5% pour toutes les analyses. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R (version 3.6.1).

L'analyse statistique a été réalisée par la cellule biostatistiques de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GCS GHICL.

2) Détermination des divergences entre les fiches bilan transmises et les données médicamenteuses recueillies aux urgences

a. Analyse quantitative du recueil médicamenteux

Afin de mettre en œuvre l'étude des divergences de recueil médicamenteux entre les fiches bilan des SP et le DPI des urgences de l'Hôpital Saint Vincent de Paul, nous avons tout d'abord cherché à déterminer les différences de manière quantitative.

Ainsi, pour chaque entrée de patients, certains patients ayant été admis plusieurs fois sur la période de l'étude, nous avons réalisé un comparatif entre les médicaments notés sur la fiche bilan par les SP et ceux notés dans le DPI lors du premier examen du patient aux urgences par le personnel médical.

Le recueil était effectué en notant la Dénomination Commune Internationale (DCI) du médicament, afin d'éviter des erreurs liées à des dénominations différentes de princeps.

Lorsque le traitement n'était pas présent dans la fiche bilan ou dans le recueil effectué aux urgences, la divergence était relevée avec un code différent en fonction de l'origine de l'oubli. Pour chaque patient analysé, nous avons ainsi pu définir le nombre de divergences liées au recueil médicamenteux.

La dose, la forme ou la voie d'administration des traitements n'ont pas été analysées dans cette étude, ces caractéristiques-là n'étant pas prises en compte dans les fiches bilan.

b. Analyse qualitative du recueil médicamenteux

Pour ensuite définir la qualité du recueil médicamenteux, nous avons relevé pour chaque ligne de traitement s'il relevait ou non d'une liste de traitements à risque.

Une liste des médicaments à risque a été établie pour tenter d'évaluer la qualité du recueil les concernant.

En effet, il semblait important d'étudier si, à défaut des traitements usuels, certaines classes plus à risque étaient mieux renseignées, afin de pouvoir instaurer une notion d'importance dans les formations des SP sur les fiches bilan.

Pour évaluer l'importance de ces médicaments, nous avons établi une liste de traitements considérés à risque en nous appuyant sur l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé⁽²²⁾, qui définit que les médicaments à risque sont "*des médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient Il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite.*"

Ainsi, sept catégories de médicaments à risque ont été identifiées, à savoir, les anticoagulants, les anti-arythmiques, les anticancéreux, les antidiabétiques oraux, les insulines, les hypnotiques et leurs apparentés et enfin, les opiacés et leurs dérivés.

c. Cas des allergies médicamenteuses

Enfin, la présence d'allergie médicamenteuse notée dans l'emplacement dédié des fiches bilans ou dans le DPI lors de l'admission du patient, a été relevée pour chaque patient de l'étude.

En effet, la survenue d'allergies médicamenteuses étant en augmentation, et les recueils dans les dossiers patients n'étant pas toujours fiables⁽²³⁾, il nous a donc paru important d'évaluer le recueil de ces antécédents d'allergies.

Il est aussi montré que les erreurs d'appréciation des allergies, notamment celles liées aux antibiotiques, a un impact sur la qualité des soins, et sont à risque d'augmenter les coûts et le développement de résistances bactériennes en cas d'erreurs⁽²⁴⁾.

Dans notre étude, les allergies autres que médicamenteuses n'ont par contre pas été étudiées.

3) Analyse des caractéristiques de la population prise en charge

a. Motifs d'intervention

Nous avons relevé pour chaque patient le motif de l'intervention des SP, en nous basant sur les cases des fiches bilan « motif d'appel », « nature de l'intervention », et en complétant si besoin avec l'histoire de la maladie relevée lors de l'accueil du patient dans le service d'urgence.

Nous avons regroupé les motifs d'intervention dans des catégories, à savoir : agressions, accidents sur la voie publique, troubles cardio-pulmonaires, chutes, troubles digestifs, troubles glycémiques, infectieux, neurologiques, alcoolémie, tentatives d'autolyse, traumatismes et autres motifs.

A noter que certaines interventions avaient des motifs multiples, et donc ont été en conséquence relevées avec plusieurs motifs.

b. Rôle du lieu de prise en charge sur le recueil médicamenteux

Nous avons aussi cherché à étudier l'influence du lieu de prise en charge sur le recueil médicamenteux.

Le lieu de prise en charge par les SP étant noté sur les fiches bilan, à savoir à domicile, dans un lieu public, sur la voie publique ou sur le lieu de travail, nous avons synthétisé dans le recueil par prise à charge à domicile et prise en charge hors du domicile pour les autres interventions.

Certains des bilans ne contenant pas le lieu de prise en charge, nous avons essayé de compléter en fonction des indications du DPI, lorsqu'elles étaient présentes.

c. Analyse des classes thérapeutiques les plus retrouvées à l'Hôpital Saint Vincent

Pour chaque ligne de traitement, nous avons relevé le groupe médicamenteux correspondant, en se basant sur la classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC) de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁽²⁵⁾.

Ceci dans le but d'étudier quelles classes médicamenteuses pouvaient se retrouver dans la population prise en charge par les SP.

4) Recherche du lien entre « chutes » et polymédication

Grâce à l'analyse des motifs d'intervention des SP lors du secours à personne, nous avons pu déterminer dans notre recueil ceux étant liés à des interventions pour chutes.

Le lien entre la polymédication et le risque de chute étant déjà établi dans la littérature^{(26),(27)}, nous avons voulu étudier ce lien entre les chutes et le nombre de traitements pris par la victime dans le but de pouvoir mettre en avant l'importance de la polymédication dans la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital, et ainsi servir à illustrer l'importance du recueil des thérapeutiques dès l'intervention pré-hospitalière. Des projets de prise en charge coordonnée de patients chuteurs lors de l'appel des premiers secours étant déjà à l'étude⁽²⁸⁾.

Afin d'étudier le lien entre le nombre total de traitements identifiés et les interventions pour chutes, nous avons effectué un test de Mann-Whitney-Wilcoxon.

V. Résultats :

1) Population type concernée

a. Généralités

Nous avons relevé dans notre étude 433 dossiers d'interventions différentes. Pour ces dossiers, nous n'avons retrouvé la fiche bilan que dans 322 DPI de l'hôpital Saint Vincent de Paul, soit 74,4% des dossiers étudiés.

Comme nous pouvons le voir dans le Tableau 1, ces interventions ont été réalisées par 17 casernes différentes. Deux casernes de Lille regroupent la majorité des interventions, avec Lille Bouvines et ses 158 interventions (34,7%) et Lille Malus et ses 124 interventions (28,7%).

b. Caractéristiques populationnelles

Concernant les patients, 192 interventions (44,3%) concernaient des patientes de sexe féminin, tandis que 241 (55,7%) concernaient des patients de sexe masculin.

La majorité des interventions, 305 (70,4%), ont mené directement à un retour au domicile du patient après son séjour aux urgences. Sur les 433 entrées aux urgences, 128 (29,6%) ont mené à une hospitalisation du patient.

Tableau 1. Caractéristiques des interventions (n = 433)			
		Valeurs manquantes	Effectif (%)
Sexe	<i>Masculin</i>	0	241 (55,7%)
	<i>Féminin</i>		192 (44,3%)
Caserne	<i>Armentières</i>	1	1 (0,2%)
	<i>Cysoing</i>		1 (0,2%)
	<i>Estaires</i>		3 (0,7%)
	<i>Haubourdin</i>		2 (0,5%)
	<i>La Madeleine</i>		26 (6%)
	<i>Lesquin</i>		20 (4,6%)
	<i>Lille Bouvines</i>		150 (34,7%)
	<i>Lille Littré</i>		38 (8,8%)
	<i>Lille Malus</i>		124 (28,7%)

	<i>Lomme</i>		1 (0,2%)
	<i>Marcq-En-Baroeul</i>		12 (2,8%)
	<i>Orchies</i>		2 (0,5%)
	<i>Roubaix</i>		1 (0,2%)
	<i>Saint-André</i>		3 (0,7%)
	<i>Thumeries</i>		1 (0,2%)
	<i>Villeneuve d'Ascq</i>		46 (10,6%)
	<i>Wasquehal</i>		1 (0,2%)
Type de caserne	<i>Professionnels</i>	1	396 (91,7%)
	<i>Volontaires</i>		36 (8,3%)
Devenir du patient	<i>Retour au domicile</i>	0	305 (70,4%)
	<i>Hospitalisation</i>		128 (29,6%)
Si hospitalisation, service	<i>Medecine Polyvalente</i>		56 (43,8%)
	<i>Gériatrie</i>		20 (15,6%)
	<i>Traumatologie</i>		20 (15,6%)
	<i>Neurologie</i>		9 (7%)
	<i>Cardiologie - Pneumologie</i>	0	7 (5,5%)
	<i>Maternité</i>		7 (5,5%)
	<i>Unité de Soins Continus (USC)</i>		3 (2,3%)
	<i>Dermatologie</i>		1 (0,8%)
	<i>Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)</i>		1 (0,8%)
	<i>SSR Onco-hémato</i>		1 (0,8%)
	<i>Onco-Hémato</i>		1 (0,8%)
	<i>Soins Palliatifs</i>		1 (0,8%)
	<i>Autre</i>		1 (0,8%)

Le Tableau 2, nous montre que l'âge moyen des patients pris en charge est de 49,4 ans. L'âge des patients pris en compte dans notre étude allait de 18 à 97 ans.

Tableau 2. Âge des patients				
(n = 433)				
	Valeurs manquantes	Moy +/- ET	Méd [Q1-Q3]	Min - Max
Age du patient	0	49,4 +/- 21,9	46 [31 ; 67]	18 - 97

c. Parcours hospitalier des patients

Comme le montre la Figure 1, nous pouvons remarquer que la majorité des patients hospitalisés après leur séjour aux urgences sont dirigés vers les services de médecine polyvalente (43,8%), suivis de la gériatrie et de la traumatologie (15,6% respectivement). Ce détail est d'importance, car, concernant l'hôpital Saint Vincent de Paul, la médecine polyvalente et la gériatrie sont des services où est réalisée quotidiennement une conciliation médicamenteuse d'entrée.

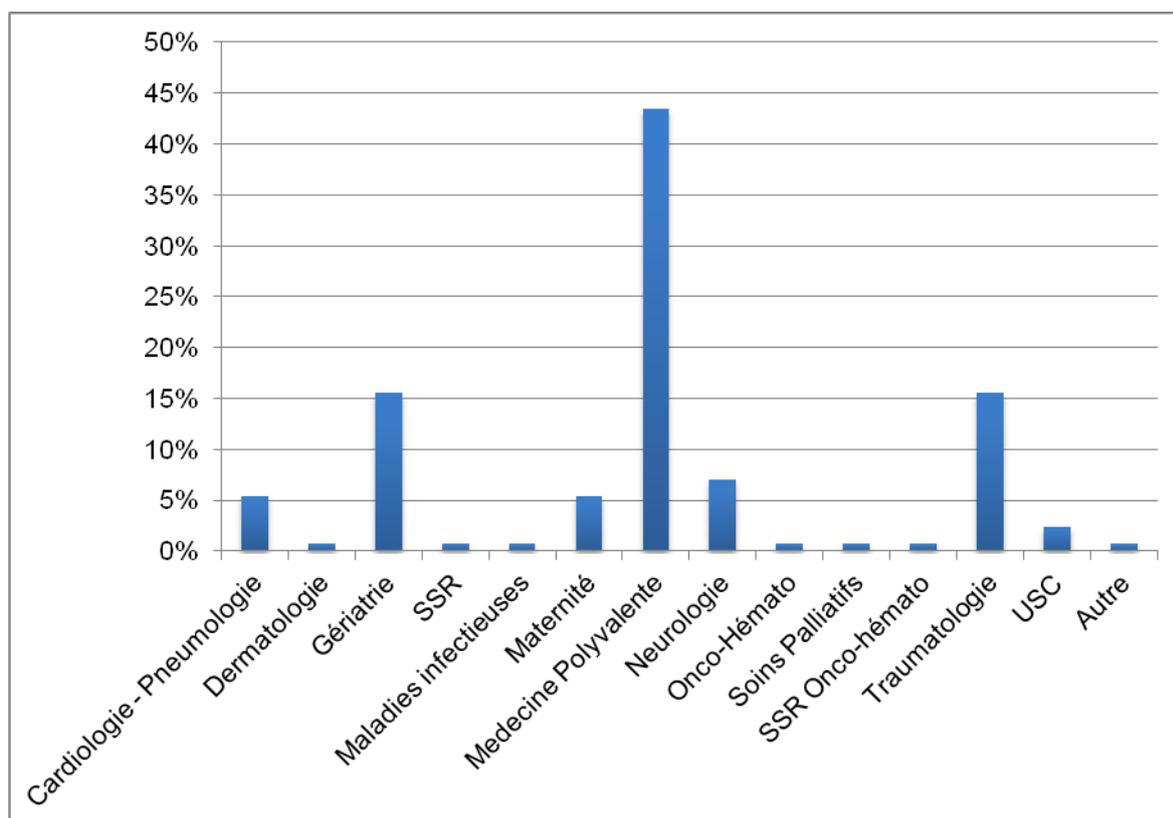


Figure 1. Répartition des services d'hospitalisation en post-urgence

Concernant les interventions des SP, comme présenté dans le Tableau 3, les données des fiches bilan, moyennant 91 valeurs manquantes, nous indiquaient que 6 patients (2,6%) étaient dans un état grave à leur arrivée, 224 (97%) dans un état léger, et 1 patient (0,4%) était indemne.

La condition des patients n'est donc pas, à priori, la cause des divergences entre les recueils effectués aux urgences ou au moment de l'intervention des SP.

Nous pouvons aussi remarquer grâce à ce tableau que la majorité des interventions ont lieu sur la voie publique (67,1%).

Tableau 3. Caractéristiques des interventions avec fiche bilan des SP dans le dossier – variables qualitatives (n = 322)			
		Valeurs manquantes	Effectif (%)
Lieu de prise en charge	<i>Domicile</i>	79	80 (32,9%)
	<i>Voie publique</i>		163 (67,1%)
Bilan vital	<i>Etat grave</i>	91	6 (2,6%)
	<i>Etat léger</i>		224 (97%)
	<i>Indemne</i>		1 (0,4%)
Traitements à domicile habituels identifiés dans l'une des deux sources (DPI ou fiche bilan)		0	202 (62,7%)
Divergence entre le DPI et la fiche bilan		0	162 (50,3%)
Divergence entre le DPI et la fiche bilan si le nombre de traitements identifiés est > 0		0	162 (80,2%)

d. Motifs d'intervention des sapeurs-pompiers

Pour les motifs d'intervention, si nous observons les résultats du Tableaux 4 et de la Figure 2, nous pouvons aisément remarquer que les chutes sont la principale cause d'intervention des SP, avec près d'une intervention sur 3, ce qui nous amène par la suite à considérer le lien entre les chutes et la poly-médication des patients.

Suivent ensuite les troubles neuropsychiatriques, 13% des interventions, à mettre en lien avec les principales classes médicamenteuses retrouvées.

Les troubles cardio-pulmonaires, les traumatismes et les alcoolisations représentent ensuite les autres principaux motifs, comptant entre 9 et 11% des interventions.

On peut aussi noter que les interventions pour troubles glycémiques, concernant en général des hypoglycémies, ne représentent qu'une infime part des interventions (1,6%).

Il faut relever que certaines interventions pouvaient porter sur plusieurs motifs différents.

Tableau 4. Motifs d'intervention des sapeurs-pompiers (n = 357)	
Motif	Effectif (%)
Chute	107 (33,2%)
Trouble neuropsychiatrique	42 (13%)
Trouble cardio-pulmonaire	34 (10,6%)
Traumatisme / Douleur	33 (10,2%)
Alcoolisation	29 (9%)
Autre motif	23 (7,1%)
Accident de la voie publique	20 (6,2%)
Agression	19 (5,9%)
Trouble digestif	17 (5,3%)
Tentative d'autolyse	17 (5,3%)
Signe infectieux	11 (3,4%)
Déséquilibre glycémique	5 (1,6%)

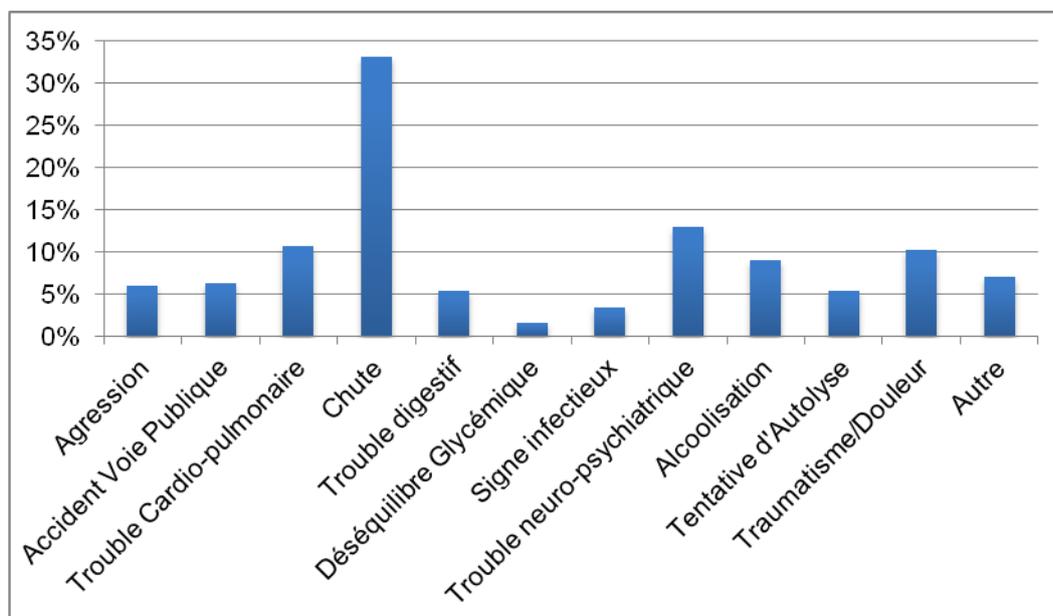


Figure 2. Motifs d'intervention des SP

2) Analyse comparative des recueils

a. Analyse quantitative du recueil médicamenteux

Nous avons tout d'abord exclu de l'étude les dossiers ne comprenant pas la fiche bilan des premiers secours dans le DPI de l'Hôpital Saint Vincent de Paul. Nous avons analysé de ce fait 322 fiches bilan.

Ensuite, comme nous pouvons le voir dans le Tableau 5, le nombre médian de traitements distincts identifiés chez les patients pour lesquels une fiche bilan a été transmise est de 1. Le nombre de traitements recueillis par patient allait de 0 à 17 traitements au maximum.

On notera que le nombre médian de traitements identifiés dans les fiches bilan est de 0 traitement, tandis que le nombre médian de traitements identifiés aux urgences est de 1.

Pour tous les dossiers analysés, le nombre médian de divergences observées entre la fiche bilan et le DPI est de 1 (IC95% = [0 ; 1]). Néanmoins, le nombre médian de divergences observées chez les patients avec au moins un traitement monte à 2 (IC95% = [1 ; 2]).

Tableau 5. Caractéristiques des interventions avec fiche bilan des SP dans le dossier				
Variables quantitatives (n = 322)				
	Valeurs manquantes	Moy +/- ET	Méd [Q1-Q3]	Min - Max
Nombre total de traitements distincts identifiés	0	2,4 +/- 3,1	1 [0 ; 3,8]	0 - 17
Nombre de traitements identifiés dans la fiche bilan	0	0,9 +/- 1,9	0 [0 ; 1]	0 - 10
Nombre de traitements identifiés aux urgences	0	2,3 +/- 3,1	1 [0 ; 3]	0 - 17
Nombre de divergences identifiées entre les deux sources	0	1,7 +/- 2,6	1 [0 ; 2]	0 - 17
Nombre de divergences identifiées entre les deux sources si nombre total de traitements identifiés > 0	0	2,7 +/- 2,9	2 [1 ; 4]	0 - 17

Pour ce qui est du recueil médicamenteux, comme observé dans le Tableau 6, nous avons retrouvé 482 traitements (61,3%) identifiés aux urgences uniquement, 56 traitements (7,1%) identifiés dans la fiche bilan uniquement, et 248 traitements

(31,6%) identifiés dans la fiche bilan et aux urgences. Ainsi, plus de 60% des traitements totaux ne sont pas présents dans la fiche bilan.

Tableau 6. Caractéristiques des traitements			
(n = 786)			
		Valeurs manquantes	Effectif (%)
Concordance	<i>Traitement identifié aux urgences uniquement</i>	0	482 (61,3%)
	<i>Traitement identifié dans la fiche bilan uniquement</i>		56 (7,1%)
	<i>Traitement identifié dans la fiche bilan + aux urgences</i>		248 (31,6%)

Pour reprendre les données du Tableau 3, une divergence au moins a été détectée entre la fiche bilan et le DPI pour 162 interventions (50,3% ; IC95% = [44,7% ; 55,9%]). On retrouve donc une largeur d'IC95% tout juste supérieure à 11 points.

Parmi les patients avec au moins un traitement retrouvé, la proportion de divergences monte à 80,2% (IC95% = [73,9% ; 85,3%]).

b. Analyse qualitative du recueil médicamenteux

Sur les 786 traitements identifiés entre les deux recueils, nous avons isolé 241 traitements considérés comme « à risque », soit 30,7 % des traitements.

Comme précisé dans les matériels et méthodes, nous avons distingués les médicaments à risque : anticoagulants, antiarythmiques, anticancéreux, insulines et antidiabétiques oraux, hypnotiques, regroupant les benzodiazépines et apparentées, et les opiacés et apparentés, comme indiqué dans le Tableau 7.

Tableau 7. Caractéristiques des traitements à risque		
Traitement à risque		241 (30,7%)
Catégorie de traitement à risque	<i>Anticoagulants</i>	21 (8,7%)
	<i>Antiarythmiques</i>	16 (6,6%)
	<i>Anticancéreux</i>	7 (2,9%)
	<i>Antidiabétiques oraux</i>	33 (13,7%)
	<i>Insulines</i>	33 (13,7%)
	<i>Hypnotiques</i>	106 (44%)
	<i>Opiacés</i>	25 (10,4%)

Parmi l'ensemble des traitements à risque recueillis, 147 (61%) ont été identifiés aux urgences uniquement, 19 (7,9%) dans la fiche bilan uniquement, et 75 (31,1%) dans les deux.

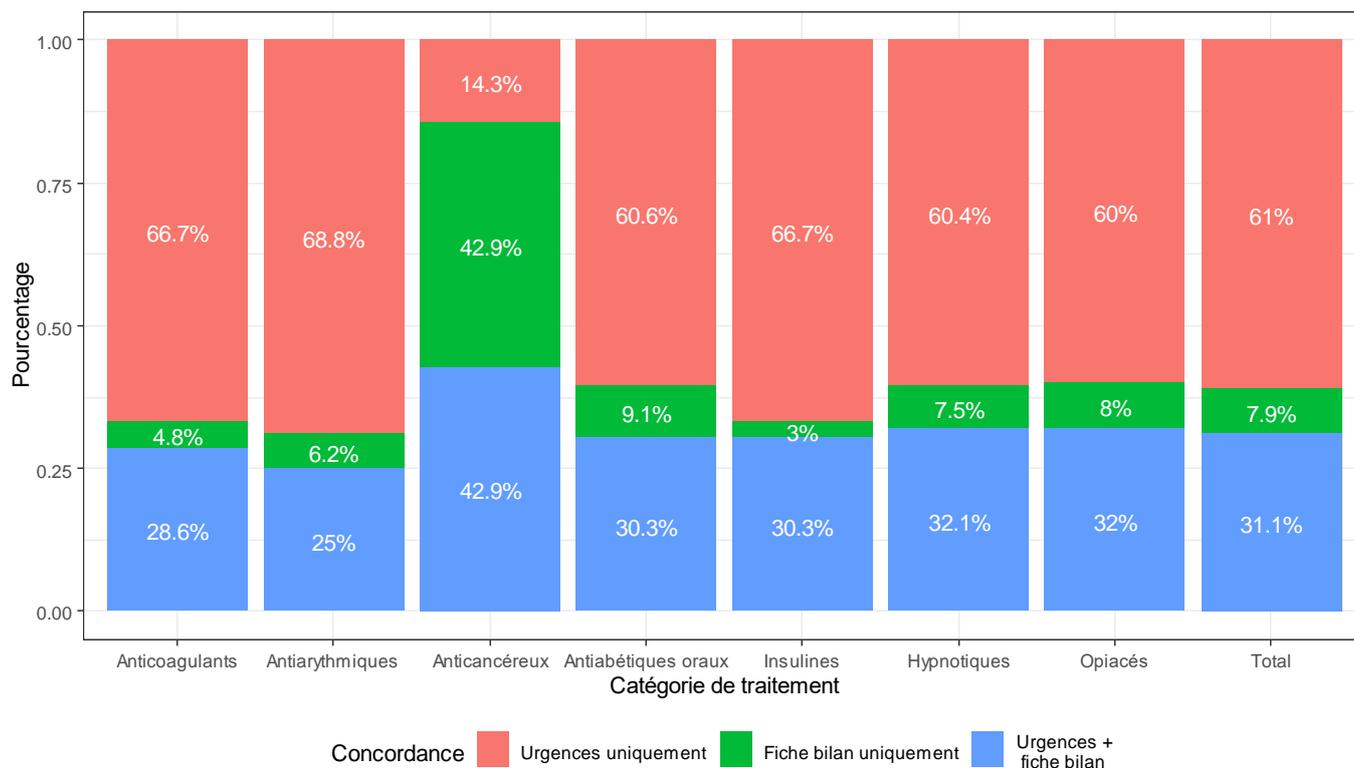


Figure 3. Concordance des traitements à risque en fonction de leur catégorie

Globalement, la proportion de traitements identifiés aux urgences et dans la fiche bilan va de 25% à 32%, comme représenté dans la Figure 3. La proportion de traitements identifiés dans la fiche bilan uniquement de 3% à 9%, et la proportion de traitements identifiés aux urgences uniquement de 60% à 69%. Les taux sont très différents pour les anticancéreux, mais étant donné le faible effectif, avec seulement 7 traitements anticancéreux relevés, il n'est pas pertinent de tirer des conclusions pour cette catégorie de traitements.

Néanmoins, on peut considérer que le recueil des médicaments à risque est similaire en proportion à celui des traitements courants, avec des taux similaires, soit environ 60 % des traitements recueillis uniquement aux urgences, environ 7 % recueillis uniquement sur les fiches bilan, et près d'un tiers recueillis similairement entre les urgences et les fiches bilan.

c. Classes thérapeutiques retrouvées

Tableau 8. Classes thérapeutiques retrouvées			
Classes thérapeutiques retrouvées	A	154	19,6 %
	B	66	8,4 %
	C	174	22,1%
	D	4	0,5 %
	G	20	2,5%
	H	14	1,8 %
	J	1	0,1 %
	L	7	0,9 %
	M	10	1,3 %
	N	287	36,5 %
	R	42	5,3 %
	S	4	0,5 %
	V	3	0,4 %
	TOTAL	786	/

Grâce au Tableau 8, nous remarquons que trois grandes classes ATC ressortent de cette étude. Il s'agit de la classe N (médicaments du système nerveux), avec 36,5 % des traitements recueillis, de la classe C (système cardio-vasculaire), représentée par 22,1% des traitements, et de la classe A (système digestif et métabolique), représentée par 19,6% des traitements du recueil.

Nous avons donc étudié plus en détail ces trois classes thérapeutiques, représentant à elles trois la majorité des traitements recueillis.

Pour la classe ATC A, comme nous pouvons le voir sur la Figure 4, nous retrouvons principalement les médicaments du diabète (43%). On ne peut rattacher à cela que l'apparente fragilité des patients diabétiques⁽²⁹⁾.

Les médicaments des troubles liés à l'acidité gastrique viennent ensuite, avec essentiellement les Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP). Ce qui nous illustre le fait que l'usage des IPP est très répandu et est en contrepartie associé à une surconsommation, entraînant un certain mésusage^{(30),(31)}.

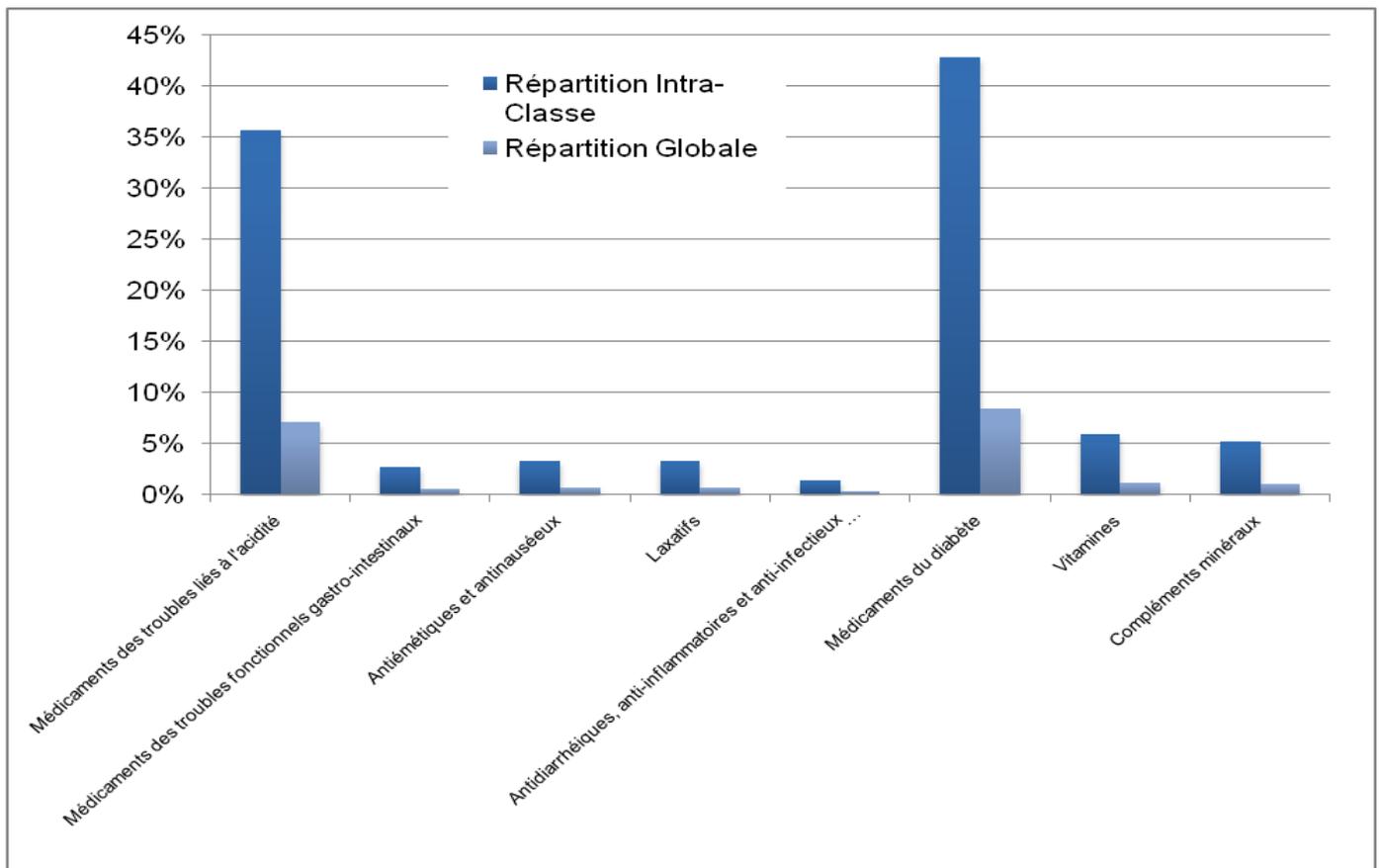


Figure 4. Proportion des traitements du tractus digestif et métabolisme (classe ATC A)

Pour la classe ATC C (Figure 5), nous remarquons que la répartition des différentes classes est assez constante, avec néanmoins une plus grande représentation des traitements associés à l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie tels que les bêtabloquants, les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou les sartans et les statines. Comme pour les antidiabétiques, leur surreprésentation est peut-être à rattacher à la fragilité des patients hypertendus, plus à même de nécessiter du secours à personne⁽³²⁾.

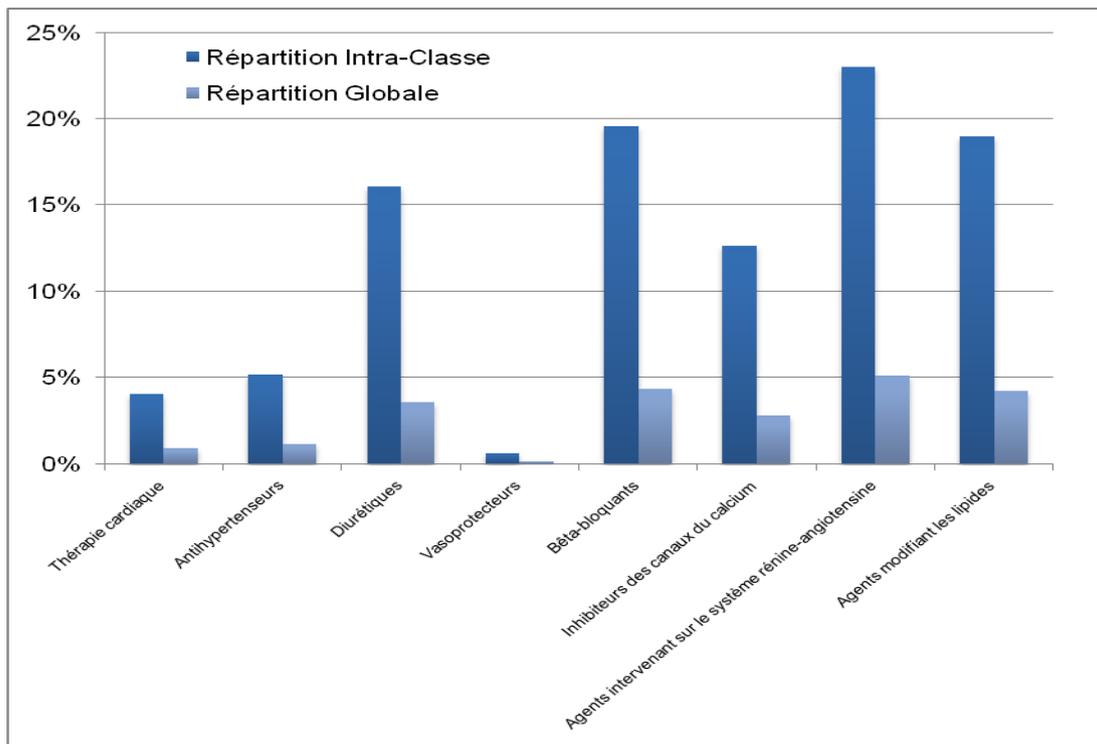


Figure 5. Médicaments du système cardio-vasculaire (classe ATC C)

Pour la classe ATC N, classe la plus représentée dans notre étude, nous remarquons avec la Figure 6, que ce sont les psycholeptiques qui la constituent en majorité. Il s'agit essentiellement des benzodiazépines, médicaments souvent détournés, surconsommés et souvent associés à un mésusage⁽³³⁾.

Suivent ensuite les psychoanaleptiques, représentés ici en particulier par les antidépresseurs. On pourrait rattacher ceci aux interventions pour troubles neuropsychiatriques et aux tentatives d'autolyse⁽³⁴⁾.

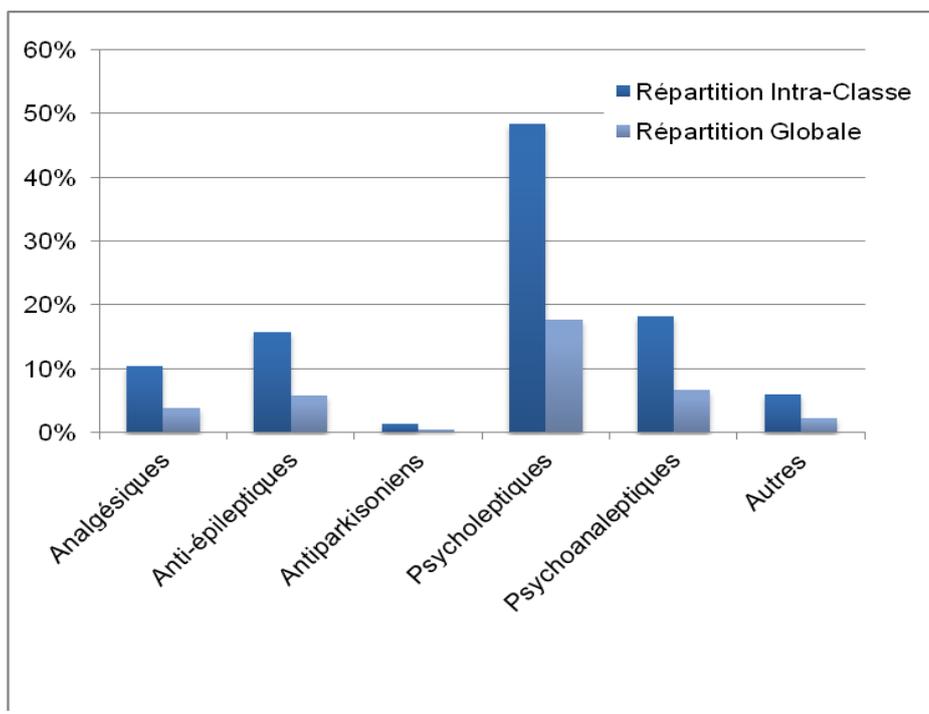


Figure 6. Médicaments du système nerveux (classe ATC N)

d. Cas des allergies médicamenteuses

Nous avons ensuite cherché à étudier la concordance de l'information « allergie médicamenteuse » entre la fiche bilan et le DPI.

Tableau 9. Concordance entre l'indication d'allergie médicamenteuse selon le DPI et la fiche bilan (n = 322)			
Allergie selon la fiche bilan	Allergie selon le DPI		
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Donnée manquante</i>
<i>Oui</i>	10	1	2
<i>Non</i>	1	122	0
<i>Donnée manquante</i>	10	145	31

Ainsi, d'après le Tableau 9, on observe un total de 132 concordances, et 2 désaccords. On retrouve alors 1,5% de désaccords (IC95% = [0,3% ; 5,8%]), lorsqu'on ne prend pas en compte les valeurs manquantes, qui concernent pour la plupart les fiches bilan (145 données manquantes au recueil).

Par contre, si on prend en compte ces valeurs manquantes, on retrouve 188 désaccords, soit 59% (IC95% = [53,4% ; 64,4%]).

On peut donc conclure que le recueil des allergies médicamenteuses est rarement fiable, que se soit au niveau des recueils des fiches bilan ou dans les DPI, tout comme le laissait entendre les études citées dans le paragraphe IV.2.c.^{(23),(24)}.

e. Impact du lieu de prise en charge sur le recueil

D'après les fiches bilan étudiées, 80 interventions (32,9%) ont eu lieu au domicile du patient, tandis que 163 (67,1%) ont eu lieu sur la voie publique.

Afin d'étudier le lien entre la présence d'une divergence fiche bilan/DPI et le lieu de prise en charge, nous avons effectué un test du Khi-2.

Tableau 10. Comparaison du taux de divergences en fonction du lieu de prise en charge				
(n = 243)				
	Valeurs manquantes	Domicile	Voie publique	p-valeur
n	/	80 (32,9%)	163 (67,1%)	/
Divergence entre la fiche bilan et le DPI	0	43 (53,8%)	72 (44,2%)	0.2

Comme repris dans le Tableau 10, on compte 43 divergences (53,8%) parmi les patients pris en charge au domicile, et 72 divergences (44,2%) parmi les patients pris en charge sur la voie publique. On ne retrouve donc pas de lien statistiquement significatif entre le lieu de prise en charge et la présence d'une divergence (p-valeur = 0,2).

3) Interventions pour chutes : lien avec la poly-médication ?

Afin d'étudier le lien entre le nombre total de traitements identifiés et le motif d'intervention « chute », nous avons effectué un test de Mann-Whitney-Wilcoxon, présenté dans le Tableau 11.

Tableau 11. Comparaison du nombre total de traitements retrouvés en fonction du motif d'intervention « chute » (n = 322)				
	Valeurs manquantes	Pas de chute	Chute	p-valeur
Nombre total de traitements identifiés	0	2 +/- 2,9	3,3 +/- 3.4	0,00015
		1 [0 ; 3]	2 [0 ; 4.5]	

Le nombre médian de traitements retrouvés chez les patients pris en charge pour motif autre que chute est de 1, tandis qu'il est de 2 chez les patients pris en charge pour une chute. Ainsi, le nombre total de traitements identifiés est significativement plus élevé chez les patients pris en charge pour une chute (p-valeur = 0,00015).

On retrouve les distributions des nombres de traitements au sein des deux groupes dans les deux boxplots de la Figure 7.

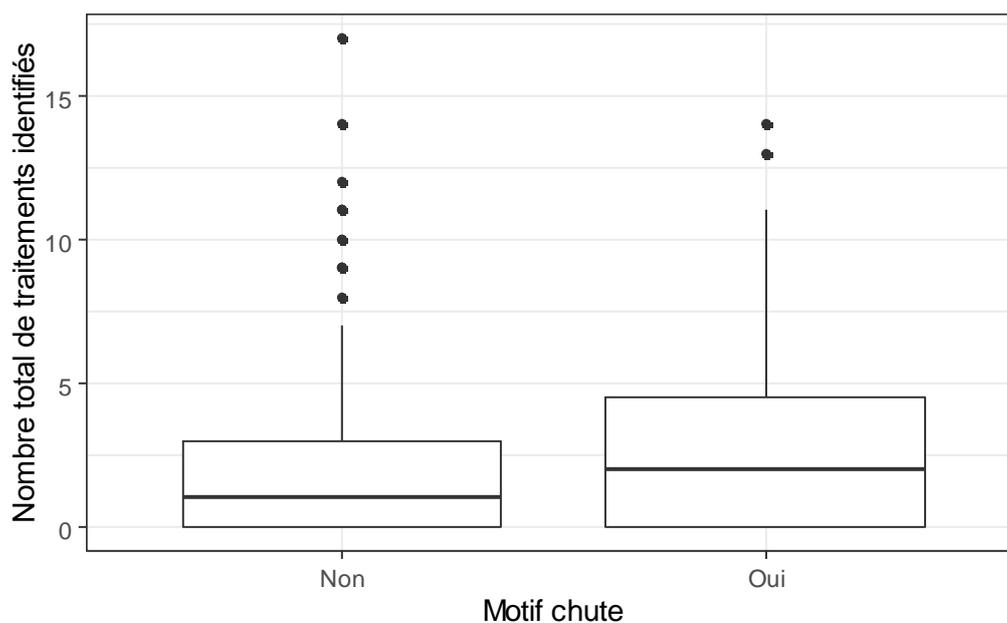


Figure 7. Boxplots du nombre total de traitements identifiés en fonction des interventions pour chute

Nous pouvons donc réaffirmer le lien entre les chutes et la poly-médication. Il serait intéressant pour la suite de montrer l'importance que revêt le recueil des médicaments lors de ces cas d'intervention, afin de permettre une réévaluation hospitalière du bénéfice des traitements.

VI. Discussion et limites :

1) Les biais de l'étude

a. Population particulière

Il faut tout d'abord noter que la population prise en charge au sein de l'hôpital saint Vincent de Paul n'est pas forcément représentative de la population française.

En effet, le quartier où se situe l'hôpital est constitué d'une population jeune, dans laquelle la part des séniors est inférieure à 10% de la population et celle des moins de 25 ans est de 45 %⁽³⁵⁾.

Il faut aussi prendre en compte la proximité de l'établissement avec deux des trois principaux CIS de la ville, responsables dans notre étude de plus de 60% des transferts de patients.

Ceci aboutissant à une population d'étude relativement jeune, avec 50 ans de moyenne d'âge, essentiellement urbaine et avec une forte consommation de traitements concernant le système nerveux (essentiellement psycholeptiques et psychoanaleptiques).

b. Conditions du recueil

Les conditions du recueil ont pu aussi contribuer à biaiser notre étude. En effet, nous n'avons pas pris en compte les potentielles variations entre les bilans effectués la nuit ou le jour, notamment au niveau hospitalier, où les effectifs des équipes médicales ne sont pas les mêmes.

Les recueils effectués peuvent aussi varier selon la victime prise en charge. En effet, selon l'état et la gravité de la situation de la victime, l'urgence de certaines situations peut inciter les SP à abréger certains interrogatoires.

De même, on peut entendre que les conditions dans lesquelles s'effectue le recueil ont pu en influencer leur contenu. La réalisation d'un recueil au domicile de la victime, avec ces proches ne sera pas le même qu'un recueil effectué sur la voie publique d'une victime en état de choc.

Un dernier point soulevé concerne le comportement des victimes, en effet, l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales montrant une augmentation des déclarations d'agression sur les SP⁽³⁶⁾, on pourrait donc légitimement imaginer que le comportement de la victime ou de son entourage a une influence sur la qualité du recueil.

2) Les difficultés du recueil

a. Sapeur-Pompier : un métier non médical

Il faut tout d'abord prendre en compte que les SP, bien que jouant un rôle primordial dans le secours à personne, ne sont pas reconnus professionnels de santé, à l'exception bien sûr de ceux relevant du SSSM (infirmiers, médecins, pharmaciens, vétérinaires ou maïeuticiens).

En effet, ils ne reçoivent pas de formation à la pharmacologie ou à la pharmacotoxicologie⁽³⁷⁾, et n'ont ainsi pas de formation particulière au recueil des thérapeutiques. Ceci pouvant donc favoriser le délaissement du recueil médicamenteux, devant l'absence de connaissance sur son importance.

b. Format des fiches bilans

Un point important à soulever est le format actuel des fiches bilan des premiers secours. Comme nous pouvons le remarquer en annexe 2, le format de ces fiches est déjà extrêmement optimisé de manière à contenir le maximum d'informations sur l'état de santé des victimes transférées par les SP.

L'espace disponible pour noter les traitements est donc malgré tout assez réduit, ce qui ne permet pas toujours d'y noter tous les traitements des patients en cas de polymédication importante.

A ceci, il faut toutefois ajouter que certains SDIS s'orientent vers l'utilisation de tablettes électroniques pour transmettre informatiquement leurs fiches bilan de premier secours aux établissements de santé vers lesquels ils amènent les victimes prises en charge.

L'apparition de ces outils permettrait donc de s'affranchir de certaines difficultés à noter les traitements.

VII. Conclusion et Perspectives :

1) Axes d'enrichissement de la fiche bilan

a. Cibler par classe thérapeutique

Comme nous avons pu le voir, les traitements recueillis par les SP relèvent de classes thérapeutiques assez hétérogènes, et toutes les classes thérapeutiques sont représentées dans notre étude.

Pour ce qui est des traitements à risque, le remplissage est équivalent à celui des autres traitements, c'est-à-dire aux alentours de 30%.

Ainsi, on pourrait se poser la question de permettre une simplification du recueil des thérapeutiques, dans les cas où l'équipage des VSAV ne maîtriserait pas la question des traitements.

Il serait donc intéressant de permettre aux SP, en l'absence d'autres alternatives, de recueillir les traitements par classes thérapeutiques. Ainsi, il serait peut-être aussi plus simple aux victimes, et à leurs proches, de décrire les traitements par leur classe, ou leur destination, au lieu de la faire par nom de molécules, exercice qui peut être plus compliqué, afin de permettre, à l'entrée du patient au service d'urgence, d'orienter les questions du personnel médical sur l'historique médicamenteux.

Ainsi, plutôt que de décrire les traitements du patient par DCI ou par nom de marque, recueil qui peut par ailleurs entraîner des erreurs de transcription, on pourrait étudier la possibilité de n'écrire dans la fiche bilan que l'indication principale du médicament, ainsi que sa voie d'administration. Ceci permettrait d'une part de simplifier le recueil effectué par les SP, et d'autre part, en évitant les erreurs et les oublis de retranscription, permettrait de réaliser une « conciliation » ciblée sur ces indications lors de l'entrée du patient au service d'urgence.

Ce qui donnerait, par exemple, dans le cas d'un patient traité par Insuline Glargine, de noter uniquement « diabète - injection ». Ce qui permettrait d'orienter plus facilement une réponse médicale adaptée, ainsi que la recherche de la molécule exacte aux urgences, par du personnel mieux formé au recueil des traitements.

Ce système pourrait ainsi, si l'utilisation des bilans informatiques se généralise, orienter la recherche de certains traitements en fonction du motif d'intervention (par exemple dans les chutes orienter vers les traitements à risque de chute, et ainsi de suite).

b. Formation des Sapeurs-Pompiers

Un travail supplémentaire devra par ailleurs être réalisé auprès des SP intervenant dans le secours à personne. Il pourrait ainsi être mis en place par le biais de formations réalisées par le PSP.

Ainsi il pourrait être intéressant d'insister sur l'importance du recueil des thérapeutiques lors des formations sur le secours à personne, en montrant l'intérêt dans la potentielle prise en charge hospitalière ultérieure de la victime.

L'intérêt de ces formations serait donc de montrer que la réalisation du recueil permet d'éviter la iatrogénie médicamenteuse, et donc replacer le SP comme partie prenante du processus de soin, notamment au niveau de la continuité des soins.

2) Utilisation pratique pour la conciliation médicamenteuse

Nous avons vu que le nombre médian de divergences entre le recueil médicamenteux des fiches bilan et celui à l'entrée aux urgences est de 2 pour les patients avec au moins un traitement.

Aussi, notre étude montre que dans environ 50% des cas il existe des divergences entre le recueil des fiches bilan et celui des urgences, proportion qui monte à 80 % lorsque on se focalise sur les patients ayant au moins un traitement.

Ainsi, sur les 786 traitements recueillis, seulement 30% sont recueillis similairement entre les urgences et les SP, proportion que l'on retrouve aussi pour les traitements à risque.

Ceci nous illustre donc que lors d'une utilisation pratique pour réaliser une conciliation médicamenteuse d'entrée, les fiches bilans ne permettront pas dans tous les cas d'apporter une information exhaustive.

Néanmoins, nous pouvons remarquer qu'environ 7% des traitements ont été recueillis uniquement par les SP, nous prouvant que les fiches bilan restent un outil important pour la conciliation médicamenteuse d'entrée, en permettant d'apporter des informations qui auraient échappé au personnel hospitalier.

De plus, une perspective serait de faire participer le patient au recueil de son historique médicamenteux. Une étude australienne⁽³⁸⁾ montre ainsi que le remplissage d'un formulaire par les patients admis aux urgences serait réalisable sans ajouter trop de contraintes, et permettrait donc de faciliter la transmission d'informations médicamenteuses.

3) Intérêt pour le rapprochement ville-hôpital

Ce travail, en illustrant les liens qui unissent les services des urgences aux SIS, par le biais du secours à personne et du transfert des informations médicamenteuses, nous permet de mettre en avant le lien entre ville et hôpital.

En illustrant par la question du recueil médicamenteux les éléments qui font le lien dans le processus de prise en charge du patient, notre travail montre que la mise en commun des moyens, le partage des connaissances ou encore la mise en commun des ressources est bénéfique pour le patient tout en facilitant le processus de soins et en mettant en avant le rôle et l'importance de chaque intervenant.

L'intérêt de ce rapprochement ville-hôpital, plus précisément entre premier et deuxième recours, ayant comme finalité l'amélioration de la prise en charge globale des patients.

4) Base de départ pour un travail sur le versant médical des fiches de recueil ?

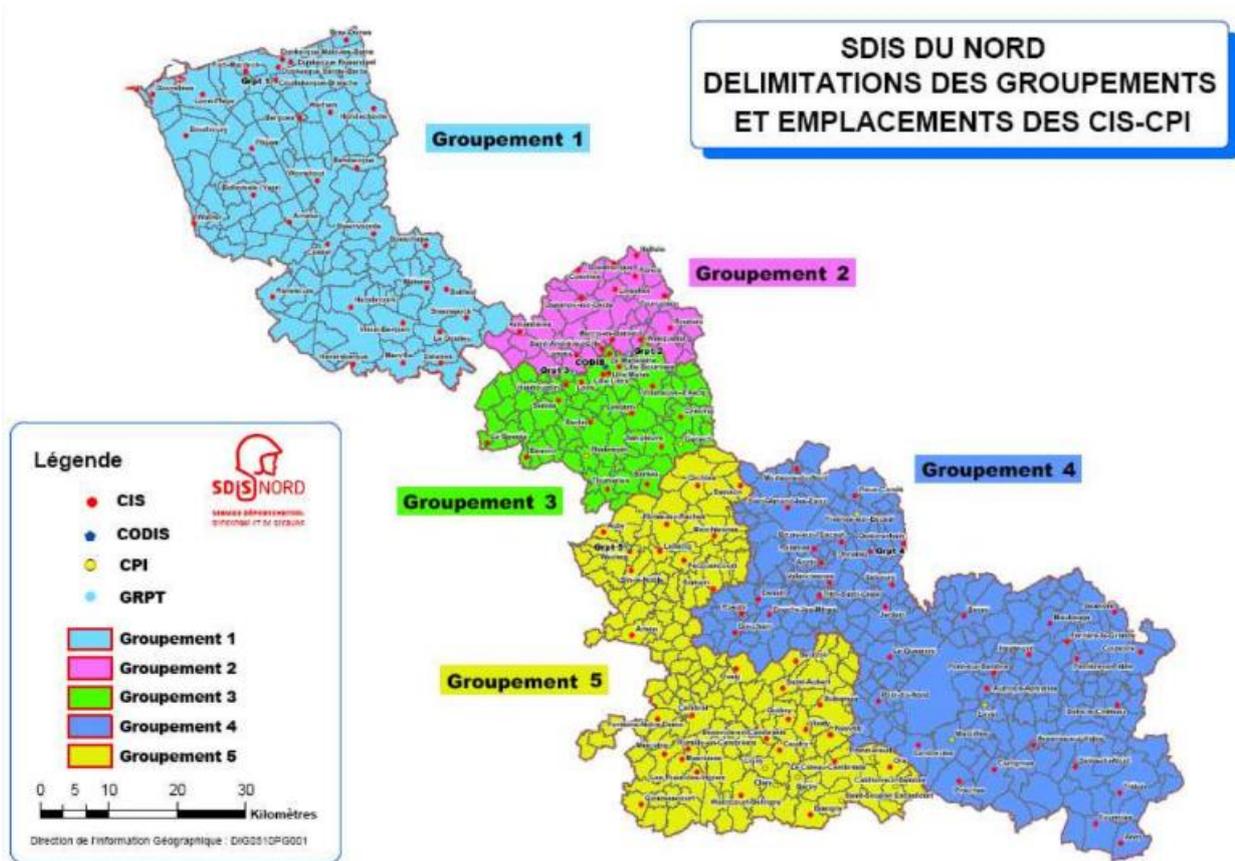
L'intérêt premier des fiches bilan est d'informer le plus rapidement possible sur la condition médicale du patient. Et ce, afin d'assurer dans les meilleures conditions le relais hospitalier de la prise en charge.

La majorité des informations relevées sur les fiches bilan est donc purement médicale, comme illustré dans l'Annexe 2.

Après ce premier travail, réalisé sur le côté médicamenteux, il serait donc intéressant de s'orienter vers un travail d'information sur les composantes médicales des fiches bilan, travail qui pourrait être porté notamment par les MSP, PSP et ISP en partenariat avec les instructeurs de secourisme SP.

Annexes

Annexe 1. Délimitations des groupements du SDIS du Nord



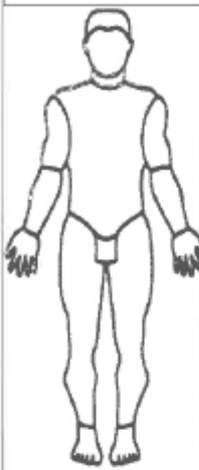
Annexe 2. Fiche Bilan des Premiers secours - SDIS Nord



FEUILLE A DESTINATION DU SERVICE DE SOINS

SECOURS D'URGENCE AUX PERSONNES
FICHE BILAN DES PREMIERS SECOURS

DATE		N° INTERVENTION	
VSAV de		Nom du chef d'opérés ou N° matricule	
Heure abordage de la victime		Horaire bilan SAMU	
Transmission		Signature	
Si accident de service » Heure bilan SSSM :		Renfort médical :	
Nom de famille ou de naissance		Nom d'usage ou marital	
Date de naissance		Age	
Sexe		Prénom	
Victime SP		Accident de service	
Adresse du domicile		Adresse de l'intervention	
Personne de confiance à prévenir		N° Téléphone	
Nom du médecin traitant		N° Téléphone	
Motif d'appel de départ		Lieu	
Motif d'appel requilifié		Autres lieux	
Nature de l'intervention		Autres lieux	
ACCIDENT VP		TRAUMATISME	
MALAISE / MALADIE		DIVERS	
URGENCE VITALE		CONSCIENCE	
VENTILATION		CIRCULATION	
Fréquence respiratoire :		Fréquence cardiaque :	
Gêne respiratoire		Pouls régulier	
Respiration bruyante		Bien frappé	
Respiration régulière		Pâleur du visage	
Pause respiratoire		Extrémités froides	
Sueurs		Marbrures des membres	
Cyanose		Temps de Recoloration Cutanée :	
Air ambiant		Pression artérielle :	

BILAN COMPLÉMENTAIRE	Provoqué par :	Qualités/Types de douleurs :	Région :	Sévérité : (à entourer) Nulle Faible Moyenne Forte Insupportable	Tempsh.....																																										
		<p>P = Plaies diverses</p> <p>T = Traumatisme</p> <p>F = Fracture évidente</p> <p>B = Brûture</p> <p>H = Hémorragie</p> <p>D = Douleur localisée</p> <p>S = Section de membre</p> <p>N (Neuro) = Paralyse</p>		Maladies / Antécédents/ Risques infectieux :	Hospitalisation :																																										
Divers :			Allergie :																																												
GESTES EFFECTUÉS	<input type="checkbox"/> Pansement / désinfection <input type="checkbox"/> Garrot àh..... <input type="checkbox"/> Application de diphotérine ou <input type="checkbox"/> Rinçage (purée) <input type="checkbox"/> Compresse gel d'eau <input type="checkbox"/> Refroidissement à l'eau » Durée : <input type="checkbox"/> Attelles : <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Collier cervical <input type="checkbox"/> Plan dur <input type="checkbox"/> Immobilisateur de tête <input type="checkbox"/> Immobilisateur à dépression <input type="checkbox"/> Brancard cuiller <input type="checkbox"/> Portair souple <input type="checkbox"/> Clampage cordon <input type="checkbox"/> Section cordon		<input type="checkbox"/> Kit membres sectionnés / hémorragique <input type="checkbox"/> LVA <input type="checkbox"/> Aspiration VAS <input type="checkbox"/> Canule de Guedel <input type="checkbox"/> Inhalation O2 : L/min MHC <input type="checkbox"/> Insufflation O2 au masque <input type="checkbox"/> MCE <input type="checkbox"/> Cardiopompe <input type="checkbox"/> DSA Nbre de chocs : <input type="checkbox"/> Couverture <input type="checkbox"/> Isotherme <input type="checkbox"/> Bactériostatique		<input type="checkbox"/> Allongé <input type="checkbox"/> Semi assis <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Jambes fléchies <input type="checkbox"/> Jambes surélevées <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> SpCO : % <input type="checkbox"/> CO expiré : ppm T° :°C																																										
	Surveillance effectuée par SSSM ou SMUR » <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (dans ce cas remplir le tableau ci-dessous)																																														
SURVEILLANCE	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Périodes</th> <th colspan="3">CONSCIENCE</th> <th colspan="2">VENTILATION</th> <th colspan="2">CIRCULATION</th> </tr> <tr> <th>Normale</th> <th>Altérée</th> <th>Inconscience</th> <th>Fréq.</th> <th>Sat. O2 %</th> <th>Fréq.</th> <th>P° Artérielle</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....h.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... /</td> </tr> <tr> <td>.....h.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... /</td> </tr> <tr> <td>Arrivée CHh..... Obligatoire</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>..... /</td> </tr> </tbody> </table>	Périodes	CONSCIENCE			VENTILATION		CIRCULATION		Normale	Altérée	Inconscience	Fréq.	Sat. O2 %	Fréq.	P° Artérielleh.....						 /h.....						 /	Arrivée CHh..... Obligatoire						 /							
	Périodes		CONSCIENCE			VENTILATION		CIRCULATION																																							
		Normale	Altérée	Inconscience	Fréq.	Sat. O2 %	Fréq.	P° Artérielle																																							
h.....						 /																																							
.....h.....						 /																																								
Arrivée CHh..... Obligatoire						 /																																								
DESTINATION	<input type="checkbox"/> LSP <input type="checkbox"/> DCD Confié à : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Forces de l'ordre <input type="checkbox"/> Autre :	Service :					<input type="checkbox"/> Refus de transport <i>(faire remplir l'encadré au dos)</i>																																								
	Lieu de transport »	Centre hospitalier/Clinique :																																													
	Heure de prise en charge par l'accueil ou IOA h..... Obligatoire	<input type="checkbox"/> Non médicalisé <input type="checkbox"/> Sur réquisition judiciaire <input type="checkbox"/> Confié par SMUR / SSSM <input type="checkbox"/> Para médicalisé par VLI de <input type="checkbox"/> Médicalisé par VLM de : <input type="checkbox"/> Médicalisé par SMUR/HELI de : <input type="checkbox"/> Arrêt de la réanimation à distance par le SAMU <input type="checkbox"/> Transport accompagné par SMUR hors du VSAV																																													
INFORMATION / DONNÉES SANTÉ <input type="checkbox"/> Information écrite et signature de la victime. (Voir au dos - à privilégier) <input type="checkbox"/> Information orale <input type="checkbox"/> Information impossible <i>Signature du chef d'agrès</i>																																															

Annexe 3. Avis du Comité Interne d’Ethique de la Recherche



Délégation à la
Recherche Clinique
et à l’Innovation

COMITE INTERNE D’ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Présidente : Dr Elisabeth BAUMELOU-TORCK

Date du CIER	17 novembre 2020	Référence du projet	CIER-2020-39
--------------	------------------	---------------------	--------------

Type de projet	Projet de Recherche N’Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude quantitative, rétrospective, monocentrique, de type 4b
----------------	--

Titre du projet	MEDIC-USP Analyse du recueil des traitements médicamenteux transmis par les Sapeurs-Pompiers au service d’accueil des urgences de l’Hôpital Saint Vincent de Paul de Lille via les fiches bilans des premiers secours : un exemple concret du lien entre les différents acteurs de santé
-----------------	--

Responsable du traitement de données :	GHICL
--	-------

Responsable de la mise en œuvre du traitement de données :	Dr Céline PINGAUD
--	-------------------

Interne préparant sa thèse :	M. Geoffrey KERR
------------------------------	------------------

Lieux de l’étude :	GHICL, Service d’accueil des urgences de l’hôpital St Vincent
--------------------	---

Demande d’avis concernant un	Projet initial	Dans le cadre d’une	Première soumission
------------------------------	----------------	---------------------	---------------------

Objectif	Thèse		
----------	-------	--	--

Documents examinés	Protocole	Version 1	17/11/2020
--------------------	-----------	-----------	------------

Avis du CIER	Favorable
---------------------	------------------

Commentaires, discussion	<p>Recommandation :</p> <p>Le CIER fait remarquer que la qualité du recueil des traitements du patient à l’entrée aux urgences peut varier selon le moment de la journée, et le moment de la semaine (ex : l’urgentiste peut appeler le médecin traitant d’une personne âgée en semaine et en journée, et produire un recueil complet, ce qui est plus difficile en week-end, et /ou le soir).</p> <p>Afin de pouvoir ajuster les analyses sur ce facteur, le CIER propose d’ajouter les 2 variables : jour/ nuit et semaine / week-end, en plus de la date d’intervention</p> <p>Demande de précision :</p> <p>Un retour auprès des SP est-il envisagé ?</p>
--------------------------	---

Ont participé à la délibération en tant que :	Titulaires	Suppléants
Expert médical qualifié	Dr Elisabeth BAUMELOU	Pr Pierre GOSSET
Représentant de la DRCI	Domitille TRISTRAM	Dr Amélie LANSIAUX - Excusée
Représentant CEM	Jean-Philippe COBBAUT- Excusé	Alain LOUTE
Représentant des usagers	Gilbert PETOUX	Danièle BERTRAND - Excusée
Membre DIM et KASHMIR	Dr Marysa GERMAIN - Excusée	Louis ROUSSELET
Membre CME	Dr Emmanuel BARTAIRE	Dr Charles CHARANI - Excusé
Membre CRD2M	Dr Marion LEVECQ	
Déléguée à la protection des données (DPO)	Sandrine REMY - Excusée	
Biostatisticien	Laurène NORBERCIAK	Dr Thomas DEVELTER - Excusé
Sage-Femme	Romain DEMAILLY	Isabelle VAAST - Excusée
Psychologue	Cédric ROUTIER	Marie BUTTITTA
Coordinatrice promotion DRCI	Marie DESOLERE - Excusée	

A Lomme, le 19/11/2020

Rédaction : Domitille TRISTRAM

Références bibliographiques

1. Article L1424-1 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006389319/
2. Article L1424-24 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance [Internet]. [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021479275/
3. Rapport d'observations définitives sans réponse. Service départemental d'Incendie et Secours (SDIS) du Nord, 2018 [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-11/HFR201854.pdf>
4. Evaluation de l'application du référentiel d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente.
5. Les statistiques des services d'incendie et de secours, Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises, édition 2020.
6. Bilan d'une victime SDIS Isère, 2019.
7. Recommandations de la Direction Générale de Sécurité Civile et de la Gestion des Crises.pdf.
8. Organisation Du Secours à Personne Et De L'Aide Médicale Urgente - Référentiel Commun, DDSC, DHOS, 25 Juin 2008.
9. Arrêté du 16 août 2004 relatif aux formations des médecins, pharmaciens et infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels.
10. Décret n° 2017-883 du 9 mai 2017 modifiant les conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur et les modalités d'organisation du développement professionnel continu des professions de santé - Légifrance [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034634167>
11. HAS, Mettre En Oeuvre La Conciliation Des Traitements Médicamenteux En Etablissement De Santé, Février 2018.
12. De Winter S, Spriet I, Indevuyst C, Vanbrabant P, Desruelles D, Sabbe M, et al. Pharmacist-versus physician-acquired medication history: a prospective study at the emergency department. Qual Saf Health Care. oct 2010;19(5):371- 5.
13. Pevnick JM, Nguyen C, Jackevicius CA, Palmer KA, Shane R, Cook-Wiens G, et al. Improving admission medication reconciliation with pharmacists or pharmacy technicians in the emergency department: a randomised controlled trial. BMJ Qual Saf. juill 2018;27(7):512- 20.
14. Vasileff HM, Whitten LE, Pink JA, Goldsworthy SJ, Angley MT. The effect on medication errors of pharmacists charting medication in an emergency department. Pharm World Sci. juin 2009;31(3):373- 9.
15. Crocker A, Bloodworth L, Ballou J, Liles AM, Fleming L. First Responder knowledge, perception and confidence in administering naloxone: Impact of a pharmacist-provided educational program in rural Mississippi. J Am Pharm Assoc (2003). août 2019;59(4S):S117-S121.e2.

16. Bromfield SG, Ngameni C-A, Colantonio LD, Bowling CB, Shimbo D, Reynolds K, et al. Blood Pressure, Antihypertensive Polypharmacy, Frailty, and Risk for Serious Fall Injuries Among Older Treated Adults With Hypertension. *Hypertension*. août 2017;70(2):259- 66.
17. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. mai 2013;75(1):51- 61.
18. Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minerva Med*. août 2014;105(4):275- 81.
19. Monte AA, Anderson P, Hoppe JA, Weinsilboum RM, Vasiliou V, Heard KJ. The Accuracy of Electronic Medical Record Medication Reconciliation in Emergency Department Patients. *J Emerg Med*. juill 2015;49(1):78- 84.
20. Lapostolle F, Goix L, Vianu I, Chanzy E, De Stefano C, Gorlicki J, et al. COVID-19 epidemic in the Seine-Saint-Denis Department of Greater Paris: one month and three waves for a tsunami. *European Journal of Emergency Medicine*. août 2020;27(4):274- 8.
21. Baldi E, Sechi GM, Mare C, Canevari F, Brancaglione A, Primi R, et al. COVID-19 kills at home: the close relationship between the epidemic and the increase of out-of-hospital cardiac arrests. *Eur Heart J* [Internet]. 20 juin 2020 [cité 16 mars 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337787/>
22. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
23. Légat L, Van Laere S, Nyssen M, Steurbaut S, Dupont AG, Cornu P. Clinical Decision Support Systems for Drug Allergy Checking: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 7 sept 2018;20(9):e258.
24. Torda A, Chan V. Antibiotic allergy labels-the impact of taking a clinical history. *Int J Clin Pract*. mars 2018;72(3):e13058.
25. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
26. Seppala LJ, van de Glind EMM, Daams JG, Ploegmakers KJ, de Vries M, Wermelink AMAT, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. *J Am Med Dir Assoc*. avr 2018;19(4):372.e1-372.e8.
27. Zia A, Kamaruzzaman SB, Myint PK, Tan MP. The association of antihypertensives with postural blood pressure and falls among seniors residing in the community: a case-control study. *Eur J Clin Invest*. oct 2015;45(10):1069- 76.
28. Phelan EA, Herbert J, Fahrenbruch C, Stubbs BA, Meischke H. Coordinating Care for Falls via Emergency Responders: A Feasibility Study of a Brief At-Scene Intervention. *Front Public Health* [Internet]. 1 déc 2016 [cité 30 janv 2021];4. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2016.00266/full>
29. Assar ME, Laosa O, Rodríguez Mañas L. Diabetes and frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. janv 2019;22(1):52- 7.
30. Książczyńska D, Szeląg A, Paradowski L. Overuse of proton pump inhibitors. *Pol Arch Med Wewn*. 2015;125(4):289- 98.

31. Savarino V, Marabotto E, Zentilin P, Furnari M, Bodini G, Maria CD, et al. Proton pump inhibitors: use and misuse in the clinical setting. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2 nov 2018;11(11):1123- 34.
32. Vetrano DL, Palmer KM, Galluzzo L, Giampaoli S, Marengoni A, Bernabei R, et al. Hypertension and frailty: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 1 déc 2018;8(12):e024406.
33. O'brien CP. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 2:28- 33.
34. Pfeifer P, Greusing S, Kupferschmidt H, Bartsch C, Reisch T. A comprehensive analysis of attempted and fatal suicide cases involving frequently used psychotropic medications. *Gen Hosp Psychiatry*. avr 2020;63:16- 20.
35. Découvrir Lille-Moulins [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.lille.fr/Lille-Moulins2/Decouvrir-Lille-Moulins>
36. La note n°29, Agressions déclarées par les sapeurs-pompiers volontaires et professionnels en 2017, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, décembre 2018. [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ihemi.fr/sites/default/files/publications/files/2019-12/note_29.pdf
37. Arrêté du 22 août 2019 relatif aux formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.
38. Wai A, Salib M, Aran S, Edwards J, Patanwala AE. Patient completion of self-administered medication history forms in the emergency department. *Australasian Emergency Care*. 1 juin 2019;22(2):103- 6.

Demande d'Autorisation de Soutenance



Faculté de Pharmacie
de Lille

3 rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>



DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : KERR Geoffrey INE : 1602010769D

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 03 09 2021 à 14 h. 00 Amphithéâtre ou salle : CAZIN JOUVET

Engagement de l'étudiant - Charte de non-plagiat

J'atteste sur l'honneur que tout contenu qui n'est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

Signature de l'étudiant :

Avis du directeur de thèse

Nom : TRIVIER Prénom : Jean-Louis

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 30/06/2021
Signature:

GCS - GHICL
HOPITAL SAINT VINCENT DE PAUL
J.M. TRIVIER
99198.H
Pharmacien
Professeur Ag. de Pharmacologie
Boulevard de Belfort - BP 387 - 59020 LILLE Cedex

Avis du président du jury

Nom : ODOU Prénom : Pascal

- Favorable
 Défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 09/08/2021
Signature:

Décision du Doyen

- Favorable
 Défavorable



Le Doyen

B. DÉCAUDIN

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/ 2018

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2020/2021

Nom : Kerr

Prénom : Geoffrey

Titre de la thèse :

Analyse du recueil des traitements médicamenteux transmis par les Sapeurs-Pompiers au service d'urgence de l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Lille via les fiches bilan des premiers secours : un exemple concret du lien entre les différents acteurs de santé

Mots-clés :

Recueil médicamenteux, lien ville-hôpital, conciliation médicamenteuse, secours à personne, service d'incendie et de secours, urgence médicale, pharmacie clinique

Résumé :

La fiche bilan des premiers secours est un document transmis aux établissements de santé lors de l'accueil de victimes prises en charges par les sapeurs-pompiers. Ce document permet la transmission d'informations entre les primo-intervenants et le personnel médical, notamment celles relatives à l'historique médicamenteux de la victime.

Ce travail a donc porté sur l'étude de la concordance du bilan médicamenteux relevé par les sapeurs-pompiers du SDIS Nord en pré-hospitalier, lors de l'abordage de la victime, et celui réalisé par le service d'urgence de l'hôpital Saint Vincent de Paul, lors de l'accueil hospitalier de la victime.

Les données médicamenteuses ont été relevées de manière quantitative et qualitative, ainsi que tous les éléments relatifs à la prise en charge médicamenteuse des patients, dans le but de définir des axes d'optimisation du recueil médicamenteux.

La finalité du travail étant de permettre une amélioration de certains aspects de la prise en charge des patients, notamment via un resserrement des liens ville-hôpital.

Membres du jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pascal Odou, Pharmacien, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie de Lille, Centre Hospitalier Universitaire de Lille

Directeur de mémoire :

Monsieur le Professeur Jean Marc Trivier, Pharmacien des Hôpitaux, Professeur Agrégé de Pharmacologie, Faculté de Médecine et de Maïeutique - Université Catholique de Lille, GCS GHICL Hôpital Saint Vincent de Paul

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Etienne Brochot, Pharmacien, Maître de conférence des Universités – Praticien Hospitalier, Faculté de Pharmacie d'Amiens, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Madame le Docteur Emmanuelle Alavoine, Pharmacien Colonelle, Service Départemental d'Incendie et de Secours du Nord, Groupement Pharmacie