



HAL
open science

Pharmacien et premiers soins à l'officine

Albert Tallier

► **To cite this version:**

Albert Tallier. Pharmacien et premiers soins à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03929943

HAL Id: dumas-03929943

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03929943v1>

Submitted on 9 Jan 2023

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

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

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Pharmacien et premiers soins à l'officine

**Présentée par
Albert TALLIER**

**Soutenu publiquement le 10 juin 2022
devant le jury composé de**

Pr Michel BOULOUARD	Docteur en pharmacie et Enseignant Chercheur à l'UFR Santé de Caen	Président du jury
Dr Patrick SEDILLO	Docteur en pharmacie	Directeur de thèse
Dr Pierre-Nicolas BOVALIS	Docteur en pharmacie	Examinateur

Thèse dirigée par Dr Patrick SEDILLO

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directrice de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Assesseurs

Professeur MALZERT-FREON Aurélie
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe

Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
DUBOST Emmanuelle	Chimie organique
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale
GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique

KIEFFER Charline	Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – HDR	Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine	Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR	Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR	Toxicologie
LEGER Marianne	Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR	Modélisation moléculaire
N'DIAYE Monique	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni	Physiologie, Pharmacologie
POTTIER Ivannah	Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme	Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SAINT-LORANT Guillaume (Praticien hospitalier)	Pharmacie clinique
SINCE Marc– HDR	Chimie analytique
THEAULT BRYERE Joséphine	Biostatistiques
VILLEDIEU Marie – HDR	Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie.....Anglais

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SEDILLO Patrick.....Pharmacie officinale

SEGONZAC Virginie.....Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Remerciements

Au Pr Michel BOULOUARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider au jury de cette thèse. Je vous suis reconnaissant du temps que vous m'avez consacré et de l'intérêt porté à mon sujet.

Au Dr Patrick SEDILLO,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous sais gré de votre implication, votre aide précieuse et les conseils que vous m'avez prodigués tout au long de ce travail et lors de la relecture.

Au Dr Pierre-Nicolas BOVALIS,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury. J'ai déjà beaucoup appris à vos côtés et j'espère pouvoir encore tirer profit de votre expérience pour la suite.

Au Dr Gwendoline FOUCHER, épouse TALLIER,

Mon amie, ma confidente, ma femme, pour son soutien indéfectible, la joie d'être à ses côtés au quotidien et la patience dont elle fait preuve chaque jour à mon égard. Je me sens privilégié de t'avoir auprès de moi en chaque instant.

A Salamèche,

Née pendant la rédaction de ce document, elle ne m'aura pas beaucoup aidé dans la rédaction mais je ne l'en aime pas moins.

A Carapuce,

Qui grandit chaque jour un peu plus, et que j'ai, définitivement, hâte de rencontrer.

A Spoppy,

Pour les bols d'air, frais le plus souvent, que nos expéditions me procurent. Un bienfait appréciable pour reprendre l'écriture avec un œil neuf et une attention renouvelée.

A mes parents,

Qui m'ont toujours poussé à donner le meilleur de moi-même et soutenu dans les moments difficiles. Je ne serai pas devenu grand-chose sans eux et si quelqu'un peut un jour être fier de moi, ce sera bien à eux que je le devrai.

A mon frère,

Pour son aide précieuse et les documents inédits qu'il m'a mis à disposition. Il m'a sauvé lorsque j'en avais le plus besoin, déformation professionnelle de sa part je suppose...

A mes sœurs,

A qui je donne peu de nouvelles mais auxquelles je pense fréquemment.

A De la Verhaeghe,

Qui malgré un choix de filière différent et une distance géographique non négligeable a toujours su rester proche et disponible. Son écoute active, une de ses innombrables qualités, m'a été précieuse dans la rédaction. Un grand merci pour ton aide, mon frère.

A Claire et Quentin,

Amis, voisins, membres de la famille : que dire de plus ? Je suis heureux de les connaître et fier de les compter parmi mes proches.

A tous les Bizuths,

Pour m'avoir supporté jusque-là. Tout ce temps, ils m'auront beaucoup entendu en parler et peu vu la travailler. Cela aura été long mais je vais enfin pouvoir leur parler d'autre chose, tant pis pour le gag de répétition.

A l'ensemble de l'équipe de la pharmacie de Lébisey,

Pour le soutien moral et les encouragements au cours de toute la phase de rédaction.

A mes amis,

Et toutes les personnes que je n'ai pas la place de citer, pour votre présence et votre soutien : merci.

Sommaire

Introduction	11
I Pharmacie poste privilégié de premiers secours et de premiers soins	12
I.1 Pharmacien, premiers soins : définitions.....	12
I.1.1 Pharmacien d'officine	12
I.1.2 Premiers secours et premiers soins	13
I.2 Règlementation : le pharmacien et les premiers soins.....	14
I.2.1 Textes en faveur de l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins	14
I.2.1.1 Code de la Santé Publique.....	14
I.2.1.2 Code de déontologie des pharmaciens	14
I.2.1.3 La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009 n°2009-879 (loi HPST)...	15
I.2.2 Textes en défaveur d'une abstention d'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins	16
I.2.2.1 L'obligation d'assistance.....	16
I.2.2.2 La connaissance des gestes de premiers secours	17
I.2.3 Les limites de l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins	17
I.2.3.1 L'exercice illégal de la médecine	17
I.2.3.2 Décès évident	18
I.2.3.3 Cas du refus de soins	18
I.3 Une officine organisée et agencée pour un accueil optimisé du patient	18
I.3.1 Un aménagement des locaux adapté à la confidentialité et à l'urgence.....	19
I.3.2 Le matériel des premiers soins	19
I.3.2.1 L'armoire des premiers soins à l'officine.....	20
I.3.2.2 La trousse de secours	20
I.3.2.3 Choix de l'antiseptique	21
I.3.2.4 Choix du pansement.....	24
I.3.3 Un mot sur l'hygiène	27
I.3.4 Élimination des déchets issus des soins	29
II Les premiers soins à l'officine	30

II.1	Notions de secourisme à l'officine : pronostic vital engagé	30
II.1.1	Protéger.....	32
II.1.2	Alerter.....	32
II.1.3	Secourir	33
II.1.3.1	La victime s'étouffe	34
II.1.3.2	La victime saigne abondamment.....	35
II.1.3.2.A	Hémorragie externe cas général	36
II.1.3.2.B	Cas particulier de la section d'un membre	37
II.1.3.2.C	Accident d'Exposition au Sang	39
II.1.3.3	La victime est inconsciente et respire	40
II.1.3.3.A	Inconscience cas général.....	40
II.1.3.3.B	Cas particulier de la crise convulsive généralisée	42
II.1.3.4	La victime est inconsciente et ne respire pas.....	43
II.2	Malaises.....	47
II.2.1	Malaises, conduite générale à tenir	48
II.2.2	Cas particulier du malaise vagal	49
II.2.2.1	Caractéristiques du malaise vagal	49
II.2.2.2	Prise en charge du malaise vagal.....	50
II.2.3	Cas particulier du malaise hypoglycémique.....	50
II.2.3.1	Caractéristiques du malaise hypoglycémique	50
II.2.3.2	Prise en charge du malaise hypoglycémique	51
II.2.3.2.A	Patient sans pathologies particulières connues du secouriste.....	51
II.2.3.2.B	Patient diabétique.....	51
II.3	Plaies	52
II.3.1	Généralités sur les plaies.....	52
II.3.1.1	Les différents types de plaies	52
II.3.1.2	Gravité de la plaie.....	53
II.3.1.3	Signes d'infection d'une plaie.....	53
II.3.2	Plaie externe ouverte simple cas général	54

II.3.2.1	Protection du sauveteur	54
II.3.2.2	Nettoyage de la plaie	54
II.3.2.3	Antisepsie de la plaie	54
II.3.2.4	Protection de la plaie	55
II.3.3	Soins d'attente face à une plaie grave	55
II.3.3.1	Plaie thoracique	56
II.3.3.2	Plaie abdominale	56
II.3.3.3	Plaie oculaire	57
II.3.3.4	Plaie avec corps étranger	57
II.3.3.4.A	Types de corps étrangers	57
II.3.3.4.B	Évacuation d'une victime avec un corps étranger non amovible	58
II.3.3.5	Plaie de la main et des doigts	58
II.3.4	Plaie simple fermée : ecchymose, hématome	59
II.3.4.1	Définitions des hématomes et ecchymoses	59
II.3.4.2	Prise en charge des hématomes et ecchymoses	59
II.3.5	Cas particulier du traumatisme dentaire : délogement d'une dent	60
II.3.6	Cas particulier d'une hémorragie interne extériorisée simple : l'épistaxis	60
II.3.7	Plaie par morsure ou griffure	61
II.4	Brûlures	61
II.4.1	Généralités sur les brûlures	61
II.4.1.1	Caractéristiques de la brûlure	61
II.4.1.1.A	Aspect de la brûlure	62
II.4.1.1.B	Étendue de la brûlure	62
II.4.1.1.C	Localisation de la brûlure	64
II.4.1.2	Évaluation de la gravité de la brûlure	64
II.4.1.3	Complications et conséquences d'une brûlure	65
II.4.2	Brûlure externe simple cas général	65
II.4.2.1	Déshabillage de la victime	65
II.4.2.2	Refroidissement de la partie brûlée	66

II.4.2.3	Protection de la brûlure	66
II.4.3	Soins d'attente face à une brûlure grave	67
II.5	Traumatisme des membres	68
II.5.1	Caractéristiques des traumatismes des membres	68
II.5.1.1	Définition des traumatismes des membres	68
II.5.1.2	Types des traumatismes des membres	68
II.5.1.3	Complications des traumatismes des membres	69
II.5.2	Traumatisme des membres cas général	69
II.5.3	Cas particulier de l'entorse	70
II.5.3.1	Caractéristiques de l'entorse.....	70
II.5.3.2	Prise en charge de l'entorse	70
II.5.4	Soins d'attente devant un traumatisme grave	71
II.6	Piqûres, morsures et envenimations	71
II.6.1	Agressions par animaux terrestres.....	71
II.6.1.1	Morsures et griffures de mammifères	72
II.6.1.1.A	Cas général des morsures et griffures de mammifères	72
II.6.1.1.B	Cas particulier d'une complication des morsures de mammifère : la rage	72
II.6.1.1.C	Autres complications des morsures et griffures de mammifères.....	73
II.6.1.2	Morsures de serpents.....	73
II.6.1.2.A	Indentification du serpent responsable de la morsure.....	73
II.6.1.2.B	Caractéristiques d'une morsure de serpent	74
II.6.1.2.C	Prise en charge d'une morsure de serpent.....	75
II.6.1.3	Morsures de tiques.....	76
II.6.1.3.A	Reconnaître une tique.....	76
II.6.1.3.B	Caractéristiques d'une morsure de tique	76
II.6.1.3.C	Prise en charge d'une morsure de tique	77
II.6.1.3.D	Complications d'une morsure de tique.....	78
II.6.1.4	Piqûres d'hyménoptères	78
II.6.1.4.A	Reconnaître les hyménoptères	78

II.6.1.4.B	Caractéristiques de la piqûre d’hyménoptère	79
II.6.1.4.C	Piqûre d’hyménoptère cas général	80
II.6.1.4.D	Cas particulier du retrait du dard après une piqûre d’abeille	80
II.6.1.5	Quelques autres cas de piqûres et morsures d’arthropodes	81
II.6.1.5.A	Piqûre de moustique	81
II.6.1.5.B	Piqûre de taon	81
II.6.2	Agressions par animaux marins	82
II.6.2.1	Piqûres de vives et de rascasses	82
II.6.2.2	Piqûres de méduses et physalies	83
II.6.2.2.A	Reconnaître une méduse et une physalie	83
II.6.2.2.B	Piqûre de méduse	84
II.6.2.2.C	Piqûre de physalie	84
II.6.2.2.D	Prise en charge des piqûres de méduse et de physalie	85
III	La démarche qualité et les premiers soins	86
III.1	Présentation de la démarche qualité	86
III.2	Une valeur ajoutée renforcée par la formation	86
III.3	Les documents qualité préexistants pour les premières urgences	87
III.3.1	Présentation des organismes à l’origine des documents	87
III.3.1.1	Pharma système qualité®	87
III.3.1.2	Haut Comité Qualité Officine	87
III.3.2	Les différents types de documents disponibles	88
III.3.2.1	Tableaux de traçabilité des interventions	88
III.3.2.2	Les listes pour les trousse de premiers soins et d’urgence	89
III.4	Proposition d’une nouvelle fiche de traçabilité des interventions	89
III.4.1	Détails des informations que doit contenir la fiche	89
III.4.1.1	Tracer l’identité	89
III.4.1.2	Identifier la situation	90
III.4.1.3	Lister les soins réalisés	90
III.4.1.4	Pouvoir décrire les détails de l’intervention	90

III.4.1.5	Un encart dédié au refus de soins	91
III.4.2	Proposition de fiche individuelle de traçabilité	91
III.4.2.1	Ergonomie de la fiche	91
III.4.2.2	La fiche individuelle de traçabilité des interventions.....	91

Liste des abréviations

CSP : Code de la Santé Publique

HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

DP : Dossier Pharmaceutique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes de Premiers Secours

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

PLS : Position Latérale de Sécurité

AFNOR : Association Française de NORmalisation

HAS : Haute Autorité de Santé

CMC : CarboxyMéthylCellulose

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DAS : Déchets issus de l'Activité de Soins

P.A.S. : Protéger, Alerter, Secourir

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SNSM : Société Nationale des Sauveteurs en Mer

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

AES : Accident d'Exposition au Sang

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

DAE : Défibrillateur Automatisé Externe

ERP : Espaces Recevant du Public

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

GREC (protocole) : Glace, Repos, Élévation du membre et Compression de l'entorse

NAC : Nouveaux Animaux de Compagnie

CiTIQUE (programme) : des Citoyens et des TIQUEs

DQO : Démarche Qualité à l'Officine

PSC : Prévention et Secours Civiques

Liste des Figures

Figure 1 : Les 5 indications de l'hygiène des mains selon l'OMS	28
Figure 2 : Mémo tri des déchets d'activité de soins à destination des professionnels de santé	29
Figure 3 : Logigramme P.A.S.	31
Figure 4 : Détail du logigramme : Secourir.....	33
Figure 5 : Claques dans le dos	35
Figure 6 : Manœuvre de Heimlich.....	35
Figure 7 : Pose d'un garrot à la cuisse.....	39
Figure 8 : Position Latérale de Sécurité	42
Figure 9 : Position à adopter pour les compressions thoraciques.....	45
Figure 10 : Exemple de DAE	46
Figure 11 : Table de LUND-BROWDER	63
Figure 12 : Critères de reconnaissance des serpents en France métropolitaine.....	74
Figure 13 : Succession des différents stades des tiques	76
Figure 14 : Tique implantée dans la peau	77
Figure 15 : Reconnaître les différents hyménoptères	79
Figure 16 : Méduse échouée sur la plage	83
Figure 17 : Pélagie	83
Figure 18 : Physalie	84
Figure 19 : Proposition de fiche individuelle de traçabilité RECTO	92
Figure 20 : Proposition de fiche individuelle de traçabilité VERSO	93

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Spectre d'activité des antiseptiques	14
Tableau 2 : Antiseptiques d'utilisation courante : effets indésirables, contre- indications, précautions d'emploi et incompatibilités	23
Tableau 3 : Utilisation des différents types de pansements.....	26
Tableau 4 : Règle des 9 de WALLACE	63
Tableau 5 : Gradation clinique des morsures et envenimations vipérines	75

Liste des Annexes

Annexe 1 : Conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang	100
Annexe 2 : Brochure de Signalement Tique : procédure de déclaration d'une morsure de tique	101
Annexe 3 : Pharma Système Qualité, tableau de suivi des interventions	102
Annexe 4 : Démarche Qualité Officine, tableau de suivi des interventions	103
Annexe 5 : Pharma Système Qualité, liste du matériel de premiers secours.....	104
Annexe 6 : Démarche Qualité Officine, liste du matériel de premiers secours.....	105

Introduction

Les services fournis quotidiennement par le pharmacien d'officine en dehors de son activité habituelle de dispensation sont nombreux parmi lesquels nous retrouvons : les conseils thérapeutiques sur des pathologies courantes, l'information et la prévention auprès du public, l'éducation thérapeutique des patients et la participation active dans la lutte contre les addictions. En tant qu'acteur de santé proche et disponible, le pharmacien est aussi sollicité pour répondre à l'urgence ou plus généralement apporter une assistance, un soutien, des conseils pour prendre en charge des situations auxquelles les patients peuvent peiner à faire face seuls.

Si les situations auxquelles le pharmacien est confronté sont variées tant par la nature des accidents que par les circonstances de survenue de ceux-ci, la majorité des interventions en officine concerne des pathologies ayant un caractère bénin. Il peut aussi bien s'agir de désinfecter une plaie, que de stopper une hémorragie, soigner une brûlure, ou bien simplement installer une personne victime d'un malaise dans la position adéquate... Mais le risque d'être un jour confronté à une urgence absolue, où le pronostic vital de la victime est engagé, est pourtant bien réel. Il convient, face à cette éventualité, de se préparer en amont afin de pouvoir alors réagir de la manière la plus adaptée possible.

Savoir secourir, quel que soit le degré d'urgence ; ce n'est pas seulement connaître les gestes et les techniques de secours et y être entraîné ; c'est aussi prendre appui sur une démarche simple et cohérente lors de l'abord de la situation d'urgence. Il va falloir faire preuve d'observation et adapter l'action aux conditions et à chaque situation d'urgence : s'aménager un temps de réflexion dans l'action. La compétence dans cette activité occasionnelle nécessite donc un jugement, des réflexes et une démarche efficaces, c'est pourquoi nous proposons de rappeler dans cette thèse la démarche que le pharmacien, et plus largement tout membre de l'équipe officinale, devra adopter face à une urgence ou à une demande de premiers soins.

Afin de présenter au mieux l'ensemble du sujet des premiers soins à l'officine nous proposons le déroulé suivant :

Dans un premier temps, nous aborderons le cadre réglementaire qui encadre cet aspect de la profession du pharmacien ainsi que le matériel nécessaire à sa mise en œuvre.

Dans un deuxième temps, nous verrons tour à tour les différentes situations d'urgence, relative comme absolue, pouvant se présenter à l'officine et les manières de remédier à chacune d'entre elles.

Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous parlerons de ce que la démarche qualité peut apporter, en termes de plus-value, au pharmacien pour la traçabilité et le suivi des soins pratiqués.

I Pharmacie poste privilégié de premiers secours et de premiers soins

La pharmacie d'officine représente un lieu d'accueil idéal pour toute personne à la recherche de premiers soins. Ceci, de par :

- La répartition géographique : dissémination des pharmacies d'officine sur l'ensemble du territoire.
- La signalisation par une croix verte : la rend facilement identifiable.
- La facilité d'accès : pas de rendez-vous et large amplitude horaire.
- La présence permanente d'une équipe de professionnels de santé : qualifiés, compétents et disponibles.

La pharmacie est d'ailleurs reconnue par le grand public comme un lieu de premiers secours en cas d'urgence et constitue un véritable poste avancé de santé publique(1).

Ce rôle est encadré par un certain nombre de textes de lois, principalement : le Code de déontologie, le Code de la Santé Publique (CSP) et la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) qui définissent la position du pharmacien d'officine dans le cadre des premiers soins.

L'ensemble de ces textes définissent l'obligation d'assistance du pharmacien, aussi bien en tant que professionnel de santé qu'en tant que citoyen. Nous allons en brosser, ci-après, un bref rappel.

I.1 Pharmacien, premiers soins : définitions

Avant toute chose, il convient de poser les bases de notre sujet en en définissant, ci-après, les termes principaux.

I.1.1 Pharmacien d'officine

Dans sa définition du métier, l'ordre national des pharmaciens liste les missions du pharmacien d'officine comme suit :

- Assure la dispensation et le bon usage du médicament à usage humain et vétérinaire.
- S'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient.
- Propose au patient un suivi pharmaceutique (suivi de l'observance, des effets des traitements, de la pharmacovigilance).
- Alimente le Dossier Pharmaceutique (DP) du patient pour mieux sécuriser la dispensation des médicaments et améliorer la coordination entre les professionnels de santé.
- Contribue avec les autres professionnels de santé à un accompagnement personnalisé du patient (éducation thérapeutique du patient (ETP), etc.) ; collaboration avec le milieu hospitalier dans le cadre de la conciliation pharmaceutique.
- Réalise des préparations magistrales et officinales.
- Répond aux attentes du public en matière de santé : disponible sans rendez-vous, il joue un rôle majeur dans les soins de premier recours (conseil pharmaceutique et/ou orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire).

- Participe aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage ; intègre ainsi dans son quotidien les nouvelles missions telles que la vaccination antigrippale (et plus récemment contre le coronavirus responsable de la Covid-19).
- Contribue aux dispositifs de sécurité sanitaire (pharmacovigilance, matériovigilance, alertes sanitaires, retraits de lots...).
- Coopère avec les autres professionnels de santé au sein des réseaux de santé, des communautés professionnelles territoriales de Santé, Maisons de Santé Pluridisciplinaires, des établissements pour personnes âgées, etc.
- Peut réaliser sous certaines conditions des adaptations de posologie et des renouvellements de traitement.
- Contribue à la continuité de l'accès au médicament 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ; et participe ainsi à la permanence des soins.
- Participe à la protection de la santé publique et de l'environnement en collectant les médicaments non utilisés rapportés par les patients et certains déchets d'activité de soins à risque infectieux(2).

Nous pouvons constater que les premiers soins ne sont pas listés parmi les missions du pharmacien. Il faudra donc chercher plus loin dans les textes juridiques pour trouver les limites du champ d'action du pharmacien au sujet des premiers soins.

I.1.2 Premiers secours et premiers soins

Premiers secours et premiers soins : quelle différence ? Les deux notions se retrouvent et s'entremêlent dans le langage courant. Nous ferons ici la différence entre les deux :

- **Premiers secours** : ensemble des actions et gestes qui vont permettre de prendre en charge une personne victime d'un accident et dont le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. Le but va être de secourir la personne, il y a une véritable notion d'urgence dans les premiers secours.
- **Premiers soins** : ensemble des actions et gestes qui vont permettre de prendre en charge une urgence dont le pronostic vital ne sera pas engagé, du moins dans l'instant.

Les deux notions sont relativement proches mais vont se distinguer par une gradation dans l'urgence. « L'urgence est une situation non prévue, de survenue brutale et demandant une réponse rapide »(3) Il faut donc distinguer « l'urgence absolue », qui correspond à une situation où le pronostic vital est engagé, de « l'urgence relative » qui peut attendre (quoiqu'elle puisse évoluer par la suite vers une urgence absolue).

Nous parlerons ainsi de premier secours lorsque le pronostic vital du patient sera engagé ; le pharmacien tiendra alors davantage le rôle de secouriste. Tandis que, dans le cadre des premiers soins, le pharmacien pourra prendre plus de temps dans sa réflexion et sa démarche puisque nous serons dans le cadre d'une urgence relative.

Aussi, pour résumer : les premiers secours seront à prodiguer en cas d'urgence absolue tandis que les premiers soins s'appliqueront aux urgences relatives.

I.2 Règlementation : le pharmacien et les premiers soins

Après ces quelques définitions, nous allons nous pencher sur les différents textes qui encadrent l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins. Comme nous allons le voir, aucun texte ne traite directement des premiers soins aussi nous allons aborder le sujet sous plusieurs angles : les articles en faveur de l'intervention du pharmacien, en défaveur de son abstention d'intervention (double négatif) et les articles qui posent les limites de l'intervention.

I.2.1 Textes en faveur de l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins

La pratique du pharmacien est encadrée par un certain nombre de textes fondamentaux. Ces derniers vont légitimer l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins.

I.2.1.1 Code de la Santé Publique

Le CSP a été créé en 1953. Des modifications et mises à jour viennent l'enrichir régulièrement depuis sa sortie. Il regroupe l'ensemble des articles de loi relatifs à la santé des patients au sein de notre société. Ces articles traitent de tous les aspects de la santé, du professionnel à l'organisationnel, ils forment le socle légal du système de santé en France(4).

Le CSP se compose d'une partie législative et d'une partie réglementaire. La partie législative représente les règles générales qui sont définies par les lois et la partie réglementaire en est un approfondissement de ces dernières dans le cadre d'un domaine précis. Ces deux parties sont chacune subdivisées, dans l'ordre décroissant ; en livres, titres, chapitres, sections, sous sections, articles.

Nous nous intéresserons ici aux articles se rapportant directement aux pharmaciens soit : la Quatrième partie : « professions de santé » et plus précisément, Livre II : « professions de la Pharmacie ».

Et plus particulièrement encore, nous y retrouvons l'article qui fonde la légitimité du code de déontologie des pharmaciens dont nous allons parler ci-après :

Article L4235-1 (Version en vigueur depuis le 22 juin 2000) : « Un code de déontologie, préparé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État.

Ce code fixe notamment, en ce qui concerne les fonctionnaires exerçant la pharmacie, les relations entre les administrations dont ils dépendent et les conseils de l'ordre, au point de vue disciplinaire ».(5)

I.2.1.2 Code de déontologie des pharmaciens

La première édition du code de déontologie des pharmaciens fut publiée en 1963. Il s'agit du recueil des articles, issus du CSP, qui encadrent la pratique professionnelle du pharmacien et vont pouvoir le guider dans son exercice. Ce code est applicable à l'ensemble des pharmaciens inscrit dans les différentes sections du tableau de l'Ordre, ainsi qu'aux étudiants autorisés à effectuer des

remplacements. Ceci bien que certains articles traitent de spécificités inhérentes à chaque domaine d'exercice (biologie, grossiste, officine...).

Dans sa dernière version(6), nous pouvons ainsi noter les articles suivants :

- « Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure. ». **Art. R. 4235-7.**
- « Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances ». **Art. R. 4235-11.**
- « L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même. » **Art. R. 4235-13.**
- « Chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié. » **Art R. 4235-62.**
- « Le pharmacien doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer. » **Art R4235-63.**

Chacun de ces articles peut être rapproché de la notion de premiers soins mais aucun n'en traite directement, seul y est évoqué le cas de « danger immédiat ». Ici, la notion d'immédiat est à prendre dans son sens premier(7), c'est-à-dire : « sans intermédiaire » (et n'est donc pas synonyme de « instantané »). Un « danger immédiat » est donc davantage un « risque direct » pour le patient et peut donc largement englober la « bobologie » dans sa définition, ne serait-ce que par les risques de complications que l'absence de soins peut entraîner.

I.2.1.3 La loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire du 21 juillet 2009 n°2009-879 (loi HPST)

La loi HPST a été promulguée en 2009(8). Les missions officielles du pharmacien étaient, jusque-là, essentiellement consacrées à la délivrance des ordonnances et la dispensation de médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi qu'à l'exécution de préparations magistrales et officinales.

Les pharmacies d'officines sont, par cette loi, placées au cœur du système de santé tout entier et dans l'offre de soins globale. Ceci notamment par une participation active du pharmacien : aux soins de premiers recours, au service public de permanence de soins, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. Le pharmacien d'officine peut également, par cette loi, assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement médico-social. Il peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient. Cette loi a permis d'élargir et valoriser les compétences du pharmacien d'officine, notamment du point de vue des missions de santé publique(9). La loi HPST officialise le rôle du pharmacien comme professionnel de santé accessible dans la chaîne des premiers soins. Le pharmacien d'officine voit alors le nombre de ses missions s'élargir et se positionne ainsi comme acteur de premier plan dans la coordination des soins, en partenariat avec les autres professionnels de santé.

Parmi les articles, nous pouvons citer l'**article L. 1411-11** du CSP(10), ajouté au CSP suite à la loi HPST, correspondant aux soins de proximité. L'objectif ici est de définir une offre de soins de « première ligne » ambulatoire organisée, efficace et accessible.

Ces soins comprennent :

- La prévention : conseils brefs, promotion de la vaccination, participation aux campagnes nationales...
- Le dépistage : organisé (cancers du sein, colon) et individuel (Test Rapide d'Orientation Diagnostique : TROD).
- La prise en charge des symptômes courants : douleur, fièvre, fatigue...
- Le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques, à travers l'ETP, le maintien à domicile
- La dispensation de médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique associé à la délivrance.
- L'orientation dans le système de soins.
- La continuité et la permanence des soins.

Le phénomène de désertification médicale rend toujours plus difficile l'accès aux soins auprès, entre autres, du médecin généraliste. Afin de décharger les salles d'attentes des médecins généralistes, le législateur a décidé via la loi HPST de confier de manière officielle plus de missions au pharmacien d'officine, dont les premiers soins. Ce dernier a une excellente connaissance du système de santé, de par ses études (stages hospitaliers, officinaux...) et ses contacts (appels au médecin, spécialistes, hôpitaux et cliniques...), il peut de ce fait aisément aider et orienter les patients dans le système de santé.

Les premiers soins rentrent dans le cadre des premiers recours. En effet, la prise en charge des plaies et autres traumatismes coche plusieurs des cases : la dispensation des médicaments, le conseil pharmaceutique, la prise en charge des symptômes courants, la prévention et l'orientation dans le système de soins. Les premiers soins sont, en somme, la synthèse de tous les thèmes regroupés sous le terme « premier recours ».

I.2.2 Textes en défaveur d'une abstention d'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins

L'officine représente un poste de premier secours permanent. Le pharmacien, en tant que citoyen et professionnel de santé, devra y prodiguer les premiers soins dans la limite de ses capacités et connaissances. Il s'agit d'un véritable devoir d'assistance et tout manquement est passible de sanctions au même titre que tous les citoyens.

I.2.2.1 L'obligation d'assistance

Le pharmacien, comme les autres membres de l'équipe officinale, est avant tout un citoyen. Il est donc tenu de se conformer à l'**article 223-6 alinéa 2** du Code pénal qui exige que l'on porte secours à toute

personne en péril(11). Cette obligation s'applique à tous les niveaux : dans le cadre de la vie privée mais également dans l'activité professionnelle.

La non-assistance à personne en péril est un délit. Elle engage la responsabilité pénale individuelle de l'auteur et peut être invoquée dans deux différents cas de figure :

- Soit par abstention volontaire d'empêcher un crime ou un délit visant l'intégrité corporelle de la victime par son action immédiate.
- Soit par abstention volontaire de porter secours.

L'abstention doit être volontaire, et la non-assistance à personne en péril ne pourra être invoquée si l'abstention résulte d'un cas de force majeure ou si le fait de porter secours présente un risque sérieux menaçant la santé, l'intégrité corporelle ou la vie de l'intervenant ou d'un tiers.

Le fait d'être un professionnel de santé peut être considéré comme une circonstance aggravante en cas de délit de non-assistance à personne en péril, et constitue en outre une faute professionnelle engageant la responsabilité disciplinaire du pharmacien en tort.

Dans le cas d'un patient blessé se présentant à l'officine, le pharmacien devra évaluer la gravité des lésions, à l'aide de ses connaissances, et devra ensuite si nécessaire mettre en œuvre le mode d'assistance adapté aux circonstances.

I.2.2.2 La connaissance des gestes de premiers secours

En 2006, a été créée l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU)(12). Cette formation est divisée en 2 niveaux et l'obtention de ceux-ci est obligatoire pour tous les étudiants en pharmacie avant la fin de leur deuxième cycle (soit la 5^e année pour la filière officinale). Cette formation a donc été intégrée au cursus.

L'AFGSU a une durée de validité de 4 ans, il est possible dans cette période de suivre une formation dite de « recyclage » d'une durée de 7H pour renouveler de 4 ans la qualification. Passé ce délai, il faudra suivre à nouveau l'intégralité des modules : soit 35H de formation(13).

Le pharmacien, de par ce cursus, est également secouriste. Il ne pourra et ne devra donc pas s'abstenir d'intervenir face à une personne en danger.

I.2.3 Les limites de l'intervention du pharmacien dans le cadre des premiers soins

I.2.3.1 L'exercice illégal de la médecine

Dans le cadre des premiers secours, le pharmacien doit éviter tout acte pouvant être considéré comme un exercice illégal de la médecine, délit défini par l'**article L4161-1** du CSP(14).

Ce problème peut être aisément évité car il s'agit d'une infraction d'habitude, c'est-à-dire constituée d'actes répétés, ce qui exclut normalement son application aux interventions occasionnelles qu'implique le respect de l'**article 223-6** du code pénal, comme nous l'avons vu.

En outre, les gestes de premiers secours que le pharmacien peut être amené à pratiquer ne constituent pas des actes médicaux mais des gestes de base ou de survie également enseignés au grand public.

Ainsi, lors du bilan d'une victime, le pharmacien ne fera qu'observer l'état des fonctions vitales et effectuer les premiers soins.

Dans le cadre d'une urgence, l'administration d'un médicament, même inscrit sur une liste de substances vénéneuses, est possible après avis du médecin régulateur du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente). En effet, les instructions orales de ce dernier tiendront lieu d'ordonnance en application de l'**article R5132-6** du CSP(15).

Le pharmacien pourra également être sollicité par le médecin régulateur pour effectuer des gestes médicaux ou paramédicaux, qu'il pourra accepter de réaliser s'il s'en sent capable (texte de référence : **article 122-7** du code pénal(16)). Ainsi, les injections d'urgence à la demande ou avec l'accord du SAMU sont laissés au libre arbitre du pharmacien, qui conserve la possibilité de pratiquer cet acte médical qui ne fait pas partie de l'enseignement pharmaceutique, sans craindre d'éventuelles poursuites. Il ne pourra pas non plus être poursuivi s'il effectue des injections dans ce cadre précis qu'est l'urgence.

Ainsi, le pharmacien devra s'abstenir d'ouvrir un dispensaire pour effectuer les premiers soins mais pourra tout de même intervenir de manière ponctuelle sans être pénalisable.

I.2.3.2 Décès évident

Cela peut sembler tomber sous le sens mais aucun geste de secours, ni aucune réanimation, ne sera à réaliser lorsque le décès est « évident », c'est-à-dire en cas :

- D'atteinte majeure de la boîte crânienne : décapitation ; écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau.
- De raideur et lividité cadavériques ; de décomposition évidente des tissus(17).

Dans tous les autres cas, le médecin est responsable de prononcer le décès, aussi les gestes de secours devront alors être entrepris (sauf indication contraire d'un médecin sur place).

I.2.3.3 Cas du refus de soins

Un refus de soins de la part de la victime est possible si la situation ne présente pas de « risque vital immédiat » pour ladite victime, comme l'indique l'**article L1111-4** du CSP(18).

La transcription de ce refus par le pharmacien est alors capitale pour éviter tout litige par la suite comme nous serons amenés à le voir plus tard dans la partie traitant de la démarche qualité (*cf. infra* : refus de soins).

I.3 Une officine organisée et agencée pour un accueil optimisé du patient

Lorsqu'un patient blessé se présente à l'officine, il faut pouvoir être réactif et le prendre en charge rapidement. Il est donc indispensable d'avoir organisé au préalable le nécessaire pour une intervention rapide et efficace.

Cela implique de disposer de locaux appropriés avec un espace de confidentialité et de matériel de premiers soins prêt à l'emploi. Nous nous proposons ci-après de dresser la liste des produits

nécessaires pour réaliser une armoire et trousse de soins avec un point d'attention tout particulier sur le choix de l'antiseptique et des pansements.

I.3.1 Un aménagement des locaux adapté à la confidentialité et à l'urgence

Dans ses recommandations pour l'aménagement des locaux à l'officine, l'ordre des pharmaciens rappelle qu'aucun texte ne prévoit expressément et donc n'encadre la mise en place d'un local dédié aux soins urgents(19). Il est toutefois vivement conseiller d'en prévoir un.

La prise en charge d'une personne blessée et la réalisation des premiers soins doit pouvoir se faire à l'abri des tiers. L'agencement de la pharmacie doit donc faire en sorte qu'il existe une zone de confidentialité, isolée phonétiquement et visuellement de l'espace de vente. Cela peut correspondre au local ou à l'espace dédié à l'orthopédie.

Elle doit se trouver à proximité de l'espace client, au même niveau (pas à l'étage), avec un parcours simple et un passage de largeur suffisante pour faciliter l'accès aux fauteuils roulants et poussettes.

La zone de confidentialité doit, dans l'idéal, comprendre :

- Un siège ou une table d'examen ; que le patient puisse être assis ou allongé selon les cas.
- Un point d'eau avec du savon et des essuie-mains en papier à proximité est souhaitable.
- Une « armoire de premiers soins » dédiée à cet usage strict : le matériel nécessaire devant être à disposition afin d'éviter de laisser le patient seul.
- Un classeur contenant les divers documents relatifs aux premiers secours.
- Un registre d'intervention assurant la traçabilité des soins réalisés.
- Une *checklist* pour assurer le suivi et vérifier la mise à disposition du matériel de premiers soins.
- Une surface de travail pouvant être facilement désinfectée.
- Des boîtes pour l'élimination des Déchets à d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI).
- Une poubelle pour les déchets classiques (et éventuellement une pour le recyclage).

Dans le cas où un espace dédié aux premiers soins serait à disposition, il est envisageable de le « décorer » avec des posters de rappel, notamment : sur le massage cardiaque, la mise en Position Latérale de Sécurité (ou PLS), les numéros d'urgence à contacter... Ces derniers seraient en effet visibles simultanément à la réalisation d'un début de prise en charge dans cette pièce.

Il faut également indiquer la position du défibrillateur le plus proche et que celle-ci soit connue de l'ensemble de l'équipe officinale.

I.3.2 Le matériel des premiers soins

La présence d'une « armoire de premiers soins », ou à défaut un tiroir, est indispensable pour assurer la prise en charge rapide. Mais il peut arriver que le pharmacien doive faire face à des blessures graves : urgences d'un blessé se présentant à l'officine : vitales, traumatiques... ou hors des murs de l'officine :

voie publique. Il est donc important d'avoir également prévu une trousse d'urgence qui puisse être transportée et dont le contenu viendrait compléter, voire doubler, celui de l'armoire.

Il faudra surveiller régulièrement le matériel à l'aide d'une fiche d'inventaire, afin de suivre et remplacer les produits périmés ou utilisés. Cette fiche doit être détaillée et doit préciser les quantités respectives de chaque produit afin que chaque membre de l'équipe officinale puisse en faire l'entretien et/ou le réapprovisionnement. Nous y revenons plus bas dans la partie consacrée à la démarche qualité (*cf. infra* : liste de matériel).

La conservation de chaque produit dans son emballage d'origine est essentielle afin de pouvoir vérifier aisément sa date de péremption et garantir sa stabilité dans le temps.

Il est également conseillé de regrouper les produits par catégories pour être réactif en cas d'urgence, notamment en constituant des « lots d'intervention » : lot petits soins, lot brûlures...

I.3.2.1 L'armoire des premiers soins à l'officine

Le tiroir ou l'armoire de premiers soins contient les matériels et accessoires destinés au traitement des plaies, brûlures, petits traumatismes, malaises...

Nous conseillons, à titre indicatif et la liste est non exhaustive :

- Gants à usage unique
- Antiseptique (*cf. infra* : choix de l'antiseptique)
- Sérum physiologique
- Compresses stériles
- Sparadraps adhésifs
- Différentes tailles de pansements (*cf. infra* : choix du pansement)
- Tulle gras
- Pince à épiler
- Tire-tique
- Ciseaux
- Eau Oxygénée et/ou pansements et/ou mèches hémostatiques type Coalgan®
- Stéritrips®
- Couverture de survie
- Une trousse de secours (proposition de contenu ci-après)

I.3.2.2 La trousse de secours

La trousse d'urgence est utile lorsque le pharmacien est confronté à des urgences graves. Elle comprend les éléments nécessaires à l'examen des victimes, à la réalisation des premiers soins et à la protection des intervenants. Son contenu doit être adapté à la typologie de l'officine (rurale, urbaine...) et au profil des victimes secourues.

La réalisation d'une trousse de secours n'est pas obligatoire mais sera motivée par la volonté d'efficacité face à l'urgence. Le choix du nombre de trousse se fera en fonction de la taille de l'officine, de sa typologie, etc.

Voici le matériel de base qu'elle pourrait contenir, à titre indicatif :

- Des ciseaux à bouts ronds
- Des bandes de crêpe
- Du sparadrap
- Les compresses stériles
- Un antiseptique, de préférence en unidoses
- Des pansements de différentes tailles et types (classiques et hydrocolloïdes)
- Des sutures adhésives cutanées (Stéristrip®)
- Une couverture de survie

Des trousse de secours sont déjà prêtes à l'emploi et disponibles en pharmacie. Il peut être intéressant de les utiliser comme base et d'y ajouter les produits nécessaires en fonction des besoins de l'officine : localisation, population...

I.3.2.3 Choix de l'antiseptique

Parmi toutes les complications auxquelles le patient peut être sujet, l'infection est la plus fréquente. C'est pourquoi il est essentiel de lutter contre la survenue de celle-ci en sélectionnant, en amont, le bon antiseptique à appliquer.

L'antisepsie est une opération au résultat momentané permettant au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/ou aux virus présents au moment de l'opération (définition de l'Association Française de Normalisation (AFNOR))(20).

Mais alors, quels antiseptiques convient-il d'utiliser ?

Afin de pouvoir être utilisé par tout le monde, un antiseptique idéal devrait posséder les caractéristiques suivantes(21) :

- Un large spectre d'action : bactéries Gram + et Gram -, virus, champignons... (tableau 1).
- Une bonne tolérance : absence d'effets indésirables locaux ou systémiques, absence d'allergie (tableau 2).
- Une résistance aux matières organiques : pus, sang, sérum.
- Un délai d'action rapide.
- Une bonne stabilité.
- Une absence de coloration de la plaie : pour éviter de masquer l'évolution de celle-ci.

Un antiseptique regroupant toutes ces caractéristiques à la fois n'existe pas, il faudra donc s'adapter et essayer de réunir le maximum des critères en fonction de la situation : type de plaie, terrain du patient... Nous allons essayer ici d'établir la liste des « bons » antiseptiques, c'est-à-dire ceux qu'il faudra préférer dans le cadre des premiers soins.

Actuellement, sont disponibles sur le marché les familles d'antiseptique suivantes :

- Dérivés chlorés (Hypochlorite de sodium : Dakin®).
- Dérivés iodés (Povidone iodée).
- Biguanides (Chlorhexidine) et apparentés (Hexamidine).
- Alcool éthylique.
- Colorants (Éosine).

La dernière catégorie sera à écarter de par son faible rapport bénéfice/risque. En effet, son seul représentant ; l'éosine, possède trois inconvénients majeurs : il est asséchant, colorant (rouge) et a une activité faiblement antiseptique(22).

Tableau 1 : Spectre d'activité des antiseptiques(23)

	Bactéries Gram+	Bactéries Gram-	Champignons	Spores	VE	VN et Pox V
BIGUANIDES Chlorhexidine	+++	++	+	0	+/-	0
HALOGENES Dérivés iodés	+++	+++	++	++	++	++
Dérivés chlorés	+++	+++	++	++	++	++
Alcools (alcool éthylique70, alcool isopropylique...)	++	++	+	0	+	+/-

Légende : activité létale forte : +++ ; Moyenne :++; faible :+, nulle 0

VE : Virus enveloppés : Herpès viridae (Cytomégalovirus, Varicelle –Zona, Herpès simplex, Epstein – Barr)
Hépatite A

Virus respiratoire syncytial, Influenzae (Grippe) et Para – Influenzae
Virus des oreillons, de la rougeole, de la rubéole, de la fièvre jaune, de la rage
Rétrovirus : VIH, HTLV
Hépatite C, Hépatite B (+/- Hépatite D)

VN : Virus nus : Entérovirus : Polio, Coxsackie, ECHOvirus,

Hépatite E
Rotavirus
Adénovirus

Papillomavirus (verrues, condylomes)

Parvovirus, Calcivirus, Astrovirus

Pox V : Poxvirus (varirole, vaccine, molluscum contagiosum)
Virus enveloppé très résistant

Tableau 1 : Antiseptiques d'utilisation courante : effets indésirables, contre-indications, précautions d'emploi et incompatibilités(21)

Familles / composés	Utilisations	Contre-indications (CI) Précautions d'emploi
Halogénés		
Dérivés chlorés	Antiseptie de la peau saine, des muqueuses, des plaies	Pas de CI
Dérivés iodés	Antiseptie de la peau saine Antiseptie des plaies Bains de bouche (produit spécifique) Œil (produit spécifique) Gynécologie (produit spécifique)	CI si intolérance à l'iode, chez le nouveau-né de moins de 1 mois, grossesse (2° et 3° trimestre), brûlés > 20% L'alcool iodé est contre-indiqué sur les muqueuses car irritant. Précautions d'emploi : de 1 mois à 30 mois (rincer après application), lors d'exploration thyroïdienne ou d'antécédents thyroïdiens, éviter de mettre sous un pansement occlusif prolongé.
Biguanides		
Chlorhexidine 2 formes distinctes : - aqueuse à 0.05% - alcoolique 0.5%	Antiseptie des plaies Bains de bouche (produit spécifique) Antiseptie de la peau saine	CI : contact avec l'oreille moyenne en cas de perforation (risque de surdité neurosensorielle), contact avec les méninges ou l'œil (opacification de la cornée irréversible), muqueuses Précautions d'emploi : en cas d'antécédent d'intolérance
Alcools		
Alcool éthylique	Antiseptie de la peau saine	CI : Prématurité (perméabilité de la peau), plaies, muqueuses Précautions d'emploi : pas d'alcool modifié chez le très jeune enfant de moins de 30 mois

Les antiseptiques à base d'alcool sont beaucoup trop agressifs, douloureux et ralentissent la cicatrisation. Ils ne doivent donc être appliqués que sur une peau intacte (exemple : asepsie en vue d'une vaccination)(21).

Notre choix se portera donc préférentiellement sur la chlorhexidine, la povidone jodée et la solution d'hypochlorite de sodium, qui constituent les antiseptiques de prédilection lors des soins de plaies simples en officine, principalement en raison de leur large spectre d'activité.

Les solutions d'hypochlorite de sodium fonctionnent très bien mais ces solutions se contaminent rapidement et ne sont pas commercialisées sous forme d'unidoses. Nous les garderons en alternative en cas d'allergie ou incompatibilité aux autres antiseptiques.

Les dérivés iodés possèdent une excellente efficacité et sont couramment utilisées, notamment en milieu hospitalier. Néanmoins, il existe un risque de passage d'iode libre à travers la peau ; leur utilisation est donc à éviter chez le nourrisson et la femme enceinte ou allaitante, ainsi qu'en cas d'hypersensibilité à l'iode. Cela couplé à la forte coloration brune qui pourra masquer l'évolution de la plaie à l'œil non exercé et pourra donc compromettre le suivi de la cicatrisation par le patient.

Ainsi, en procédant par élimination : il faudra préférer la **chlorhexidine** aqueuse dans la grande majorité des cas puisqu'il s'agit du « meilleur » antiseptique disponible à l'officine pour l'exercice des premiers soins.

I.3.2.4 Choix du pansement

Un pansement désigne l'ensemble du matériel utilisé pour protéger et favoriser la cicatrisation d'une plaie. Ce sont des dispositifs médicaux conformément à l'**article L. 5211-1** du CSP(24).

Le pansement idéal doit :

- Protéger la lésion des germes extérieurs.
- Absorber les exsudats, le cas échéant.
- Autoriser les échanges gazeux pour éviter toute macération responsable d'entretenir la lésion et de retarder sa cicatrisation.
- Adhérer à la peau saine mais pas à la plaie.
- Permettre de visualiser la plaie.
- Protéger la lésion des chocs.
- Assurer une bonne isolation thermique.
- Être hypoallergénique.
- Être imperméable à l'eau.
- Être résistant, se changer le moins souvent possible.
- Être indolore au retrait.
- Être pratique d'utilisation, confortable, résistant, esthétique.
- Avoir un rapport qualité/prix acceptable.

De nombreux pansements sont aujourd'hui disponibles sur le marché. Afin de choisir celui qui sera le plus adapté à une situation donnée, il est essentiel de faire un tour d'horizon des différents types de pansements disponibles.

Le choix du pansement se fera principalement en fonction :

- De la nature de la blessure (type de pansement).
- De sa localisation (forme et taille).
- De l'activité du patient (hydrofuge ou non).

Les différents types de pansements disponibles à l'officine, liste établie par la Haute Autorité de Santé (HAS)(25) :

- **Alginates** : avec ou sans carboxyméthylcellulose (CMC). Les alginates sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues, caractérisés par leurs capacités d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Ils existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Fibres de carboxyméthylcellulose** (CMC, dites aussi hydrofibres) : ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif, caractérisé par sa capacité d'absorption. Les CMC existent sous forme de compresses ou de mèches.

- **Hydrocellulaires** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants (généralement de la mousse de polyuréthane). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non, de formes anatomiques et de formes adaptées au remplissage des plaies cavitaires.
- **Hydrocolloïdes** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés sont liées à la présence de CMC. Ils existent sous forme de plaques adhésives, de poudres ou de pâtes.
- **Hydrogels** : les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies. Ils existent sous forme de plaques, de compresses imprégnées et de gels.
- **Pansements vaselinés** : ce sont des pansements constitués d'une trame, imprégnée ou enduite de vaseline. Leur retrait est parfois douloureux, car ils adhèrent peu à peu à la plaie.
- **Interfaces** : les pansements interfaces sont constitués d'une trame enduite de polymères de différents types, tels que du gel de silicone. Ils se distinguent des simples pansements gras par une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), afin de limiter le traumatisme et la douleur induits par le retrait du pansement.
- **Pansements au charbon actif** : ils sont constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils existent sous forme de plaques et compresses.
- **Pansements à l'argent** : ils sont constitués de différents supports (crèmes, compresses, plaques, etc.) auxquels a été ajouté de l'argent sous des formes physico-chimiques variées, théoriquement à visée antibactérienne.
- **Pansements à base d'acide hyaluronique** : ils contiennent de l'acide hyaluronique (constituant naturel du derme) à des concentrations variables. Ils existent sous diverses formes (crèmes, compresses, sprays, etc.).

Chacun de ces pansements a son intérêt et utilité propre. La HAS propose un tableau récapitulatif (Tableau 3) dans lequel elle précise l'indication conseillée pour chacun des pansements présentés ci-dessus.

Tableau 2 : Utilisation des différents types de pansements

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Toutes phases (traitement non séquentiel)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires ³ Fibres de CMC (hydrofibres) ³
Détersion (traitement séquentiel)	Chronique	Alginates ³ - Hydrogels
	Aiguë	– ⁴
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocellulaires ³ - Vaselinés ⁶
	Aiguë	Vaselinés ⁶
Épidermisation (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces ⁵

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile (maladies bulleuses)	Interfaces ⁵
Prévention de l'infection (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie infectée (quelle que soit l'étiologie)	– ⁴
Plaie hémorragique (dont la prise de greffe)	Algostéril® (alginate)
Epistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients ayant un trouble de l'hémostase	Coalgan®
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein)	Au charbon activé

2. Figurant dans l'arrêté du 16 juillet 2010 et, selon les cas, dans les avis de la Commission.
3. Plaies très exsudatives.
4. Aucun élément ne permet de recommander dans ce cas un type particulier de pansement.
5. Mepitel®, Urgotul®, Altree®³, Physiotulle® et Hydrotul® (arrêté du 16 juillet 2010).
6. Les pansements vaselinés sont largement utilisés et figurent sur la LPPR malgré l'absence de données de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité.

A cette liste de pansements, nous pouvons ajouter les pansements « quotidiens » qui seront utiles pour la petite traumatologie. Ces derniers sont déclinés dans une multitude de formes pour s'adapter à toutes les situations :

- Pansements secs :
 - Formes variées : spécial doigt, bande à découper.
 - Épaisseur : fin (discret), épais (antichoc).
 - Imperméable ou non.
 - Extensible ou non.
 - Avec des motifs pour les enfants.
- Pansements hémostatiques : la compresse du pansement est imprégnée de Ca²⁺ pour stopper le saignement (ex : Coalgan® pansement), utiles en cas de petite hémorragie.

Synthèse :

L'examen de la plaie à traiter par l'intervenant sera déterminant dans le choix de tel ou tel pansement.

Dans le cadre des premiers soins, il faudra donc privilégier :

- Les **pansements secs** : pour la petite traumatologie, cas le plus courant.
- Les **pansements hémostatiques** : pour les petites plaies sanguinolentes.
- Les **pansements hydrocolloïdes** : pour les plaies exsudatives comme peuvent l'être les brûlures.

I.3.3 Un mot sur l'hygiène

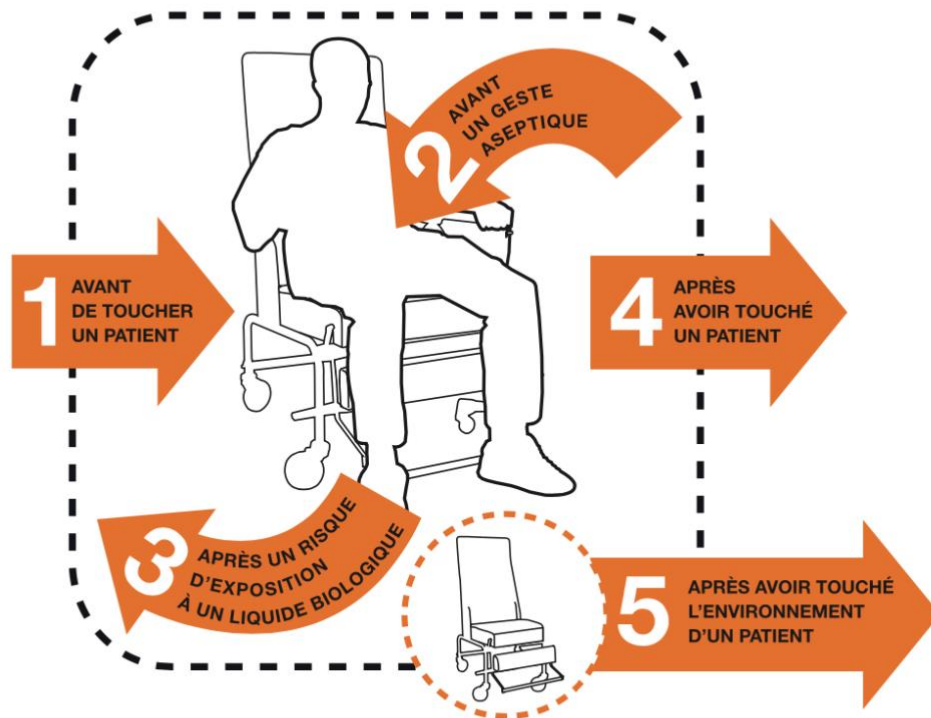
Le pharmacien devra veiller au bon respect des règles d'hygiène au sein de la pharmacie. Cela va passer par un certain nombre de réflexes et précautions à appliquer afin de garantir la bonne prise en charge des patients. L'ensemble de ces règles est compilé dans un référentiel auquel le pharmacien pourra se référer : le guide des bonnes pratiques d'hygiène en soins de ville(26).

Ce document est, au départ, pensé pour les soins infirmiers et médicaux mais les recommandations peuvent être tout à fait être appliquées à l'officine. Parmi les règles d'hygiène qui y sont présentées, nous retiendrons ici essentiellement le lavage des mains. Aussi, par la suite, nous entendrons par se « laver soigneusement les mains » l'application du protocole suivant(27) :

1. Mouiller les mains et les poignets sous l'eau courante.
2. Savonner les deux mains au savon pendant au moins 30 secondes.
3. Insister sur les espaces interdigitaux et le pourtour des ongles.
4. Rincer abondamment.
5. S'essuyer les mains par tamponnement si possible à l'essuie-main jetable.
6. Se passer les mains à un gel antibactérien, solution hydro-alcoolique.

L'intérêt de l'hygiène des mains est résumé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la figure présentée ci-après (figure 1). Cette figure présente les différentes sources probables de contamination et les moments clés pour se laver les mains et, ainsi les éviter.

Les 5 indications de l'hygiène des mains



1 AVANT DE TOUCHER UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains avant de toucher un patient. POURQUOI? Pour protéger le patient des germes présents sur les mains.
2 AVANT UN GESTE ASEPTIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains immédiatement avant d'exécuter un geste aseptique. POURQUOI? Pour protéger le patient de l'inoculation de germes, y compris ceux dont il est porteur.
3 APRÈS UN RISQUE D'EXPOSITION À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après toute exposition potentielle ou effective à un liquide biologique (et après le retrait des gants). POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
4 APRÈS AVOIR TOUCHÉ UN PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché le patient, au terme de la rencontre ou lorsque cette rencontre est interrompue. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.
5 APRÈS AVOIR TOUCHÉ L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT	QUAND? Pratiquer l'hygiène des mains après avoir touché un objet dans l'environnement du patient pour autant qu'une zone lui ait été temporairement et exclusivement dédiée, même lorsque la patient n'a pas été touché. POURQUOI? Pour protéger le professionnel et l'environnement de soins des germes présents sur les mains.



Organisation mondiale de la Santé

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Figure 1 : Les 5 indications de l'hygiène des mains selon l'OMS

I.3.4 Élimination des déchets issus des soins

La première étape dans l'élimination des Déchets issus des Activités de Soins (DAS) est l'identification dudit déchet. Il va s'agir de déterminer si le déchet est :

- Recyclable : emballages cartonnés, plastiques...
- Assimilé aux ordures ménagères : compresses souillées ou non, pansements...
- Éligible au circuit Cyclamed® : médicament périmé...
- A risque infectieux : matériel piquant, perforant ou tranchant souillé...

Pour plus de facilité, nous joignons ci-après un mémo sur les consignes de tri des différents types de déchets (figure 2). La liste n'y est pas exhaustive mais devrait être suffisante pour l'activité de soins menée par le pharmacien(28).

TRI DES DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS, UN GESTE SANTÉ !

Mémo des consignes de tri et de stockage*

DÉCHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MÉNAGÈRES	DÉCHETS INFECTIEUX		
<p>Emballages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidons en plastique de désinfectants • Cartons d'emballage • Papiers bulle, films plastiques <p>Matériel de protection non contaminé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Champs opératoires • Vêtements, gants, calots, masques <p>Matériel de soins non contaminé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matériel de perfusion • Pansements, bandes, compresses • Tubulures de perfusion (sauf anticancéreux) 	<p>DÉCHETS PIQUANTS / COUPANTS/TRANCHANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aiguilles (sutures, injections) • Ampoules d'injection • Ciseaux • Lames de bistouris ou de rasoirs • Lames, lamelles (analyses biologiques) • Pincettes • Seringues serties 	<p>DÉCHETS MOUS</p> <p>Matériel de soins contaminé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abaisse-langue • Bandelettes de mesure • Changés à usage unique à caractère infectieux • Fils de suture, coton, drains, mèches • Pansements, bandes, compresses • Seringues non serties <p>Matériel de protection à usage unique contaminé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Champs opératoires • Doigtiers • Embouts auriculaires jetables • Vêtements, gants, calots, masques, blouses <p>Matériel de diagnostic contaminé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tubes à prise de sang 	<p>DÉCHETS ANATOMIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragments non identifiables et résidus d'opérations mineurs (kyste...) • Liquides biologiques
<p>Poubelles à ordures ménagères</p> 	<p>Conteneurs rigides : boîtes à aiguilles ou fûts plastiques</p> 	<p>Conteneurs cartons ou sacs plastiques ou fûts plastiques</p> 	<p>Conteneurs cartons ou rigides ou fûts plastiques ou jerricanes</p> 

Stockage et traitement conformément à la réglementation

Trappabilité de l'élimination : en fonction des quantités produites (de l'attestation annuelle de destruction à l'attestation mensuelle)

La déclaration de création d'une installation de regroupement, doit désormais être adressée à l'Agence Régionale de Santé et non plus à la préfecture. Elle n'est plus obligatoire en cas de regroupement d'une quantité de déchets inférieure à 15 kg/mois.

Les conditions d'élimination sont liées aux types de risques associés :

- Déchets ménagers : recyclage, valorisation ou élimination
- DASRI : incinération ou prétraitement par désinfection
- Déchets dangereux : installations spécifiques au traitement des déchets dangereux

Stockage :

- Production < 5 kg/mois = entreposage à l'abri de la chaleur (3 mois maximum)
- Production de 5 à 15 kg/mois = entreposage dans des locaux spécifiques, signalés, fermés, ventilés, éclairés, lavables (1 mois maximum)
- Production de 15 kg/mois à 100 kg/semaine = entreposage dans des locaux spécifiques, signalés, fermés, ventilés, éclairés, lavables (7 jours maximum)
- Production > 100 kg/semaine = entreposage dans des locaux spécifiques, signalés, fermés, ventilés, éclairés, lavables (72 h maximum)



Agence de l'Écologie
et de la Mer



Ministère
de l'Énergie
de l'Environnement
et de la Mer



Ministère
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Figure 2 : Mémo tri des déchets d'activité de soins à destination des professionnels de santé

II Les premiers soins à l'officine

Dans cette partie, nous allons traiter des soins les plus courants à l'officine, la liste des sujets ne sera donc pas exhaustive. Par soucis de synthèse, nous nous intéresserons aux soins à prodiguer chez un sujet adulte et laisserons volontairement la partie pédiatrique de côté car nécessitant une prise en charge spécifique. Nous traiterons en premier lieu de l'arrivée du patient à l'officine et du travail d'analyse de la situation que doit effectuer le pharmacien avant de passer aux premiers soins *stricto sensu*. C'est pourquoi nous ferons, pour commencer, quelques rappels sur les gestes fondamentaux de secourisme. Nous nous attaquerons ensuite, dans un deuxième lieu aux pathologies plus bénignes et aux soins qu'il faudra prodiguer dans chaque cas.

II.1 Notions de secourisme à l'officine : pronostic vital engagé

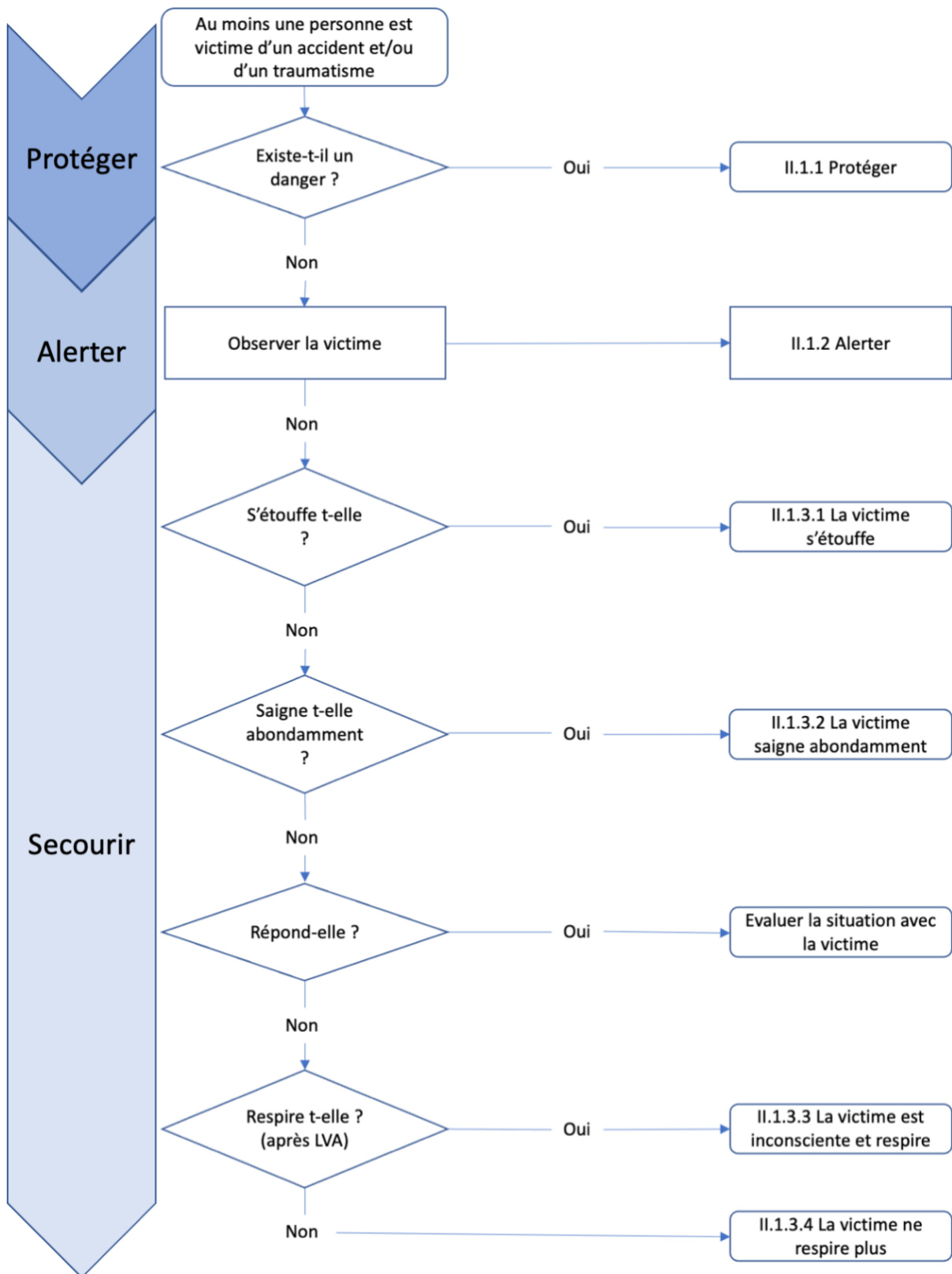
L'officine peut très bien être le premier maillon de la chaîne des secours et le patient ne sera pas toujours en mesure de se présenter au comptoir pour formuler sa demande. Le pharmacien peut par exemple être appelé à intervenir sans introduction : suite à l'appel d'un membre de l'équipe pour un patient à l'autre bout de l'officine, ou bien face à une personne victime d'un accident sur la voie publique...

Quelle que soit l'urgence à laquelle il devra faire face, le pharmacien devra effectuer un bilan lésionnel pour évaluer la gravité de la situation, puis réaliser les premiers secours et/ou premiers soins. Dans tous les cas, le pharmacien devra faire son possible pour garder son calme et son sang-froid ceci afin de rester cohérent dans sa réflexion et efficace dans ses gestes.

Pour ce faire, nous lui proposons de suivre un protocole simple et efficace : Protéger, Alerter et Secourir (P.A.S.). Ce protocole nous a, notamment, été enseigné lors de notre formation aux gestes de premiers secours, celle-ci nous a été dispensée par le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen(13). Ce protocole est également repris dans la formation des ambulanciers(29) et dans la formation des sauveteurs en mer de la Société Nationale des Sauveteurs en Mer (SNSM)(30,31). En compilant ces documents, nous avons pu extraire et construire le logigramme, présenté ci-après (figure 3), celui-ci présente les questions à se poser rapidement face à une urgence afin d'apporter la réponse adéquate à la situation.

Dans cette partie, nous pourrions être amenés à désigner le pharmacien acteur des premiers secours par le terme secouriste puisqu'il en adoptera l'attitude. Aussi, lorsque nous emploierons le terme « secouriste », il faut aussi comprendre « pharmacien » sauf mention contraire.

Figure 3 : Logigramme P.A.S.



II.1.1 Protéger

La protection va passer par l'analyse rapide de la situation par le pharmacien/secouriste. Il faut évaluer la gravité de la situation. Ceci repose sur l'observation des circonstances et des lieux. Elle permet la détection d'un danger déclaré ou potentiel. Elle conduit le pharmacien à prendre des mesures de protection destinées à assurer la sécurité du sauveteur, de la victime et des témoins éventuels. Le pharmacien, et par extension son équipe officinale, agira dans la limite de ses capacités et ne devra pas hésiter à céder la main aux personnes compétentes en cas de danger incontrôlable par lui-même et/ou les personnes présentes.

En cas de danger incontrôlable, il faut « baliser » la zone, c'est-à-dire signaler et sécuriser, puis appeler les autorités compétentes les pompiers et/ou la police.

Si le danger est écarté, le pharmacien peut apprécier rapidement l'état de la victime et passer à l'alerte des secours(32).

II.1.2 Alerter

L'alerte est une étape capitale. Bien faite, elle permet l'envoi de moyens adaptés et l'arrivée rapide des secours. Pour alerter les secours, il convient tout d'abord de déterminer le type d'urgence pour joindre en priorité le service correspondant :

- **Le 18** : les sapeurs-pompiers pour tout problème de secours, notamment accident, incendie.
- **Le 15** : le SAMU pour tout problème urgent de santé, c'est un secours médicalisé.
- **Le 17** : la police ou la gendarmerie pour tout problème de sécurité ou d'ordre public.
- **Le 112** : numéro d'appel unique des urgences sur le territoire européen, recommandé aux étrangers circulant en France et aux Français circulant à l'étranger(32).
- Il est également envisageable de faire directement appel au médecin généraliste s'il y en a un à proximité et selon la situation.

L'appelant ne sera pas nécessairement le secouriste, néanmoins les deux devront travailler de concert et rester à portée de communication pour transmettre le rapport de la situation le plus proche de la réalité aux services contactés. Le pharmacien est un interlocuteur de choix pour la personne qu'il appelle. En effet, il est supposé pouvoir décrire avec calme et précision la situation ou l'état d'une victime, il comprend le jargon médical et, de par sa formation de secouriste, il est théoriquement apte à effectuer certains gestes thérapeutiques qu'un médecin pourrait lui dicter par téléphone.

Le message d'alerte doit être clair et comporter, *a minima*, quatre éléments fondamentaux :

- **Nature de l'accident** : incendie, accident de voiture, agression, chute... Également indiquer les risques éventuels supplémentaires : incendie non maîtrisé, effondrement...
- **Lieu exact de l'accident** : adresse précise pour permettre l'intervention rapide
- **Renseignements sur les personnes impliquées dans l'accident** : nombre de personnes impliquées, état de santé de chaque victime...

- **Personne à l'origine de l'appel**, si nécessaire : nom et prénom, qualification, moyen pour rappeler en cas de coupure...

Un dialogue peut s'instaurer entre l'appelant et les services d'urgence qui peuvent donner des conseils et/ou des instructions sur la conduite à tenir. L'appelant doit attendre les instructions avant d'interrompre la communication.

II.1.3 Secourir

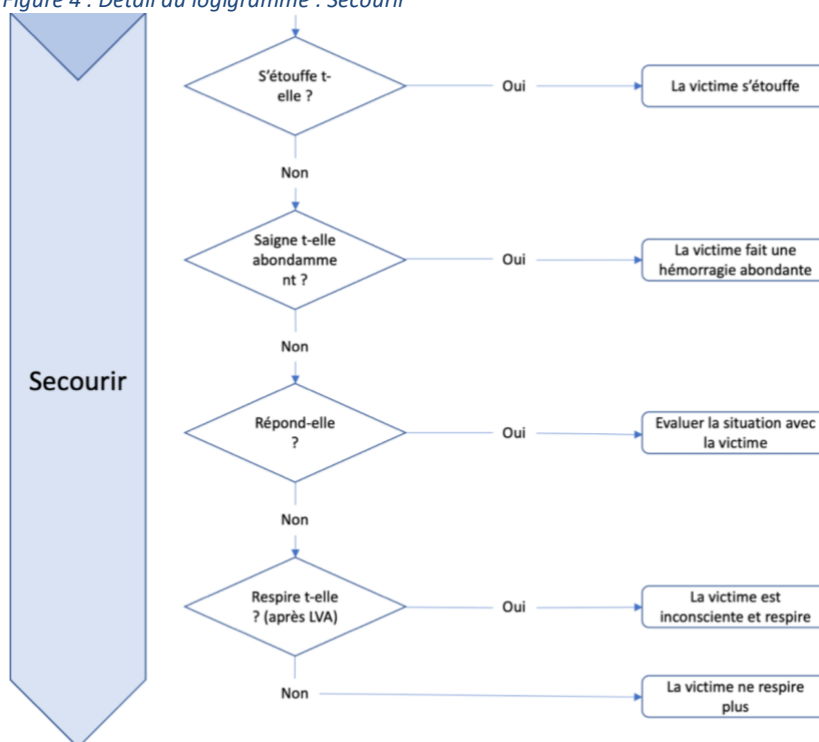
La victime est protégée d'un suraccident, les secours sont alertés, en ligne et/ou en route. Il faut maintenant secourir la victime et s'efforcer de stabiliser son état. L'état de la victime est jugé critique si le pronostic vital de la victime est menacé et/ou une aggravation des lésions est à craindre.

Le secouriste doit s'efforcer de dresser un bilan d'urgence vitale, celui-ci focalisera donc son attention sur la victime elle-même et doit :

- Observer la situation et se faire une idée générale de son état pour prendre les mesures afin de la garder en vie.
- Apprécier les grandes fonctions vitales, en initiant les gestes de survie adaptés si nécessaire.

Afin de rester méthodique, nous recommandons l'utilisation du logigramme présenté précédemment (figure 3). Nous allons rappeler la marche à suivre dans chacune des urgences possibles, rappelées ci-dessous (figure 4). Pour ce faire, et dans chaque cas, nous présenterons une fiche de synthèse de la marche à suivre et, le cas échéant, des fiches techniques pour rappeler le mode opératoire des différentes manœuvres à effectuer.

Figure 4 : Détail du logigramme : Secourir



II.1.3.1 La victime s'étouffe

Chez les adultes, l'étouffement survient généralement en mangeant. Aussi, bien que peu probable à l'officine, il convient de savoir quoi faire : car dans tous les cas, il faut agir vite(30,33).

Synthèse étouffement
<p>La victime :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ne peut pas répondre (elle secoue éventuellement la tête), mais est consciente.- Ne peut ni parler, ni respirer, ni tousser. Elle peut émettre des sifflements ou tenter de tousser sans émettre de bruit. <p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none">- Donner un maximum de 5 claques (voir fiche technique claques dans le dos) dans le dos de la victime. Après chaque claque, vérifier si tout rentre dans l'ordre.- Si les claques dans le dos n'ont pas d'effet, effectuer un maximum de 5 compressions abdominales (voir fiche technique compression abdominale).- Si le problème n'est toujours pas résolu, alterner 5 claques dans le dos et 5 compressions abdominales : poursuivre jusqu'à désobstruction.- Si la victime perd connaissance, la poser délicatement au sol, puis entreprendre une Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) en commençant par effectuer 30 compressions thoraciques (voir fiche technique RCP). Poursuivre la réanimation jusqu'à ce que les secours arrivent ou que la victime reprenne une respiration normale.

Fiche technique : les claques dans le dos
Ne pas pratiquer chez l'enfant de moins de 1 an
<ol style="list-style-type: none">1. Se tenir sur le côté et un peu en arrière de la victime.2. La pencher vers l'avant en soutenant sa poitrine d'une main, ce qui permettra à l'objet obstruant les voies aériennes de ne pas s'enfoncer davantage dans la trachée.3. Administrer un maximum de 5 claques entre les omoplates. Chaque claque a pour but de provoquer un mouvement de toux permettant de déloger l'objet.4. Après chaque claque, observer si le corps étranger a été rejeté ou non. Dans l'affirmative, la victime reprend sa respiration et tousse, et il est inutile de lui donner d'autres claques dans le dos. <p>La manière de se placer est indiquée ci-après (figure 5)</p>



Figure 5 : Claques dans le dos

Fiche technique : les compressions abdominales

Ne pas pratiquer chez la femme enceinte et l'enfant de moins de 1 an

1. Se tenir derrière la victime et placez vos bras autour de la partie supérieure de son abdomen.
2. Pencher la victime vers l'avant.
3. Placer un de vos poings fermés entre le nombril et l'extrémité inférieure du sternum.
4. Maintenir votre poing en place à l'aide de votre autre main. Enfoncer fortement votre poing vers vous et vers le haut. Recommencer ce geste 5 fois au maximum.

Les compressions abdominales sont aussi connues sous le nom de « manœuvre de Heimlich » et sont présentées dans la figure ci-dessous (figure 6)



Figure 6 : Manœuvre de Heimlich

II.1.3.2 La victime saigne abondamment

Le sang peut se répandre à l'extérieur du corps de la victime (hémorragie externe ou interne extériorisée) ou s'épancher à l'intérieur des tissus (hémorragie interne).

Les accidents les plus fréquemment rencontrés à l'officine sont les hémorragies externes accompagnant des plaies plus ou moins profondes et l'épistaxis. Il existe d'autres types d'hémorragie : otorragie, oculaire, buccale, digestives (hématémèse, rectorragie, méléna), hémoptysie, hématurie et vaginale... Celles-ci sont plus rares car le fait de traumatismes graves ou de pathologies bien spécifiques et imposent donc une consultation médicale de toute urgence.

Qu'elle soit d'origine interne ou externe, la perte importante de sang met rapidement en péril la vie de la victime. Ceci par la perturbation qu'elle entraîne dans la distribution du sang aux cellules, c'est pourquoi nous allons traiter ici de l'ensemble des gestes destinés à stopper une hémorragie externe et à stabiliser les fonctions vitales de la victime en vue d'une prise en charge médicale et/ou hospitalière.

II.1.3.2.A Hémorragie externe cas général

La victime présente une plaie d'où le sang s'écoule de façon continue. Une hémorragie veineuse se présente par un écoulement en nappe tandis que l'hémorragie artérielle se manifeste par un jet pulsatile synchronisé avec les battements du cœur. Dans les deux cas de figure, une pression doit rapidement être exercée directement sur la plaie afin d'arrêter le saignement(34).

Synthèse hémorragie externe
<p>La victime :</p> <ul style="list-style-type: none">- Présente une plaie « simple » : sans corps étranger, ni fracture ouverte.- N'est pas nécessairement consciente. <p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none">- Allonger la victime en position horizontale pour faciliter les soins et égaliser la pression sanguine.- Éviter, si possible, tout contact avec le sang de la victime : lui demander de comprimer elle-même sa blessure.- Sinon, exercer une pression directement sur la plaie avec vos mains protégées (gants jetables, sac plastique ou linge). Le but est d'éviter un Accident d'Exposition au Sang (AES), en cas de survenue, suivre le protocole AES.- Si la plaie continue de saigner, comprimer encore plus fermement.- Si le secouriste doit se libérer (par exemple pour donner l'alerte), appliquer un tampon relais pour remplacer la compression manuelle (voir fiche technique mise en place tampon relais).- Dans certains cas, envisager la pose d'un garrot (voir fiche technique mise en place d'un garrot).- Poursuivre la compression sur la plaie jusqu'à l'arrivée des secours.

- Se laver les mains après avoir effectué ces premiers secours, surtout si elles ont été en contact direct avec le sang.

Fiche technique : la mise en place d'un tampon relais

1. Le tampon mis à la place de la main doit être propre et pouvoir recouvrir complètement la plaie qui saigne.
2. La substitution de la compression manuelle par le tampon relais doit être effectuée le plus rapidement possible.
3. Le lien appliqué sur le tampon doit être assez large pour le recouvrir entièrement et assez long pour faire au moins 2 fois le tour du membre blessé. Il ne doit, si possible, pas être adhésif.
4. Le lien doit être suffisamment serré pour presser sur l'endroit qui saigne et éviter que le saignement ne reprenne. Mais ne doit pas être trop serré au point d'arrêter la circulation physiologique : ce n'est pas un garrot.
5. Si le tampon relais n'arrête pas totalement l'hémorragie, posez un second tampon, posé sur le premier pour augmenter la compression.
6. En cas d'échec, reprendre la compression manuelle.

II.1.3.2.B Cas particulier de la section d'un membre

Lorsqu'un tout ou partie d'un membre est sectionné, on parlera d'amputation. Il est parfois possible de « réimplanter » chirurgicalement la partie sectionnée. Un point d'attention tout particulier sera donc apporté au conditionnement de la section de membre amputé en vue de sa possible réimplantation.

Ainsi et en pratique, il faudra :

- Traiter le moignon comme dans le cas d'une l'hémorragie externe (*cf. supra*), ce même en l'absence de saignement.
- Conditionner le membre sectionné.

Fiche technique conditionnement section d'un membre

1. Enfiler des gants stériles ou se laver les mains au savon puis les désinfecter.
2. Envelopper le membre dans un champ stérile ou à défaut un linge propre.
3. Placer l'ensemble dans un sac plastique.
4. Déposer ce sac et un autre sac plastique contenant de l'eau et de la glace dans un container ou un troisième sac plastique permettant le transport.

Attention toutefois : Le contact direct entre le membre amputé et la source de froid serait responsable de gelures qui peuvent compromettre la réussite de sa réimplantation. Il faudra donc veiller à isoler la partie amputée de tout contact direct avec la source de froid.

5. Maintenir le contenant final bien fermé, par exemple en apposant un morceau de ruban adhésif.
6. Inscrire sur le sac le nom de la victime et l'heure de survenue de l'amputation.

En cas de section de tout ou partie d'un membre ou dans certaines autres situations : échec des pansements compressifs, s'il y a plusieurs victimes ou obligation de quitter la victime pour aller prévenir les secours ; le secouriste peut être amené à poser un garrot(35). La mise en place ne se fera pas à la légère puisque le retrait du garrot se fera uniquement à l'hôpital et selon un protocole bien précis. Le garrot ne doit être posé que sur une zone le permettant : cuisse ou bras. Toutes les autres zones seront à proscrire car les artères ne pourront (avant-bras, jambe) ou ne devront (cou) pas y être comprimées(30).

Fiche technique : la mise en place d'un garrot

1. Se munir d'un garrot prêt à l'emploi ou en improviser un avec un lien large et un bâton.
2. Choisir l'emplacement du garrot :
 - A quelques centimètres de la plaie.
 - Entre la plaie et la racine du membre.
 - Jamais sur une articulation.
3. Placer le garrot :
 - Pour le garrot spécifique : fixer la sangle en la passant dans la boucle prévue à cet effet.
 - Pour le garrot improvisé : Faire deux tours avec le lien large. Faire un premier nœud. Placer le bâton au-dessus du nœud. Faire deux nouveaux nœuds, au-dessus du bâton.
4. Serrer le garrot :
 - Pour le garrot spécifique : actionner le dispositif de serrage jusqu'à obtention de l'arrêt du saignement.
 - Pour le garrot improvisé : tourner le bâton afin de serrer le garrot jusqu'à l'obtention de l'arrêt du saignement.
5. Fixer le garrot :
 - Pour le garrot spécifique : bloquer le dispositif de serrage afin qu'il ne lâche pas brutalement.
 - Pour le garrot improvisé : Entourer, avec le lien large restant, le membre, en englobant le bâton afin qu'il soit fixé et que le garrot ne se desserre pas. Réaliser un dernier nœud de maintien. Il est possible, si l'on a un second lien, de l'utiliser pour fixer le bâton.

6. Laisser préférentiellement le garrot visible. Dans tous les cas, l'efficacité du garrot doit être vérifiée régulièrement et fréquemment.
7. Noter l'heure de pose du garrot (sur le garrot, sur la fiche de la victime, voire sur son front en cas de nombreuses victimes) afin de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la victime.

Nous vous proposons le visuel suivant pour un exemple de mise en place d'un garrot au niveau de la cuisse (figure 7).



Figure 7 : Pose d'un garrot à la cuisse

II.1.3.2.C Accident d'Exposition au Sang

Lors des soins, il peut arriver que le secouriste soit exposé directement au sang de la victime. Il conviendra alors de suivre un certain nombre d'étapes pour se protéger des risques qu'entraîne un Accident d'Exposition au Sang. Pour ce faire, l'ordre des pharmaciens a édité une fiche d'information sur le sujet (annexe 1)(36).

Les AES sont à prendre au sérieux car le risque de transmission d'agents infectieux, dont le VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC), est bien réel.

Les pharmaciens d'officine peuvent être exposés à des AES, notamment lors de :

- L'administration des soins de première urgence.
- La réalisation de certains tests d'orientation diagnostique (dont le test de glycémie capillaire).
- La pratique de la vaccination antigrippale et anticovid.
- La collecte des DASRI perforants et mous produits par ces activités.

Protocole AES
<p>1. Initier les soins immédiatement après l'exposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>AES par piqûre, coupure ou contact direct sur une peau lésée :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne pas faire saigner. ○ Nettoyer immédiatement la zone cutanée lésée à l'eau et au savon. ○ Rincer abondamment.

- Désinfecter pendant au moins 5 minutes avec :
 - Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5^e.
 - Ou à défaut : polyvidone iodée en solution dermique ou alcool à 70°.
- AES par projection sur une muqueuse :
 - Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau, pendant au moins 5 minutes.
- 2. Prendre un avis médical dans l'heure qui suit :
 - Pour évaluer le risque infectieux (notamment VIH, VHB et VHC) en fonction du type d'exposition, du statut sérologique de la personne source préalablement identifiée et de l'immunité de la personne exposée.
 - Pour initier si besoin un traitement prophylactique le plus tôt possible (traitement post-exposition au VIH, immunoglobulines anti-VHB +/- vaccination), au mieux dans les 4 heures.

En France :

Par la suite, et dans les 48H, il faudra aussi déclarer l'accident de travail aux assurances pour être certain de la prise en charge, ce quelle que soit l'issue de l'AES. Nous avons joint en annexe (annexe 1) la fiche mémo de la conduite à tenir en cas d'AES(36).

II.1.3.3 La victime est inconsciente et respire

La perte de connaissance est la perte permanente ou temporaire de l'aptitude à communiquer et à réagir avec d'autres personnes et avec l'environnement. Les causes d'une perte de connaissance peuvent être d'origine traumatique, médicale ou toxique.

Une personne peut avoir un malaise à l'officine et perdre connaissance. La victime inconsciente ne répond alors ni à la parole, ni à un ordre simple mais elle continue de ventiler. La seule conduite raisonnable, en cas de doute, est d'alerter un service d'urgence médicalisé. Il faut toutefois savoir maîtriser la situation et intervenir à bon escient dans l'attente plus ou moins longue de l'arrivée des secours. Nous allons voir, ci-après, quelques cas de figures les plus courants.

II.1.3.3.A Inconscience cas général

Si la victime est inconsciente et, si sa poitrine se soulève régulièrement, il faut pouvoir s'assurer que la respiration puisse se maintenir en attendant que la victime reprenne connaissance et/ou que les secours prennent le relais(30,37).

Synthèse perte de connaissance

La victime :

- Ne réagit pas
- Respire

Il faut :

- Libérer les voies aériennes puisqu'en cas de perte de conscience, les muscles sont relâchés, provoquant ainsi une obstruction des voies aériennes par affaissement de la langue dans le fond de la gorge. Pour ce faire :
 - Desserrer si possible le col, la cravate ou la ceinture de la victime.
 - Placer une main sur le front de la victime et basculer délicatement sa tête vers l'arrière.
 - Dans un même temps, positionner l'extrémité des doigts de l'autre main sous le bout du menton de la victime et soulever celui-ci pour décoller la langue du fond de la gorge et dégager ainsi les voies aériennes.
 - Ne pas exercer aucune pression sur la région molle située sous le menton pour ne pas entraver la respiration.
 - Vérifier la respiration de la victime :
 - Vérifier que la poitrine se soulève et s'abaisse régulièrement.
 - Écouter les bruits de la respiration en approchant votre oreille de sa bouche.
 - Essayer de sentir le souffle de sa respiration en plaçant une des joues du secouriste près de sa bouche pendant 10 secondes.
- Tourner la victime sur le côté en position latérale de sécurité (voir fiche technique libération des voies aériennes).
- Vérifier régulièrement la respiration de la victime jusqu'à l'arrivée des secours.

Fiche technique : la mise en Position Latérale de Sécurité (PLS)

1. Si la victime porte des lunettes : les retirer.
2. S'assurer que ses jambes sont allongées côte à côte. Si ce n'est pas le cas, les rapprocher délicatement l'une de l'autre de manière à les placer dans l'axe du corps.
3. Disposer le bras de la victime le plus proche du secouriste à angle droit de son corps. Plier ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut.
4. Se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime. Assez loin de la victime, au niveau de son thorax, pour pouvoir la tourner sur le côté vers le secouriste, sans avoir à reculer.

5. Saisir l'autre bras de la victime d'une main, placer le dos de sa main contre son oreille, côté secouriste.
6. Maintenir la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume.
7. Attraper la jambe la plus éloignée de vous avec l'autre main, juste derrière le genou, et la relever tout en gardant le pied au sol.
8. Faire rouler la victime en tirant sur sa jambe jusqu'à ce que le genou touche le sol.
9. Dégager doucement la main de sous la tête de la victime en maintenant son coude avec l'autre main afin de ne pas entraîner celle de la victime et d'éviter ainsi toute mobilisation de sa tête.
10. Ajuster la jambe située au-dessus de sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.
11. Ouvrir la bouche de la victime d'une main, avec le pouce et l'index, sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.
12. Vérifier régulièrement que la respiration est normale.

La Position Latérale de Sécurité est rappelée ci-après (figure 5).



Figure 8 : Position Latérale de Sécurité

II.1.3.3.B Cas particulier de la crise convulsive généralisée

Devant une crise convulsive, de nombreuses étiologies peuvent être évoquées : tumeurs au cerveau, traumatisme crânien, hypoxie sévère, intoxication médicamenteuse, hypoglycémie sévère ou plus simplement épilepsie... Le pharmacien est régulièrement en contact avec des patients souffrant d'épilepsie dans la mesure où il leur dispense chaque mois un traitement médicamenteux. Or chez certains de ces patients, le déclenchement de ces crises est parfois totalement imprévisible malgré une bonne observance médicamenteuse : d'où l'intérêt pour le pharmacien d'être préparé à faire face à une telle situation au sein même de son officine.

Les convulsions peuvent se retrouver très vite chez l'enfant et le nourrisson présentant une forte fièvre, d'où l'importance de surveiller ce dernier symptôme. On parle dans ce cas de convulsions hyperthermiques.

Quelle qu'en soit l'origine, il ne faudra pas essayer de lutter contre les convulsions et suivre la démarche suivante(31).

Synthèse crise convulsive généralisée
<p>La victime :</p> <ul style="list-style-type: none">- S'effondre après éventuellement un petit cri.- Perd conscience.- Et/ou a le regard fixe accompagné de mouvements musculaires incontrôlés de tout le corps (ce sont les convulsions à proprement parler). <p>Il faut :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ne jamais contraindre les mouvements de la victime durant toute la crise.- <u>Au début de la crise :</u><ul style="list-style-type: none">o Allonger la victime au sol, si elle n'est pas déjà dans cette position pour éviter qu'elle ne se blesse en chutant.o Écarter les personnes qui sont autour.- <u>Pendant la crise :</u><ul style="list-style-type: none">o Protéger la tête de la victime en glissant si possible un vêtement ou un tissu plié sous sa tête, sans recouvrir les voies aériennes.o Écarter tout objet qui pourrait être traumatisant.o Ne rien placer entre les dents de la victime ou dans sa bouche. Elle n'avalera pas sa langue.- <u>A la fin des convulsions :</u><ul style="list-style-type: none">o S'assurer que les voies aériennes de la victime sont libres et vérifier sa respiration.o Débuter la RCP si elle ne respire plus.o Installer la victime en PLS, si elle respire.o Lorsque la victime redevient consciente, la garder au calme et la rassurer.- <u>Dans tous les cas :</u><ul style="list-style-type: none">o Poursuivre le bilan, rechercher d'éventuels signes de traumatisme et noter l'heure de survenue et la durée de la crise.o Surveiller la victime jusqu'à ce qu'elle retrouve un état normal de conscience.

II.1.3.4 La victime est inconsciente et ne respire pas

Face à un arrêt cardiaque et respiratoire, il faudra agir vite pour relancer l'activité du cœur et limiter au maximum les séquelles neurologiques éventuelles(30,38). La connaissance préalable des gestes à effectuer est essentielle face à la tâche à accomplir. **Attention** : une fois débutée, il faudra poursuivre

la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) jusqu'à l'arrivée des secours ou que la victime reprenne une respiration normale.

Synthèse arrêt respiratoire et cardiaque

La victime :

- Ne réagit pas.
- Ne respire pas normalement.
- Le pouls est absent ou très faible.

Il faut :

- Apporter immédiatement un Défibrillateur Automatisé Externe (DAE) si disponible.
- Commencer par effectuer 30 compressions thoraciques (voir fiche technique compressions cardiaques).
- Pratiquer ensuite 2 insufflations (voir fiche technique bouche-à-bouche).
- Continuer à alterner 30 compressions thoraciques et 2 insufflations.
- Mettre en œuvre, le plus tôt possible, le DAE et suivre les indications de l'appareil :
 - A deux secouristes sans DAE, un secouriste poursuit le massage cardiaque, le second demande un renfort médical et revient avec un DAE pour le mettre en œuvre.
 - A deux secouristes avec DAE, un secouriste poursuit le massage cardiaque, le second met en œuvre le DAE. Il demande un renfort médical immédiatement après la première analyse et la délivrance éventuelle du premier choc.
 - A trois secouristes ou plus, les trois actions (alerte, RCP et DAE) sont à réaliser simultanément.
- La mise en place des électrodes du DAE sur la victime doit se faire sans interruption des manœuvres de RCP.
- L'interruption des compressions thoraciques doit être limitée à son minimum au moment des insufflations
- Poursuivre ainsi la réanimation jusqu'à ce que les secours d'urgence arrivent et poursuivent la réanimation, ou que la victime reprenne une respiration normale.

Fiche technique : les compressions cardiaques

1. Placer la victime sur un plan dur, le plus souvent à terre. Ouvrir les vêtements pour découvrir la poitrine.
2. S'agenouiller à côté de la victime.
3. Placer le talon d'une des mains du secouriste au milieu de la poitrine nue de la victime.
4. Placer le talon de l'autre main sur la première main.

5. Solidariser les deux mains en entrelaçant les doigts. N'appuyez ni sur les côtes, ni sur la partie inférieure du sternum.
6. Se positionner de façon à ce que les épaules soient à l'aplomb de la poitrine de la victime, cela permettra d'économiser de l'énergie. Bras tendus, il faut comprimer verticalement le sternum en l'enfonçant de 5 à 6 cm.
7. Après chaque pression, laisser la poitrine de la victime reprendre sa position initiale afin de permettre au sang de revenir vers le cœur. Maintenir les mains en position sur le sternum.
8. La durée de la compression doit être égale à celle du relâchement de la pression de la poitrine.
9. Effectuer 30 compressions thoraciques à une fréquence de 100 par minute, soit environ 2 compressions par seconde.

Nous présentons, dans la figure ci-dessous (figure 9), la position adéquate à adopter pour effectuer les compressions cardiaques.

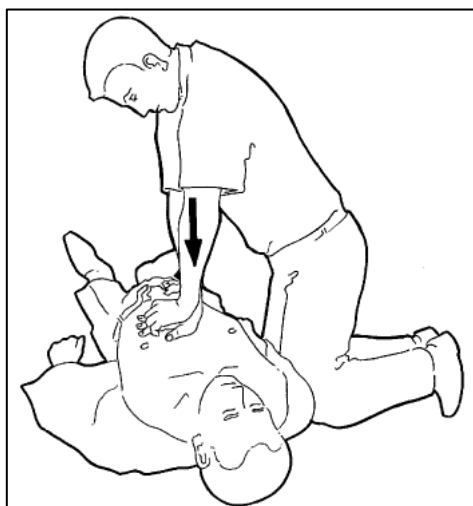


Figure 9 : Position à adopter pour les compressions thoraciques

Fiche technique : le bouche-à-bouche

1. Basculer de nouveau la tête de la victime vers l'arrière et soulever son menton pour libérer les voies aériennes.
2. Placer une main sur son front et pincer ses narines entre le pouce et l'index.
3. De l'autre main, maintenir son menton de telle sorte que sa bouche reste ouverte.
4. Inspirer normalement, se pencher vers la victime et le secouriste doit couvrir entièrement la bouche de la victime avec la sienne.
5. Insuffler lentement et régulièrement de l'air dans la bouche de la victime tout en vérifiant que sa poitrine se soulève. Chaque insufflation dure environ 1 seconde.

6. Tout en maintenant la tête de la victime basculée en arrière et son menton relevé, se redresser légèrement pour vérifier que sa poitrine s'abaisse à l'expiration.
7. Inspirer de nouveau normalement et pratiquer une seconde insufflation selon le même mode opératoire.

Intérêt et utilisation du DAE(39) :

Dans de nombreux cas d'arrêt cardiaque, le cœur continue de battre, mais le rythme des battements est tellement anormal que les contractions cardiaques sont inefficaces et que le cœur ne peut plus assumer sa fonction de pompe sanguine : c'est la fibrillation. Cette dernière peut être corrigée au moyen d'un DAE (figure 10), qui analyse le rythme cardiaque de la victime, avant de lui administrer, si nécessaire, un choc électrique. Les chances de survie augmentent si la réanimation cardio-pulmonaire et la défibrillation sont entreprises dans les premières minutes qui suivent l'arrêt cardiaque.



Figure 10 : Exemple de DAE

Fiche technique : utilisation d'un DAE

1. Dans la mesure du possible et selon la disponibilité du DAE, initier la RCP avant sa mise en place.
2. Dès que possible, mettre le DAE en marche et prendre connaissance des instructions figurant sur l'appareil.
3. Pendant ce temps, **si plusieurs secouristes sont présents**, l'un d'eux doit poursuivre la réanimation cardio-pulmonaire.
4. Si cela n'a pas déjà été fait, dénuder la poitrine de la victime et placer les électrodes à même la peau conformément aux instructions figurant sur leur emballage ou sur les électrodes elles-mêmes.
5. S'assurer que personne ne touche la victime lorsque le DAE analyse son rythme cardiaque.
6. Si un choc électrique doit être administré, s'assurer que toutes les personnes présentes sont éloignées de la victime et de son environnement immédiat.

7. Appuyer sur le bouton si cela est demandé. Un défibrillateur entièrement automatique administrera le choc électrique sans votre intervention.
8. Si le DAE le demande, effectuer des compressions thoraciques sans tarder. Alternier les séries de 30 compressions et de 2 insufflations.
9. Continuer à suivre les indications du DAE jusqu'à ce que la victime retrouve une respiration normale ou jusqu'à l'arrivée des secours.
10. Si la respiration redevient normale, arrêter la réanimation, mais ne pas éteindre le DAE et laisser les électrodes en place sur la poitrine de la victime. Si celle-ci reste inconsciente, la mettre sur le côté, en PLS (voir fiche technique mise en PLS).

Un mot sur les DAE en pharmacie :

La pharmacie d'officine rentre dans la définition des Espaces Recevant du Public (ERP). Le **décret n°2018-1186** du 19 décembre 2018, pris en application de la **loi n°2018-528** du 28 juin 2018, précise les ERP soumis à l'obligation de détenir un DAE avec un échéancier allant jusqu'en janvier 2022(40). La pharmacie d'officine bien que classée parmi les ERP de catégorie 5 n'est pas directement concernée par ce décret. Il n'est donc pas, encore, obligatoire pour les pharmacies de s'équiper en DAE. Toutefois, lorsque l'officine est regroupée avec d'autres commerces ou est intégrée à un centre commercial : elle devient *de facto* concernée par l'obligation de détenir un DAE au même titre que les autres commerces desquels elle partage l'espace.

L'installation des DAE au sein des ERP est modulée selon la catégorie et la capacité d'accueil. La stratégie d'implémentation des DAE doit répondre à 3 logiques :

- La **logique du nombre** : installer des DAE aux endroits les plus fréquentés.
- La **logique de délai d'intervention des secours d'urgence** : installer des DAE dans les lieux où le temps d'intervention des secours est supposé long.
- La **logique d'accessibilité** : installer, dans la mesure du possible, les DAE dans les lieux accessibles en permanence en extérieur.

Les DAE pourront ainsi être implantés à l'initiative du pharmacien lui-même ou de la mairie par exemple.

II.2 Malaises

Le malaise est une sensation pénible, traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que la personne qui en est victime puisse en identifier l'origine. Ce trouble peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive, ou correspondre à une maladie qui s'aggrave. Parfois, la victime ne se rend pas compte de son trouble ou ne peut l'exprimer, c'est alors son entourage qui constate une anomalie et qui demande d'intervenir. Certaines personnes présentent des malaises répétitifs,

souvent identiques, typiques d'une maladie (troubles cardiaques, diabète, asthme)(1,30,41). On distingue couramment :

- Le malaise bénin, qui est le plus courant, pour lequel la victime ne montre pas de détresse vitale et dont les signes disparaissent après quelques minutes de repos ; Ce type de malaise a souvent une cause facilement identifiable :
 - o Fatigue et manque de sommeil.
 - o Stress, émotion, colère.
 - o Douleur violente.
 - o Erreurs alimentaires : repas copieux bien arrosé ou jeûne trop prolongé (exemple : malaise hypoglycémique).
- Le malaise grave, qui peut être révélateur d'une situation pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale. Les manifestations que présente la victime peuvent être caractéristiques d'une maladie potentiellement grave et les signes, intenses et localisés, ne s'améliorent pas spontanément ou se répètent malgré la mise au repos(30).

Comme nous allons le voir, le malaise est une situation assez pénible à gérer à l'officine, avec sa succession d'évènements plus ou moins contrôlés. C'est pourquoi, nous recommandons qu'un membre de l'équipe prenne en charge la victime afin de : l'observer, lui poser des questions, la mettre au repos, si besoin prendre un avis médical et effectuer des soins d'attente. Pendant qu'un autre membre, voire le reste, de l'équipe rassure la famille et la clientèle, explique la situation et, si besoin, libère la place en faisant sortir les personnes de l'officine ou en dégagant un périmètre (selon la taille de la pharmacie) pour faciliter l'intervention des secours.

II.2.1 Malaises, conduite générale à tenir

La conduite générale pour la prise en charge des malaises repose sur cinq étapes : **observation, mise au repos, interrogatoire, alerte, surveillance.**

1) Observer

Le pharmacien peut rencontrer diverses situations qui traduisent la gravité d'un malaise et qui nécessitent le recours à un avis médical immédiat en alertant le 15 par téléphone. La victime réagit et répond aux questions. Plusieurs situations peuvent se présenter et indiquer un **malaise grave**(30) :

- Elle ressent une douleur serrant la poitrine : crise d'angor et infarctus du myocarde.
- Elle ressent une douleur du ventre intense : appendicite, colique néphrétique ou pancréatite aiguë.
- Elle présente un mal de tête inhabituel intense, qui dure ou se répète : céphalées en « coup de tonnerre ».
- Elle a froid, présente une pâleur intense, est couverte de sueurs abondantes, sans avoir fourni d'effort ou sans que la chaleur environnante soit importante.
- Elle a du mal à respirer. Ne peut plus parler ou le fait avec grandes difficultés : crise d'asthme.

- Elle présente une paralysie du bras ou de la jambe, même transitoire, a du mal à parler et/ou à la bouche déformée : Accident Vasculaire Cérébral (AVC).

2) Mettre au repos la victime

La victime doit être mise au repos immédiatement. Desserrer éventuellement le col, la ceinture et tout vêtement gênant la respiration. Il faut lui parler sans énervement et la calmer. Si la victime est agitée : l'isoler (local de soins idéalement). En cas de gêne respiratoire, l'installer en position assise ou demi assise ; sinon l'allonger sauf si elle adopte spontanément une autre position.

3) S'enquérir de son état de santé habituel

Poser quelques questions simples à la victime ou à son entourage (liste non exhaustive) :

- « **Depuis combien de temps vous sentez-vous mal ?** » : indications sur la durée du malaise.
- « **Est-ce la première fois que vous faites un malaise ?** » : indications sur la fréquence des malaises, notion de répétition.
- « **Prenez-vous des médicaments ?** » : indications sur le traitement médical en cours, est-ce que la victime prend habituellement un médicament qui pourrait provoquer ou prévenir le malaise.

4) Prendre un avis médical

Le pharmacien devra évaluer la gravité du malaise afin d'alerter le médecin traitant ou les secours d'urgence médicalisés le cas échéant, il veillera à transmettre de façon précise ce qu'il a observé et entendu. Cet appel ne devrait pas être différé, même à la demande de la victime, si le pharmacien juge que cela est alors nécessaire.

5) Surveiller la victime

Si la victime est consciente, il faut lui parler régulièrement, la rassurer, lui expliquer ce qu'il se passe. Si elle ne répond plus, est inconsciente : appliquer les premiers secours ; libérer les voies aériennes et mettre en PLS (*cf. supra* : fiche technique mise en PLS). Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

II.2.2 Cas particulier du malaise vagal

Le malaise vagal est déclenché par un excès d'activité du nerf vague qui innerve le cœur, il en tire d'ailleurs son nom.

II.2.2.1 Caractéristiques du malaise vagal

Lors d'un malaise vagal, le sujet ressent une impression angoissante d'évanouissement imminent avec pâleur, sueurs, vertiges, brouillard visuel et bourdonnements d'oreilles. Il n'y a pas de perte de connaissance mais un simple fléchissement de conscience. Le sujet entend ce qui se passe autour de lui. Le ralentissement du rythme cardiaque entraîne une baisse de la tension artérielle et une diminution de l'apport en dioxygène au cerveau créant ainsi une hypoxie. Cet excès de stimulation peut notamment être déclenché par(41):

- La chaleur,

- Le stress, une émotion,
- La station debout prolongée,
- La fatigue,
- Le jeûne,
- Une violente douleur,
- Un repas trop riche et/ou trop arrosé.

II.2.2.2 Prise en charge du malaise vagal

Devant un malaise vagal, il faut allonger la victime à plat sur le dos, au calme, pendant au moins 10 à 15 minutes, le temps qu'elle récupère. La placer en PLS si elle vomit. Il faut la couvrir, lui parler, la rassurer. La durée du malaise est variable, il peut être fugace ou durable.

Le retour à la normale est spontané et progressif : 10 secondes à une minute après avoir été allongée, avec sensation d'asthénie. Le sujet reste fatigué, le repos s'impose car une reprise trop rapide de l'activité est propice à la survenue d'un nouveau malaise.

Si le malaise persiste avec des facteurs de gravité ou s'il évolue vers une syncope vagale, alerter immédiatement les secours (SAMU). Dans ce cas, mettre la victime en PLS et surveiller ses fonctions vitales. Ne jamais négliger une syncope, même si le retour à l'état initial de la victime est rapide. Car cela peut en effet masquer un trouble du rythme cardiaque ou un infarctus du myocarde débutant(30,41).

II.2.3 **Cas particulier du malaise hypoglycémique**

Au cours d'un malaise hypoglycémique, le cerveau souffre d'un manque de « sucre ». La glycémie est alors inférieure à 0,7 g/L (soit 3,9mmol/L).

II.2.3.1 Caractéristiques du malaise hypoglycémique

Ce malaise va se manifester par(41) :

- Sueurs et pâleur.
- Tachycardie.
- Sensation de faim douloureuse (fringale).
- Asthénie, bâillements, vertiges, céphalées.
- Sensation de vide intérieur, « jambes en coton ».
- Difficultés d'élocution.
- Troubles visuels.
- Troubles de l'humeur.
- Enfin coma si l'hypoglycémie est profonde.

L'hypoglycémie peut avoir de graves complications cérébrales si elle n'est pas corrigée rapidement. Elle peut survenir chez un patient diabétique (erreur de dose, repas sauté, exercice physique, efforts,

consommation d'alcool, apport alimentaire insuffisant...) ou chez un sujet non diabétique (jeûne prolongé, consommation d'alcool, autres pathologies endocriniennes). La prise en charge dans ces deux cas de figures sera relativement similaire avec toutefois quelques nuances que nous allons détailler ci-après.

II.2.3.2 Prise en charge du malaise hypoglycémique

La prise en charge consistera essentiellement en la correction de l'hypoglycémie par un apport de sucre. Nous distinguerons deux types de conduite à tenir selon que le patient soit diabétique ou non.

II.2.3.2.A Patient sans pathologies particulières connues du secouriste

En l'absence d'une détresse vitale évidente :

- Réaliser le bilan complémentaire.
- Réaliser une mesure de glycémie capillaire si possible, cela permettra de confirmer l'origine hypoglycémique du malaise.
- Aider la victime à prendre du sucre si la mesure de la glycémie est $<3,9\text{mmol/L}$ (ou $<70\text{mg/dL}$ ou $<0,7\text{g/L}$) ou si l'origine du malaise est inconnue et que la victime est réveillée, réactive et capable d'avaler :
 - o Donner de préférence du sucre en morceaux ou en poudre (4 morceaux ou cuillères à café de sucre), sinon une boisson sucrée comme un jus d'orange ou du miel.
 - o Pour les enfants, deux à trois morceaux ou cuillères à café de sucre sont la dose recommandée. Les bonbons contenant du sucrose sont eux aussi efficaces.
- Demander un avis médical en transmettant le bilan et le résultat de la mesure de glycémie :
 - o Si son état ne s'améliore pas rapidement.
 - o En cas de doute.
- Surveiller la victime dans tous les cas.

Il faut compter environ 10 à 15 minutes entre l'ingestion du sucre, une élévation de la glycémie et une amélioration des signes.

Si aucune amélioration ne survient au bout de 15 minutes suite à une ingestion de sucre, une seconde dose de sucre peut être prise.

II.2.3.2.B Patient diabétique

La victime est identifiée comme diabétique : soit parce qu'elle est connue de la pharmacie (délivrance des traitements), soit parce qu'elle l'a signalé ou possède une carte le mentionnant dans ses effets personnels. Deux cas de figures peuvent se présenter :

- La victime est consciente et capable de déglutir : Se conformer au cas général (*cf. supra*)
- La victime est inconsciente et incapable de déglutir : Installer la victime en PLS, alerter le SAMU, une injection de glucagon, hormone hyperglycémisante, doit être envisagée. En cas

d'injection de glucagon et dès que l'effet est constaté, il est nécessaire que le patient mange une collation. Elle lui permettra de reconstituer ses réserves hépatiques en glycogène qui viennent d'être mobilisées et ainsi prévenir une récurrence d'hypoglycémie. A noter que : le glucagon ne doit pas être utilisé chez un patient dont les réserves hépatiques en glycogène sont nulles (jeûne prolongé ou consommation excessive d'alcool)(42).

II.3 Plaies

Une plaie est une lésion de la peau, une brèche dans l'intégrité de la barrière cutanée. Il en existe plusieurs types, ces derniers influenceront sur la gravité de la plaie et donc sa prise en charge.

II.3.1 Généralités sur les plaies

La première étape de la prise en charge de la plaie sera l'analyse et l'identification du type de plaie. Pour ce faire, l'observation et le questionnement du patient au sujet de sa plaie tiendront une place prépondérante pour la suite des soins que le pharmacien pourra apporter. Il faudra donc aviser rapidement l'aspect et la gravité de la plaie afin d'en optimiser la prise en charge.

II.3.1.1 Les différents types de plaies

Nous distinguerons cinq types de plaies(30) :

- **La contusion** : se forme suite à un choc ou un coup qui va provoquer une rupture des vaisseaux situés immédiatement sous la peau. Le sang s'échappe dans les tissus sous l'épiderme, donnant une coloration violette et un aspect gonflé à la peau qui ne peut pas être rompue, c'est l'hématome. Le plus souvent bénins, ces derniers peuvent cependant parfois être très étendus, traduisant une lésion plus profonde comme une fracture ou une lésion interne.
- **L'écorchure** : est une plaie simple et superficielle avec un aspect rouge et suintant, souvent douloureuse et généralement provoquée par une chute avec glissement ou friction. De petits corps étrangers peuvent être incrustés dans la peau, ceux-ci peuvent être à l'origine d'infections secondaires.
- **La coupure** : est provoquée par un objet tranchant (couteau, morceau de verre). Elle peut être accompagnée d'une hémorragie ou d'une lésion d'un organe sous-jacent en fonction de la profondeur de la coupure.
- **La plaie punctiforme** (en forme de point) : est une plaie souvent profonde, provoquée par un objet pointu (clou, arme blanche, projectile) pouvant traverser les organes sous-jacents. C'est une plaie souvent grave même si son aspect extérieur n'en donne pas l'impression. Une plaie par injection de liquide sous pression (accidents du travail ou de bricolage) présente plus souvent ces caractéristiques, ce type de plaie en particulier sera toujours considéré comme grave.

- **La lacération** : est une déchirure souvent complexe de la peau, par arrachement ou écrasement. Cette plaie est irrégulière avec une atteinte des tissus sous-jacents.

II.3.1.2 Gravité de la plaie

Au-delà de l'aspect de la plaie, il convient également d'en distinguer rapidement la gravité pour adapter rapidement les soins. Ainsi :

- **Une plaie est considérée comme simple** lorsqu'il s'agit d'une petite coupure superficielle, d'une éraflure saignant peu, et qui n'est pas située au niveau d'un orifice naturel ou de l'œil.
- **Une plaie est considérée comme grave** du fait, entre autres :
 - o D'une hémorragie associée : dans ce cas adopter la conduite adaptée à la situation (*cf. supra* : hémorragies).
 - o D'un mécanisme pénétrant (objet tranchant ou perforant, morsures, projectiles).
 - o De sa localisation : cou, thorax, abdomen, œil, orifices naturels.
 - o De son aspect (déchiquetée, écrasée).
 - o De plaies multiples.
 - o De sa profondeur (lésions vasculaires, ostéo-articulaires, viscérales).
 - o De signes d'infection (*cf. infra* : signes d'infection d'une plaie).

En cas de doute, la plaie doit toujours être considérée comme grave.

II.3.1.3 Signes d'infection d'une plaie

Le pharmacien se doit de connaître les différents signes qui marqueront l'infection d'une plaie et devront de ce fait amener à une consultation médicale.

Les signes locaux :

- Une rougeur marquée (écarlate).
- Une sensation de chaleur autour de la plaie.
- Un gonflement des berges de la plaie.
- La présence de pus.
- Une odeur nauséabonde.
- Une adénopathie (les ganglions du cou, des aisselles et de l'aîne enflés et sensibles).

Les signes généraux :

- Une hyperthermie.
- Des frissons.
- Des sueurs.
- Une soif importante.
- Une altération de l'état général.

Une plaie sera d'autant plus grave que la vaccination antitétanique n'est plus à jour, la consultation médicale sera alors indispensable afin de régulariser la situation et protéger ainsi la victime de toute complication pouvant mener au tétanos(43).

Les personnes dans les âges extrêmes de la vie sont plus sensibles aux risques d'infection de par leurs fragilités respectives ; les nourrissons et les personnes âgées sont de ce fait plus fragiles. Les risques d'infection sont également augmentés si la victime souffre de diabète ou d'immunosuppression (VIH, chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur en cas de greffe...)(30).

II.3.2 Plaie externe ouverte simple cas général

La plaie doit être nettoyée pour éliminer les matières organiques, les germes, les corps étrangers superficiels et mobiles ainsi que, le cas échéant ; les tissus nécrosés ou voués à la nécrose, éventuellement désinfectée puis protégée par un pansement(1,30,41).

II.3.2.1 Protection du sauveteur

Le but ici va être principalement d'éviter le risque d'AES (*cf. supra* : prévention du risque d'AES).

Aussi, si possible et avant toute manipulation, le pharmacien doit se laver soigneusement les mains, se munir de gants à usage unique puis, les soins terminés, se laver à nouveau les mains. Chaque lavage de mains se fera selon le protocole vu précédemment (*cf. supra* : un mot sur l'hygiène).

II.3.2.2 Nettoyage de la plaie

Le nettoyage, à proprement parler, de la plaie s'effectue en trois étapes : la détersion, le rinçage et le séchage. Cette opération permet de dissoudre les matières organiques et d'éliminer la majeure partie des micro-organismes responsables des infections. Ainsi :

- **Détersion** : Nettoyer doucement la plaie à l'eau et au savon (ou Bétadine scrub®) à l'aide d'une compresse stérile. Bien faire mousser, progresser du centre vers la périphérie de la plaie (sans la toucher directement avec les mains) et déborder sur la peau saine où il est plus facile de retirer les souillures. Prendre soin de ne pas éliminer les caillots sanguins en formation, il ne faudra pas appuyer trop fort et être attentif aux gestes.
- **Rinçage** : Le rinçage complète la détersion et supprime toute trace de savon. On rince abondamment la plaie au sérum physiologique stérile.
- **Séchage** : Le séchage termine la détersion. On sèche la plaie par tamponnement avec des compresses de gaze stériles (saisir la compresse par les coins et ne pas toucher le centre).

II.3.2.3 Antisepsie de la plaie

L'étape d'antisepsie n'est pas toujours nécessaire. Il faudra juger de son utilité selon les cas. Elle sera par exemple superflue devant une plaie simple propre et peu profonde(44).

Les antiseptiques cutanés sont des agents capables de réduire temporairement le nombre de micro-organismes se trouvant à la surface du corps. Comme nous avons pu le voir plus haut (*cf. supra* : choix

de l'antiseptique), nous préférons pour le soin des plaies simples : la Chlorhexidine (préférentiellement) ou l'hypochlorite de sodium.

II.3.2.4 Protection de la plaie

Cette technique est indiquée pour protéger une plaie, après son nettoyage et éventuellement sa désinfection. En protégeant la plaie de nouvelles souillures, le pansement limite le risque d'infection secondaire.

Pour les plaies qui saignent encore légèrement au moment de la protection, il est indispensable d'appliquer une interface grasse avant de recouvrir, cela va éviter que le pansement ne se solidarise aux caillots de coagulation ou le bourgeon de cicatrisation. En effet, le retrait du pansement signifierait alors le retrait de la croûte en formation et donc la réouverture de la plaie, cela serait non seulement contre-productif mais également douloureux pour le patient.

Comme nous avons pu le voir précédemment, il existe différents types de pansements (*cf. supra* : choix du pansement) chacun étant adapté à un ou plusieurs types de plaies. Pour rappel, et dans le cas présent, le choix pourra se porter :

- Sur un pansement sec (par exemple CosmoporE® ou Urgosteril®).
- Sur un pansement hydrocolloïde (par exemple Comfeel® ou Duoderm®...) si la plaie est exsudative.
- Sur un pansement à base d'argent (par exemple Mepilex Ag®, Allevyn Ag®...) sur les plaies à fort risque infectieux (ex : morsure, lésion provoquée par un objet sale, plaies souillées...).
- Sur un pansement hémostatique peut être utilisé sur les plaies saignant abondamment.
- Sur un strip, pour les coupures franches (lorsque la réalisation de points de suture ne sera pas nécessaire).
- Sur des compresses ou un tulle gras maintenus par un filet tubulaire ou du sparadrap, s'il faut improviser ou dans le cas où un pansement adhésif ne trouverait pas sa place.

Avec un pansement adhésif (i.e. : prêt à l'emploi), il faudra procéder comme suit :

1. Choisir le pansement adapté à la plaie et le sortir de son emballage stérile.
2. Appliquer le pansement sur la plaie simple ; compresse centrée sur la plaie, en retirant les protections des zones autocollantes. Il ne faut jamais toucher la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie (compresse) avec les doigts, même gantés.
3. Appliquer les parties collantes sur la peau saine et les lisser avec le doigt pour augmenter l'adhésion et donc la protection.

II.3.3 Soins d'attente face à une plaie grave

Rappelons, à toute fin utile, qu'avant toute manipulation de la plaie, le pharmacien doit se laver les mains (et dans l'idéal se ganté).

Face à une plaie grave, il faut identifier la situation pour agir de manière rapide et efficace(30) :

- Si la victime présente une détresse vitale :
 - Appliquer la conduite à tenir adaptée selon la détresse vitale constatée (*cf. supra* : situations d'urgence)
 - Ne jamais retirer le corps étranger pénétrant le cas échéant.
 - Protéger la plaie par un pansement stérile humidifié (eau stérile ou sérum physiologique).
- En l'absence de détresse vitale :
 - Installer la victime dans la position adaptée à sa situation.
 - Ne jamais retirer le corps étranger pénétrant le cas échéant.
 - Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries (si elle est en extérieur).
 - Demander un avis médical en transmettant le bilan dressé par le pharmacien.
 - Surveiller la victime jusqu'à sa prise en charge par les secours.

Dans le doute et pour éviter tout faux-pas, il faut considérer que la victime ne doit ni boire ni manger dans le cas où une intervention chirurgicale devrait avoir lieu.

Nous allons détailler, ci-après, quelques cas de figures : plaie thoracique, abdominale, oculaire et avec corps étranger.

II.3.3.1 Plaie thoracique

La victime d'une plaie thoracique est placée en position demi-assise ou assise pour faciliter sa respiration : surtout pas sur le dos. Libérer la victime des entraves vestimentaires. La position demi-assise facilite les mouvements respiratoires abdominaux en libérant le diaphragme du poids des viscères. Il convient donc de :

- Caler le dos et la tête de la victime, si besoin, se placer derrière la victime, à genoux, pour la maintenir.
- Surélever le thorax par rapport au reste du corps.
- Mettre à l'horizontal ou légèrement fléchis les membres inférieurs de la victime.
- Protéger la plaie du milieu extérieur par des compresses stériles ou pansements américains type Zétuvit®.
- Couvrir la victime.
- Maintenir la victime consciente et surveiller ses paramètres cardio-pulmonaires.

II.3.3.2 Plaie abdominale

La victime d'une plaie abdominale est allongée sur le dos avec les membres inférieurs légèrement surélevés afin de diminuer la tension des muscles abdominaux et la douleur. La plaie est protégée

contre tout contact par un emballage stérile. Protéger la plaie par des compresses stériles ou pansement américain type Zétuvit® imprégnés de sérum physiologique.

II.3.3.3 Plaie oculaire

Une plaie oculaire peut entraîner une cécité définitive si elle n'est pas traitée rapidement. Aucun examen oculaire et aucune manipulation de l'œil ne seront pratiqués par le pharmacien si une telle plaie est soupçonnée. Toutes les mesures seront prises pour éviter les mouvements de l'œil atteint. La position de la victime allongée sur le dos sans bouger doit être strictement respectée et l'œil atteint doit être protégé. Le but est d'éviter l'issue de l'humeur vitrée par la plaie. Il convient :

- D'empêcher la victime de faire des mouvements ou des efforts inutiles (des efforts de toux par exemple).
- D'allonger la victime horizontalement sur le dos.
- De caler la tête de la victime pour qu'elle reste droite et immobile, le pharmacien peut se placer de telle sorte à caler la tête de la victime entre ses genoux ou ses mains.
- De poser une coque protectrice stérile, car le risque d'infection locale est grand, mais pas de pansement compressif oculaire. Couvrir les deux yeux, si cela ne provoque pas trop de stress chez la victime, pour éviter que les mouvements de l'œil sain n'entraînent l'œil atteint. Toutefois, si le stress est trop important cela risque d'augmenter la pression intraoculaire : il faudra donc s'adapter à l'état de la victime.

II.3.3.4 Plaie avec corps étranger

La présence d'un corps étranger peut s'ajouter à n'importe quel autre type de plaie. La présence d'un corps étranger est souvent un facteur aggravant puisqu'il risque d'entraîner des complications pour la prise en charge, voire la cicatrisation.

II.3.3.4.A Types de corps étrangers

Face à ce type de plaie, le but principal est d'éviter l'aggravation des lésions par la manipulation des corps étrangers. Aussi, en cas de doute, ne pas toucher ou tenter de les extraire si cela présente un risque d'aggraver la situation. L'attitude du pharmacien va différer selon la nature du corps étranger qu'il soit superficiel ou profond :

- Corps étrangers petits et/ou superficiels :

Les plus petits peuvent être éliminés avec soin de la surface de la plaie (ex : échardes) :

- Avec le bord d'une compresse ou un morceau de tissu.
- Par rinçage avec de l'eau ou de l'eau oxygénée 10 volume faiblement bactériostatique, hémostatique et possédant un effet mécanique de nettoyage des plaies dû à son effervescence.
- À l'aide d'une pince à échardes à condition de les retirer suivant l'angle de pénétration.

- Corps étrangers de grande taille et/ou profonds :

Leur manipulation est strictement interdite. En effet, le retrait de ce type de corps étranger ne peut être réalisé que lorsque ont été mis en œuvre les moyens de réanimation permettant de parer à la survenue d'un état de choc. Le retrait peut engendrer une hémorragie ou des lésions surajoutées.

- Corps étranger liquide :

Une plaie par injection d'un liquide sous pression, en plus d'être grave, sera considérée comme une plaie avec corps étranger. De fait, en présence d'une plaie par injection de liquide sous pression, il faut s'efforcer de recueillir la nature du produit injecté et la valeur de la pression d'injection, si possible, afin de pouvoir transmettre cette information aux secours le moment opportun.

II.3.3.4.B Évacuation d'une victime avec un corps étranger non amovible

En vue d'un transport, la protection de l'ensemble « plaie-corps étranger » se fera comme suit :

- Poser une compresse stérile sur la partie qui dépasse.
- Fixer le tout par un bandage en évitant toute pression sur le corps étranger pour ne pas aggraver les lésions.
- Interdire à quiconque, y compris la victime, de toucher ou tenter d'extraire le corps étranger.
- Éviter les déplacements inutiles de la victime.
- Calmer l'agitation de la victime et des proches si besoin.
- Lever la partie blessée au-dessus du niveau du cœur.

II.3.3.5 Plaie de la main et des doigts

Une telle plaie est souvent de nature complexe, avec un risque élevé d'atteinte de la sensibilité ou de la motricité de la main et des doigts. Elles nécessitent donc une évaluation complète et une exploration chirurgicale, quel que soit le degré de gravité, et plus encore dans l'un des cas suivants :

- Contexte tellurique, agricole, animal.
- Douleur intense.
- Plaie punctiforme.
- Plaie par écrasement (doigt dans une porte) ou arrachement (retrait violent d'une bague).
- Plaie par verre.
- Plaie chez l'enfant.

Ce qu'il faut faire face à ce type de plaie :

- 1- Enlever toutes les bagues aussi rapidement que possible, sauf en cas de plaie causée par l'arrachement de la bague. Si le retrait est difficile, utiliser de l'eau et du savon ou la méthode de l'enroulement autour d'un fil :
 - Enrouler un fil autour du doigt depuis l'ongle vers la racine puis introduire l'extrémité proximale sous la bague.

- Faire passer le fil sous la bague que l'on fait tourner autour du doigt tout en exerçant une traction vers l'extrémité du doigt. La bague glissera alors du doigt par débobinage.
- 2- Arrêter l'hémorragie, s'il y a lieu, à l'aide d'un pansement compressif (*cf. supra* : hémorragies).
 - 3- Nettoyer la plaie et réaliser un pansement protecteur.
 - 4- Orienter la victime vers son médecin traitant ou vers un centre de services d'urgences de la main. Pour le Calvados, la clinique de la main se situe à Caen, cette dernière bien que distincte géographiquement est rattachée à la clinique Saint Martin(45).

II.3.4 Plaie simple fermée : ecchymose, hématome

Les contusions sont des plaies fermées consécutives à une chute ou à un coup porté par un objet contondant. Le choc entraîne une rupture des petits vaisseaux mais peut également provoquer des lésions des structures sous-jacentes, notamment des muscles, des os et des organes internes. On en distingue deux types : les hématomes et les ecchymoses.

II.3.4.1 Définitions des hématomes et ecchymoses

Les **hématomes** sont des lésions cutanées qui peuvent survenir après un choc brutal (chute d'objet sur le pied, coup) ou à la suite de chocs répétés (pendant une course d'endurance par exemple). Ils résultent de la rupture de vaisseaux sanguins qui provoque une accumulation de sang dans les tissus ou les organes adjacents donnant ainsi une couleur bleutée et gonflée. Lorsque la paupière est touchée ; le gonflement local peut refermer l'œil complètement et empêcher la vision (« œil au beurre noir »).

Les **ecchymoses** sont des épanchements de sang diffus qui résultent d'un choc moins brutal. Elles se présentent sous la forme de tâches bleu-violacé et leur gonflement est moins volumineux et moins spectaculaire que celui des hématomes. Au-delà de quelques jours, la couleur de ces lésions évolue du bleu violacé au jaune, puis au verdâtre(41,46,47).

II.3.4.2 Prise en charge des hématomes et ecchymoses

Dans l'ensemble, ils guérissent spontanément en quelques jours.

L'application rapide de glace après le choc puis d'un pansement compressif permet de limiter leur taille(47). Par la suite, il est possible de proposer au patient l'application de crèmes ou gels à base d'arnica, à raison de 2 à 3 applications par jour ou de l'Hémoclar® entre 2 et 4 fois par jour(48).

Le pharmacien limitera son action au strict nécessaire et orientera la victime vers une consultation médicale dans les cas suivants(46) :

- Coup à l'œil avec altération de la vue : risque de décollement de la rétine.
- Hématome au niveau des organes génitaux ou de l'oreille (oreille dite en « chou-fleur »).
- Hématome de grosse taille : supérieure à la taille d'un abricot.
- Hématome provoquant douleur et engourdissement des mains.

- Hématome rouge, chaud et douloureux.

En attendant la consultation, on peut faire pression sur la zone de l'hématome avec une poche de glace enveloppée de tissu.

II.3.5 Cas particulier du traumatisme dentaire : délogement d'une dent

En présence d'un traumatisme dentaire (délogement d'une dent suite à un choc)(30) :

1. Se laver les mains avec de l'eau et du savon ou utiliser une solution hydro-alcoolique. Se protéger par le port de gants si possible.
2. Aider la personne à arrêter le saignement dans la bouche. Pour cela :
 - Demander à la victime de se rincer la bouche avec de l'eau, si possible froide.
 - Appliquer une compresse humide sur la zone qui saigne dans la bouche. Ne pas le faire si la victime risque d'avaler la compresse (par exemple, une personne agitée ou qui présente des troubles de la conscience).
 - Demander à la victime de mordre la compresse humide.
3. Récupérer la dent tombée en la saisissant par la couronne et pas par la racine.
4. Rincer la dent si elle est souillée pendant 10 secondes maximum avec du sérum physiologique ou sous l'eau courante.
5. Faire transporter la dent tombée avec la victime. Pour cela, il convient de conditionner la dent pour la protéger pendant le trajet :
 - Dans la bouche du patient si cela est possible et que le patient ne risque pas de l'avaler ou de se blesser.
 - Conserver la dent dans un petit récipient contenant du lait de vache, du sérum physiologique ou, mieux encore : de la salive de la victime. Il ne faut pas la conserver dans de l'eau du robinet ou à l'air libre(49).
 - À défaut, l'envelopper dans un film étirable alimentaire.
6. Indiquer à la victime de consulter immédiatement un chirurgien-dentiste.

II.3.6 Cas particulier d'une hémorragie interne extériorisée simple : l'épistaxis

L'épistaxis est une hémorragie interne extériorisée pour laquelle le pharmacien d'officine peut effectuer les soins, toutefois il devra rester vigilant face à d'éventuels signes de gravité (ex : choc important, nausées et/ou vertiges associés) qui imposeront une consultation médicale. La marche à suivre dans le cas général de l'épistaxis est assez simple(30) :

Prise en charge de l'épistaxis	
La victime :	<ul style="list-style-type: none"> - Présente un saignement du nez spontané (stress, émotion, soleil) ou dû à un traumatisme léger (coup, choc).

Il faut :

1. Placer la victime en position assise, tête penchée en avant, pour éviter qu'elle n'avale son sang.
2. Demander à la victime de se moucher fortement. Puis se comprimer immédiatement les narines avec le pouce et l'index durant dix minutes.
3. La victime doit respirer par la bouche, si possible sans parler.
4. Si le saignement ne s'arrête pas au bout de dix minutes, demander un avis médical.

Dans le cas où la victime présenterait un saignement du nez suite à une fracture, mettre la victime sur le côté afin de favoriser l'écoulement du sang et ne pas comprimer. Orienter la victime vers une consultation médicale et/ou le service des urgences afin d'écartier tout risque de complication et replacer correctement, le cas échéant, les cartilages du nez.

II.3.7 Plaie par morsure ou griffure

Cf. infra : partie consacrée aux piqûres et morsures pour plus de détails.

L'essentiel :

Les plaies par morsures ou griffures, qu'elles soient dues à un animal ou à un homme, sont hautement septiques. Les plaies engendrées par les morsures, notamment, sont souvent complexes et le risque de délabrement cutané lié au traumatisme est de ce fait très élevé. Pour toutes ces raisons, elles sont donc considérées comme des plaies graves et nécessitent une consultation médicale(30,41,46).

II.4 Brûlures

Une brûlure est une lésion de la peau et/ou des voies aériennes ou des voies digestives provoquée par la chaleur, les substances chimiques, l'électricité, le frottement ou due à des radiations. La gravité des brûlures dépend de plusieurs critères : les caractéristiques propres de chaque brûlure (localisation, profondeur, étendue) et l'existence ou non de complications.

II.4.1 Généralités sur les brûlures

Les brûlures sont des accidents fréquents et dans la grande majorité des cas le fait d'accidents domestiques. Elles touchent tous les âges de la vie du nourrisson jusqu'aux personnes âgées. Une brûlure est une lésion évolutive dans le temps, c'est pourquoi le pharmacien devra en apprécier la gravité avant d'effectuer d'éventuels soins locaux, tant les complications (infection, mauvaise cicatrisation...) peuvent être lourdes de conséquences. L'interrogatoire de la victime ou des témoins va permettre de déterminer l'heure exacte de survenue de l'accident et la nature de l'agent vulnérant.

II.4.1.1 Caractéristiques de la brûlure

La reconnaissance d'une brûlure est en règle générale facile. Que la victime présente ou pas une détresse vitale ; le secouriste analyse les caractéristiques et, par là même, la gravité d'une brûlure. La

gravité des brûlures augmente en proportion avec leur nombre ; chaque brûlure doit être individualisée pour la prise en charge. Une brûlure se caractérise par :

- Son **aspect**.
- Son **étendue**.
- Sa **localisation**(46).

II.4.1.1.A Aspect de la brûlure

L'aspect des brûlures diffère en fonction de la profondeur de celle-ci :

- Une peau rouge, sèche et douloureuse traduit une atteinte superficielle.
- Des cloques ou phlyctènes, uniques ou multiples et plus ou moins étendues, accompagnées d'une douleur forte ou modérée, traduisent une atteinte plus profonde. Elles peuvent se rompre spontanément en libérant un liquide clair. Leur apparition peut être retardée. L'aspect humide d'une zone brûlée en dehors d'un refroidissement à l'eau signe une atteinte plus profonde.
- Une pâleur cireuse, un aspect noirâtre ou brunâtre de la peau traduit une atteinte très profonde de toutes les couches de la peau. Ces brûlures sont souvent peu douloureuses car les terminaisons nerveuses ont été détruites.

A noter toutefois qu'une même zone brûlée peut revêtir plusieurs aspects conjoints.

II.4.1.1.B Étendue de la brûlure

L'étendue de la brûlure doit être évaluée car la surface atteinte conditionne grandement la conduite à tenir. Pour évaluer cette étendue, le secouriste peut s'aider de différentes règles dont la plus connue, chez l'adulte, est la règle de Wallace. Chez l'enfant et pour des petites surfaces, il peut s'aider de la surface de la main (paume et doigts) de la victime qui est égale à 1% de la surface totale de la peau de la victime, quel que soit l'âge.

Trois moyens permettent de déterminer l'étendue de chaque brûlure cutanée. Il s'agit de :

- Une méthode de calcul simplifiée.
- La règle des NEUF de WALLACE.
- La table de LUND-BROWDER.

Méthode de calcul simplifiée

Face à l'urgence la méthode de calcul simplifiée est de loin la plus simple et la plus rapide. Ceci car c'est la paume de la main de la victime qui est utilisée comme référence. Cette dernière représente environ 1% de la surface corporelle de la victime. Si la surface totale est supérieure à la moitié de la paume de la main de la personne brûlée, il s'agit d'une brûlure grave(30).

Règle des NEUF de WALLACE

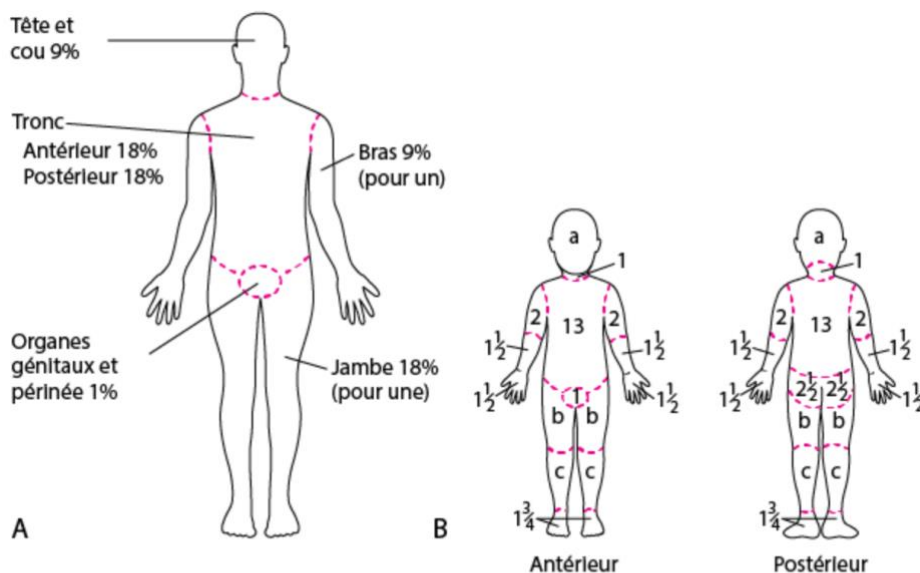
La règle des Neuf de Wallace fait correspondre à chaque partie du corps d'un adulte un certain pourcentage de surface cutanée. Le tableau ci-dessous (Tableau 4) indique le pourcentage de surface cutanée attribué à chaque partie du corps(1).

Tableau 3 : Règle des 9 de WALLACE

Tête		9%
Tronc	Face antérieure	18%
	Face postérieure	18%
Membres supérieurs	Droit	9%
	Gauche	9%
Membres inférieurs	Droit	18%
	Gauche	18%
Organes génitaux externes		1%
Total		100%

Table de LUND-BROWDER (figure 11)

Cette table est particulièrement adaptée à la population pédiatrique pour laquelle la table de WALLACE est inadaptée par différence morphologique(50). Nous la citons ici à titre indicatif.



Pourcentage relatif de la de surface corporelle (% de BSA) affectée par la croissance

Parties du corps	Âge				
	0 an	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
a = 1/2 de la tête	9 1/2	8 1/2	6 1/2	5 1/2	4 1/2
b = 1/2 de 1 cuisse	2 3/4	3 1/4	4	4 1/4	4 1/2
c = 1/2 de 1 mollet	2 1/2	2 1/2	2 3/4	3	3 1/4

Figure 11 : Table de LUND-BROWDER

II.4.1.1.C Localisation de la brûlure

La **localisation** de la brûlure doit être décrite avec précision, notamment s'il s'agit de localisations particulières comme :

- Les brûlures des voies aériennes, objectivées par la présence de traces noires autour des narines et de la bouche ou de la langue, l'existence de toux ou de crachats noirs (qui seront systématiquement recherchés en cas de victimes d'incendie) ou de la modification de la voix qui devient rauque.
- Les brûlures des mains, des plis de flexion, du visage.
- Les brûlures à proximité immédiate des orifices naturels. Une brûlure par ingestion doit être suspectée chez une personne qui, après avoir absorbé un liquide brûlant ou caustique présente de violentes douleurs dans la poitrine ou à l'abdomen, parfois associées à des lésions de brûlure (chaleurs) ou des traces blanchâtres (caustiques) au niveau des lèvres ou de la bouche.

Une brûlure par inhalation doit être suspectée chez une personne qui a respiré des fumées d'incendies ou inhalé des produits chimiques(30).

II.4.1.2 Évaluation de la gravité de la brûlure

La brûlure est une lésion de la peau, des muqueuses (voies aériennes ou digestives) et des tissus sous-jacents. Elle peut être provoquée par la chaleur, des substances chimiques, l'électricité, le frottement ou des radiations. Nous parlerons de :

- **Brûlure simple**, lorsque nous serons en présence de rougeurs de la peau chez l'adulte ou d'une cloque dont la surface est inférieure à celle de la moitié de la paume de la main de la victime.
- **Brûlure grave**, dès lors que nous serons face à :
 - o Une ou plusieurs cloques dont la surface totale est supérieure à celle de la moitié de la paume de la main de la victime.
 - o Une destruction plus profonde (aspect blanchâtre, couleur peau de chamois ou noirâtre parfois indolore) associée souvent à des cloques et à une rougeur plus ou moins étendue.
 - o Un aspect circulaire (qui fait le tour du cou ou d'un membre), car pouvant engendrer un effet garrot.
 - o Une brûlure dont la localisation est sur le visage ou le cou, les mains, les articulations ou au voisinage des orifices naturels. A noter que les brûlures de la bouche et du nez doivent toujours faire craindre la survenue rapide d'une difficulté respiratoire, en particulier si elles sont associées à une raucité de la voix.
 - o D'une rougeur étendue (un coup de soleil généralisé par exemple) de la peau chez l'enfant.

- D'une brûlure d'origine électrique ou radiologique(30,41,46).

La gravité de la brûlure sera plus ou moins importante en fonction de ses différentes caractéristiques. Certaines brûlures sont du domaine du médecin traitant, d'autres nécessitent une prise en charge par un véhicule d'évacuation et de premiers secours pour être acheminées vers un service d'urgence. Enfin, les brûlures les plus graves nécessitent une médicalisation de leur transport avant leur acheminement vers un centre de traitement des brûlures(51).

II.4.1.3 Complications et conséquences d'une brûlure

Suivant son étendue, sa profondeur et sa localisation, la brûlure peut provoquer :

- Une douleur sévère.
- Une défaillance circulatoire par perte de liquide.
- Une défaillance respiratoire dans les brûlures du cou ou du visage ou par inhalation de vapeur ou de fumée.
- Une infection, plus tardive, puisqu'une brûlure est d'abord stérile car les germes sont détruits en même temps que la peau. Néanmoins, la barrière cutanée étant dégradée : la brûlure est plus susceptible de s'infecter par la suite. Une brûlure est d'autant plus grave que les signes d'infection locaux, locaux-régionaux et généraux sont présents. Ils sont à redouter lorsque des phlyctènes sont rompues ou que la brûlure est prise en charge tardivement(30).

Même après avoir supprimé la cause de la brûlure, ses effets se poursuivent. Aussi, sans action immédiate, cette dernière peut s'étendre en profondeur et en surface. A ce titre, l'intervention du pharmacien sera primordiale.

II.4.2 **Brûlure externe simple cas général**

Nous allons maintenant voir en détail les différentes étapes à suivre lors de la prise en charge d'une brûlure à l'officine(1,30,41) :

- Déshabillage de la victime.
- Refroidissement de la partie brûlée.
- Protection de la brûlure.

II.4.2.1 Déshabillage de la victime

On retire les vêtements et si possible les bijoux (pouvant réaliser une constriction de la région brûlée lors de la formation de l'œdème) de la région brûlée afin d'optimiser les effets de l'aspersion et prévenir l'aggravation des lésions. Il ne s'agit pas d'effectuer un déshabillage complet car il nécessiterait beaucoup trop de manipulations. Retirer tous les vêtements de surface, les découper aux ciseaux si nécessaire :

- Imbibés par un liquide chaud.
- Imbibés par un produit caustique (attention : être ganté pour cela).

- Non adhérents à la peau : manteau, pull, veste...
- Constitués de tissus synthétiques continuant à se consumer sans flamme apparente.

II.4.2.2 Refroidissement de la partie brûlée

On refroidit la zone brûlée dans le but de limiter l'étendue de la brûlure, diminuer l'œdème et la douleur. Le refroidissement précoce concerne tous les types de brûlure : thermiques, chimiques ou électriques. Attention tout de même, le refroidissement d'une brûlure étendue ne doit pas être entrepris si la température extérieure est inférieure à 15°C et/ou si la victime est en état de choc car il existe alors un risque d'hypothermie.

On réalise le refroidissement de la zone brûlée en l'arrosant avec de l'eau. Pour cela, on placera la victime :

- A proximité d'une source d'eau froide.
- De telle sorte qu'aucune pression ne soit être exercée sur les parties brûlées.
- Si possible : allongée confortablement (sur le dos ou le ventre selon les parties brûlées) sur un plan dur légèrement incliné. La tête est légèrement surélevée par rapport aux pieds pour assurer le ruissellement de l'eau et éviter l'effet baignoire, ou en position demi-assise si la victime présente une difficulté respiratoire, les parties indemnes sont protégées par un dispositif imperméable afin d'éviter une hypothermie.

L'arrosage doit être :

- **Doux** : laisser couler l'eau sous l'action de la pesanteur ou la faire ruisseler sans frotter entre la peau et les vêtements.
- **Abondant** : de grands débits et de grandes quantités d'eau sont nécessaires.
- **Large** : l'arrosage déborde largement la partie brûlée pour en limiter l'extension.
- **Prolongé** : 10 minutes au minimum, voire 20 minutes dans le cas des brûlures chimiques.

II.4.2.3 Protection de la brûlure

Avant toute intervention, le pharmacien se nettoiera les mains et se gantera. En cas de brûlure simple, il faut agir comme suit selon les cas :

- Ne pas percer la cloque car, intacte, elle réalise une protection efficace contre l'infection.
- Appliquer une pommade cicatrisante type Biafine® ou Flammazine® en couche épaisse et/ou du tulle gras afin que le pansement n'adhère pas à la brûlure.
- Pour les petites brûlures ou coup de soleil on peut utiliser des pommades type à base de Trolamine ou Osmosoft®.
- Ne pas appliquer d'antiseptiques colorés, d'alcools, de corticoïdes (retard de cicatrisation) ni d'antibiotiques locaux (risque d'effets indésirables et de résistances).

- Couvrir avec un pansement non adhérent. Tenir le dispositif pansement non adhérent ou compresse avec une bande extensible, bande de crêpe ou un filet tubulaire à maille élastique sans serrer (il ne faut pas faire garrot).
- Surveiller l'évolution comme une plaie simple.
- S'il s'agit la victime n'est pas vaccinée contre le tétanos et/ou si des signes d'inflammation sont présents : rougeur, douleur, gonflement, chaleur et présence de pus, orienter la victime vers une consultation médicale.

II.4.3 Soins d'attente face à une brûlure grave

Les brûlures graves (produits chimiques, électriques, inhalation...) nécessiteront impérativement l'appel aux services médicaux d'urgence et des soins d'attente(30).

Avant toute chose, il va falloir supprimer l'exposition à l'agent causal de la brûlure, par exemple et selon les cas :

- Éteindre un feu à l'aide d'un extincteur.
- Supprimer le contact avec un courant électrique.
- Se protéger du rayonnement solaire.
- Retirer les vêtements imbibés de liquide bouillant.
- S'éloigner d'une zone d'exposition à un gaz ou des vapeurs.

Les brûlures graves se rencontrent moins fréquemment à l'officine, néanmoins, voici quelques recommandations si la situation se présente, dans l'attente de l'arrivée des secours, selon les circonstances :

- **En cas de brûlure interne par inhalation**, placer la victime en position demi-assise si elle a du mal à respirer.
- **En cas de brûlures par produits chimiques :**
 - Si projection sur la peau et les vêtements : ôter en se protégeant ou faire ôter immédiatement les vêtements imbibés de produit et arroser abondamment à l'eau claire, le plus possible pour éliminer le produit en cause et jusqu'à l'arrivée des secours.
 - Si projection de liquide dans l'œil : rincer l'œil abondamment à l'eau le plus tôt possible, en prenant soin que l'eau de lavage ne coule pas sur l'autre œil.
 - Si brûlures internes par ingestion : ne pas faire vomir, ne pas donner à boire, surveiller la victime et garder l'emballage du produit chimique en cause et le produit restant si disponible. Si la victime présente un arrêt cardio-respiratoire, effectuer un massage cardiaque externe mais **en aucun cas couplé à des insufflations**.
- **Dans tous les autres cas de brûlure grave :**
 - Après l'arrosage, installer la victime dans la position où elle se sent le mieux sans appui sur la région brûlée.

- Protéger la brûlure par un pansement non adhérent, si la surface est étendue envelopper la victime dans un linge propre ou une couverture de survie stérile isotherme.
- N'appliquer aucun topique.
- Couvrir la victime pour lutter contre le refroidissement.
- La surveiller de manière continue, lui parler, la réconforter si nécessaire(30).

II.5 Traumatisme des membres

Un traumatisme des membres survient suite à un choc, une chute (lors des activités de sport, de travail ou de loisir), un accident de circulation voire une agression. La victime peut avoir subi un traumatisme :

- **Direct** : la lésion se situe à l'endroit du choc.
- **Indirect** : la lésion est provoquée par un mouvement forcé en flexion, en extension ou en rotation.
- **Par pénétration d'un corps étranger** : blessures par arme à feu.

II.5.1 Caractéristiques des traumatismes des membres

Nous retrouvons plusieurs types de lésions sous l'appellation de « traumatisme des membres » : entorse, luxation et fracture. Comme nous le verrons plus bas (*cf. infra* : cas particulier de l'entorse), seule l'entorse pourra être prise en charge à l'officine sans nécessairement recourir à un avis médical(41,46).

II.5.1.1 Définition des traumatismes des membres

Un traumatisme des membres est suspecté si la victime peut nous rapporter :

- La perception d'un craquement au moment de la chute ou du choc.
- Une douleur vive à l'endroit de la blessure ou à côté, augmentée par le mouvement ou la palpation.
- Une difficulté voire de l'impossibilité à bouger le membre atteint ou à se déplacer.

À l'examen, on peut trouver une déformation et un gonflement visibles au niveau de la lésion. Sinon il est possible de retrouver une manifestation douloureuse lors de la palpation ou de la mobilisation de la victime. La présence de l'ensemble de ces signes doit faire suspecter une fracture.

Si la plupart des lésions des os et des articulations sont évidentes, elles peuvent être parfois plus difficiles à identifier. Le traumatisme de membre sera alors seulement suspecté par le secouriste et confirmé éventuellement lors de l'examen médical et radiographique(30).

II.5.1.2 Types des traumatismes des membres

Nous retiendrons trois types de traumatismes des membres :

- L'**entorse**, qui est une lésion traumatique avec élongation, déchirure ou arrachement d'un ou plusieurs ligaments à la suite d'un mouvement exagéré ou forcé de l'articulation (faux

mouvement), créant un écartement transitoire des deux extrémités osseuses. Une entorse peut s'accompagner d'un arrachement osseux.

- La **luxation**, qui est une lésion traumatique d'une articulation avec perte complète et permanente des rapports articulaires normaux : l'articulation est déboîtée. Les deux extrémités des os ne sont plus au contact l'une de l'autre. Ce déplacement s'accompagne le plus souvent d'une lésion, voire d'une déchirure des ligaments qui entouraient et maintenaient l'articulation. Parfois, la luxation s'accompagne d'une fracture ou d'une atteinte des nerfs et des vaisseaux.
- La **fracture**, qui est une rupture totale ou partielle de l'os. Elle est dite :
 - Simple : lorsqu'il n'existe pas de lésions associées visibles.
 - Compliquée : lorsqu'il existe des lésions des structures adjacentes (nerfs, ligaments, muscles, vaisseaux), lorsqu'elle est accompagnée d'une plaie (fracture ouverte) et/ou si elle est déplacée.

II.5.1.3 Complications des traumatismes des membres

Les traumatismes des membres peuvent s'accompagner de complications telles que :

- Une atteinte des vaisseaux : gonflement du membre (hématome), extrémité du membre froide et pâle.
- Une lésion des nerfs : la victime perçoit des fourmillements à l'extrémité du membre atteint. Il existe parfois une disparition de la sensibilité ou de la motricité des doigts ou des orteils.
- Une plaie, il s'agit alors d'une fracture ouverte qui peut être hémorragique, dans ce cas traiter l'hémorragie en premier lieu (*cf. supra* : hémorragie).

II.5.2 **Traumatisme des membres cas général**

En cas de doute et dans l'urgence : toujours suspecter une fracture. Aussi, dans le cas général et en l'absence d'identification claire du type de traumatisme, il faut :

- Limiter autant que possible les mouvements du membre blessé.
- Installer la victime :
 - En position allongée, si l'atteinte se situe au niveau d'un membre inférieur, il convient d'indiquer à la victime de ne pas bouger.
 - En position assise, si l'atteinte se situe au niveau d'un membre supérieur. Il convient alors d'indiquer à la victime de placer le membre atteint contre sa poitrine et de le soutenir avec une main dans la position la moins douloureuse possible.
- Immobiliser le membre atteint à l'aide de l'attelle la plus appropriée au cas de figure. Lors de la mise en place de l'attelle, il faut toujours immobiliser la lésion et les articulations situées au-dessus et en dessous.

- Appliquer du froid si possible, sauf s'il s'agit d'une fracture ouverte. L'application de froid a pour effet de limiter le gonflement et diminuer la douleur.
- Demander un avis médical ou les secours selon l'urgence.
- Surveiller la victime en attendant l'arrivée des secours(30).

II.5.3 Cas particulier de l'entorse

L'entorse la plus fréquemment rencontrée à l'officine est l'entorse de la cheville. Celle-ci est souvent bénigne : « cheville foulée ». Il convient donc de savoir quoi faire dans ce cas de figure, et plus généralement face à une entorse bénigne.

II.5.3.1 Caractéristiques de l'entorse

Nous l'avons vu, l'entorse est une atteinte plus ou moins grave des ligaments, nous classerons ainsi les entorses en deux catégories(1,41,46) :

- Entorse bénigne : un ou des ligaments sont simplement distendus. Nous parlons aussi dans ce cas de « foulure ». Il est possible d'observer un gonflement, voire dans certains cas une rougeur. La douleur est plus ou moins vive selon la gravité de l'entorse. L'articulation peut être difficile à mobiliser.
- Entorse grave, dans les cas suivants :
 - o Présence d'un hématome.
 - o Gonflement rapide et important.
 - o Douleurs violentes.
 - o Perception par la victime d'un craquement.
 - o Articulation instable, dont la victime n'arriverait plus à se servir (le cas des luxations et fractures est à craindre).
 - o Symptômes qui perdurent au-delà de 48h.

II.5.3.2 Prise en charge de l'entorse

La prise en charge de l'entorse à l'officine se fait par l'observation du protocole GREC(52) :

- **Glace** appliquée pendant 10 minutes, 4 fois par jour pendant au moins 3 jours. Il faudra prendre soin de ne pas appliquer la glace directement sur la peau.
- **Repos**, en décharge, du membre lésé.
- **Élévation** du membre lésé. Placer, pour cela, la victime en position assise ou couchée.
- **Compression** de l'entorse pour éviter l'œdème : bandage, orthèse ou *strapping*.

A ce protocole, il est possible d'associer un traitement antalgique(46) :

- En *per os* : par paracétamol, chez l'adulte : 1g toutes les 6H. Éviter les anti-inflammatoires en systémique.
- En local : par application d'un gel anti-inflammatoire (ibuprofène, diclofénac...) 3 fois par jour.

II.5.4 Soins d'attente devant un traumatisme grave

En présence d'une fracture(30) :

- **Ouverte, non hémorragique** : recouvrir la plaie d'un pansement stérile, avant l'immobilisation.
- **Ouverte avec saignement abondant** : appliquer la conduite à tenir face à une hémorragie externe (*cf. supra* : hémorragie externe) avant toute immobilisation. Si le saignement est important et massif, réaliser la pose d'un garrot (*cf. supra* : fiche technique pose d'un garrot).
- **Avec déformation** : immobiliser le membre en respectant la déformation. Le réaligement d'une fracture est un geste très douloureux, il est réalisé par un médecin ou à la demande du médecin.
- **Si la victime présente une fracture ouverte, avec un morceau d'os visible ou un corps étranger visible** : ne toucher ni au morceau d'os, ni au corps étranger car leur présence peut limiter le saignement et leur mobilisation pourrait aggraver la lésion.

II.6 Piqûres, morsures et envenimations

L'été est la période des vacances la plus propice à la multiplication des promenades, des baignades et des voyages. Ceci favorise les mauvaises rencontres, en particulier avec les animaux venimeux qui inoculent leur venin par piqûre, morsure ou contact. Les agents responsables d'envenimation sont nombreux et variés : il peut s'agir d'insectes, d'animaux marins ou de serpents...

Le rôle essentiel du pharmacien est de prévenir et d'informer sa patientèle des risques potentiels liés aux envenimations :

- Risque infectieux lié aux circonstances et au mode d'envenimation.
- Risque toxique lié à la nature du venin.
- Risque allergique si l'accident survient chez une personne déjà sensibilisée.

Face à un accident d'envenimation, le pharmacien doit savoir reconnaître les signes de gravité et pouvoir administrer les premiers soins à la victime ou mettre en place les soins d'attente appropriés en attendant la consultation médicale ou l'arrivée des secours.

La première étape consiste à identifier le problème, celui-là même qui a amené le patient à demander conseil. La présentation du problème va reposer sur un interrogatoire minutieux car la prise en charge dépendra essentiellement de l'animal responsable de la lésion.

II.6.1 Agressions par animaux terrestres

Les agressions par animaux sont diverses, il peut s'agir de chiens, chats, serpents, tiques, araignées ou encore d'insectes. Les attaques prendront la forme de morsures, griffures ou piqûres. La prise en charge à l'officine dépend de la symptomatologie et des signes de gravité que nous décrirons systématiquement.

II.6.1.1 Morsures et griffures de mammifères

Nous traiterons ici des lésions provoquées par les chiens, chats, rongeurs, humains... Les morsures provoquées par les chiens sont le plus souvent complexes et délabrantes. Les morsures de chats sont, quant à elles, punctiformes.

II.6.1.1.A Cas général des morsures et griffures de mammifères

Une personne présente une plaie produite par un animal, une douleur et un saignement peu abondant qui s'est arrêté spontanément. Le pharmacien doit rester attentif à cinq critères de gravité qui nécessitent une consultation médicale, voire selon les cas le recours aux secours d'urgence, il s'agit de(1,41) :

- La **localisation** : au visage (cil, paupières), au cou, près d'un orifice naturel, au thorax, abdomen ou dos.
- La **profondeur** : atteinte musculaire, tendineuse et/ou nerveuse.
- La présence d'une **hémorragie**.
- Le **terrain** : un risque infectieux est à craindre chez un patient diabétique, l'immunodéprimé, le jeune enfant, la personne âgée et l'alcoolique chronique sont également plus vulnérables.
- L'**étendue** : le risque infectieux augmente avec la surface.

Prise en charge d'une morsure ou griffure de mammifère
Dans le cas d'une lésion superficielle, sans atteinte musculaire, tendineuse et/ou nerveuse : <ol style="list-style-type: none">1. Laver abondamment avec du sérum physiologique.2. Appliquer un antiseptique.3. Vérifier la vaccination antitétanique de la victime et rabique de l'animal.4. Surélever le membre pour diminuer l'œdème.5. Surveiller la victime et la rassurer si nécessaire. NE PAS : INCISER, SUCER LA PLAIE OU CAUTERISER LA LESION(1).

II.6.1.1.B Cas particulier d'une complication des morsures de mammifère : la rage

La vérification de la vaccination antirabique de l'animal est primordiale dans le cas d'une morsure par mammifère. Il faut pour cela vérifier le carnet de vaccination de l'animal responsable de l'agression. Le protocole de traitement antirabique doit être instauré si l'animal est inconnu, sauvage, enragé ou suspecté de rage.

Dans le cas de la rage, il s'agit d'une vaccination curative, il existe différents schémas de vaccinations fonction de la nature de la plaie et de l'état de l'animal lors de la morsure. La vaccination curative contre la rage est assurée, en France, par les centres antirabiques(53) et peut être réalisée selon deux schémas(54) :

- Schéma classique de 5 injections : une injection intramusculaire à J0, J3, J7, J14, J30. Il est aussi appelé protocole Essen.
- Schéma simplifié de 4 injections : deux injections intramusculaires à J0, une injection à J7 et J21. Il est également appelé protocole Zagreb.

II.6.1.1.C Autres complications des morsures et griffures de mammifères

Au-delà du risque hémorragique immédiat, les morsures et les griffures exposent à plusieurs types d'infection dont les plus notables sont(55) :

- Le **tétanos** dans le cas des morsures souillées, d'où l'absolue nécessité de vérifier le statut vaccinal de la victime.
- La **pasteurellose** : c'est la principale complication infectieuse des morsures animales. De nombreux animaux sont porteurs sains. Les principaux symptômes sont une douleur très intense ainsi qu'un œdème précoce intense.
- La **maladie dite des « griffes du chat »** ou **lymphoréticulose bénigne d'inoculation**. L'inoculation se fait par morsure ou griffure de chat, mais aussi de chien ou de lapin. Une papule apparaît 3 à 5 jours après le traumatisme qui se transforme ensuite en pustule puis en croûte. Quelques semaines après on retrouve une adénopathie régionale. L'évolution est bénigne, sans traitement.

II.6.1.2 Morsures de serpents

La morsure par un serpent est rare en France car les espèces endémiques ne sont pas agressives. Elles ne mordent que lorsqu'elles se sentent acculées et le font donc uniquement pour se défendre (elles-mêmes ou leur progéniture).

II.6.1.2.A Identification du serpent responsable de la morsure

En France métropolitaine, on répertorie deux grandes familles de serpents : les couleuvres et les vipères. Parmi ces deux familles, seules les vipères produisent du venin et seules deux espèces sont potentiellement dangereuses pour l'homme(56).

Pour rappel, l'identification du serpent responsable de la morsure en France métropolitaine peut être établie grâce aux critères présentés dans le figure ci-dessous (figure 12).

	Couleuvre	Vipère
Forme de la pupille	Ronde	Fendue verticalement
Écailles sur le dessus de la tête	Grandes écailles peu nombreuses	Nombreuses petites écailles
Nombre d'écailles sous l'œil	1 seule rangée	2 à 3 rangées d'écailles

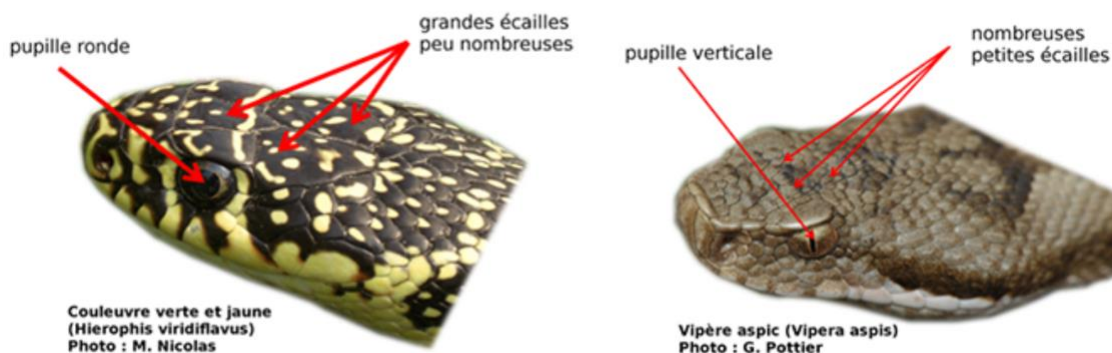


Figure 12 : Critères de reconnaissance des serpents en France métropolitaine(56)

Néanmoins, il convient au pharmacien de rester alerte et de ne jamais sous-estimer la gravité d'une morsure de serpent. En effet, la mode des Nouveaux Animaux de Compagnie (NAC) couplée à la facilité d'accès au commerce en ligne rend plus commun l'introduction d'espèces étrangères sur le territoire français(57). Depuis quelques années, il n'est pas rare de retrouver dans les faits divers la découverte fortuite d'un serpent venimeux exotique. Ces découvertes pourraient mener, dans des cas extrêmement rares, à des morsures. Dans ce contexte, il faudra donc accorder un point tout particulier à l'identification du serpent, ceci par l'interrogatoire de la victime et/ou l'examen de l'animal s'il est disponible (photo, cadavre, animal vivant capturé).

II.6.1.2.B Caractéristiques d'une morsure de serpent

La vipère n'injecte pas systématiquement son venin (seulement dans la moitié des cas(58)), et lorsqu'elle le fait : elle ne vide pas ses poches entièrement. Nous qualifierons la lésion de « morsure blanche » ou « morsure sèche » lorsque la morsure sera exempte de venin. La morsure est signée par la trace de deux crochets sur la zone de la lésion (le plus généralement un membre), cependant une seule trace ou éraflure peuvent être présentes.

Un œdème réactionnel peut se former assez rapidement et celui-ci est très douloureux. La réaction peut être localisée ou bien s'étendre et risquer de provoquer une réaction généralisée. Cette dernière est caractérisée dans ce cas par : des vomissements, une diarrhée profuse, une hypotension artérielle, une douleur thoracique, une réaction allergique à type d'œdème de Quincke, œdème laryngé, bronchospasme, choc anaphylactique.

La gravité de la morsure dépend :

- De l'âge de la victime.
- De l'endroit où elle a été mordue (les membres étant moins dangereux).
- De la quantité de venin injecté.

Il existe une classification des symptômes qui permet de déterminer la gravité de l'envenimation. Cette classification est présentée dans la table ci-dessous (tableau 5).

Tableau 4 : Gradation clinique des morsures et envenimations vipérines(57)

<i>Grades</i>	<i>Envenimations</i>	<i>Tableau clinique</i>
0	Morsure blanche	Traces de crochets au niveau de la morsure, absence d'œdème ou de réaction locale
I	Mineure	Œdème local, absence de signes généraux
II	Modérée	Œdème régional du membre et/ou symptômes généraux modérés (hypotension modérée, malaises, vomissements, douleurs abdominales, diarrhées)
III	Sévère	Œdème extensif atteignant le tronc et/ou symptômes généraux sévères (hypotension prolongée, choc, réaction anaphylactoïde, atteintes viscérales)

II.6.1.2.C Prise en charge d'une morsure de serpent

Tout sujet mordu doit bénéficier d'une assistance médicalisée, une évolution grave peut se produire dans les six heures après la morsure. Il faut donc surveiller de façon rapprochée une personne mordue. L'intervention du pharmacien consistera essentiellement en la mise en place de soins d'attente puisqu'un avis médical est nécessaire pour ce type de morsure(1,38).

Prise en charge d'une morsure de serpent
<p>Quelques gestes pourront être effectués dans l'attente d'un secours médicalisé :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre au repos la victime et l'allonger en PLS (<i>cf. supra</i>) pour limiter la diffusion du venin. 2. Nettoyer et désinfecter la région mordue. 3. Couvrir et rassurer la victime. 4. Surveiller la plaie et les fonctions vitales de <p>NE PAS PRATIQUER :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cautérisation, la succion ou l'incision de la plaie qui sont à la fois dangereuses et inutiles. - Placer un garrot ou bandage trop serré car le venin se dilue en diffusant, à défaut il y a augmentation du risque de nécrose locale. - Utiliser un Aspivenin®, ce dernier n'a pas prouvé son efficacité pour cette indication et pourrait même aggraver la situation en retardant la prise en charge(58).

Des immunoglobulines équine antivenimeuses de vipères européennes, commercialisées en France sous le nom Viperfav®, pourront être injectées en milieu hospitalier pour les cas d'envenimations par vipère modérée à sévère(57).

II.6.1.3 Morsures de tiques

Les tiques se retrouvent partout en France. Aussi, il n'est pas rare d'en retrouver lors de promenades en prairies ou en forêts, surtout dans les lieux de passage des animaux sauvages (pistes, sentiers). Les tiques se placent généralement sur les plantes, pattes tendues en attendant le contact avec un être vivant, elles grimpent à cette occasion sur la peau de leur hôte pour y trouver un site où se fixer.

II.6.1.3.A Reconnaître une tique

La tique est un ectoparasite hématophage appartenant à la famille des *Ixodidae* de l'ordre des *Acari* (Acariens). Son cycle de vie comprend plusieurs stades (figure 13), tous peuvent toucher l'homme même s'il est plus fréquent de la retrouver au stade nymphe ou femelle adulte (le mâle adulte mourant rapidement après avoir rempli son rôle)(59).

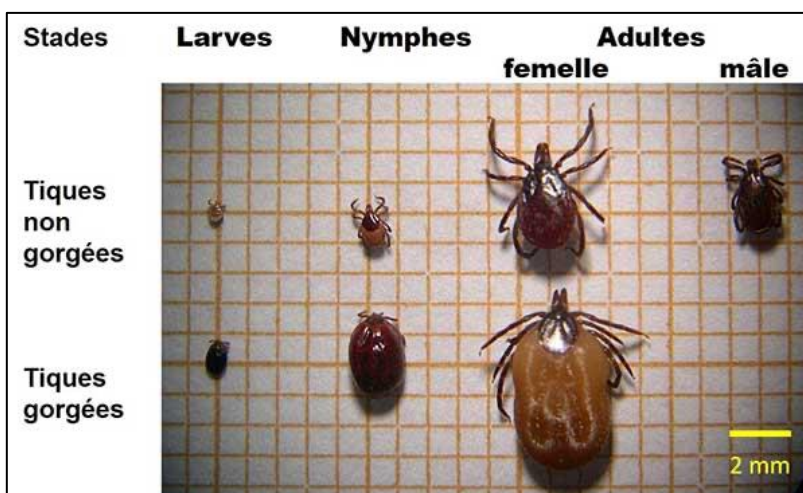


Figure 13 : Succession des différents stades des tiques(60)

En France métropolitaine, le pic d'activité des tiques se situe entre avril et octobre(59) mais les tiques pourraient rester actives lors des hivers doux(60).

II.6.1.3.B Caractéristiques d'une morsure de tique

La morsure est indolore. Après avoir enfoncé son rostre dans la peau, la tique sécrète un ciment enzymatique lui permettant de se fixer, puis elle commence son « repas sanguin » qui va perdurer plusieurs jours au cours desquels la tique va prendre du volume (cet agrandissement est plus impressionnant chez la femelle adulte).

La morsure est facilement reconnaissable car la tique est visible. Elle n'enfoncé que son rostre, aussi le corps avec les pattes reste à l'extérieur de la peau (figure 14).



Figure 14 : Tique implantée dans la peau(61)

II.6.1.3.C Prise en charge d'une morsure de tique

La tique doit être enlevée dans son intégralité et dans les 48 heures suivant sa fixation pour limiter les risques de transmission de maladie vectorielle.

Prise en charge d'une morsure de tique
<p>Il faut :</p> <p>Que l'on utilise un tire-tique ou une pince fine, la marche à suivre sera similaire :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Retirer la tique. Pour ce faire placer le tire-tique sous l'abdomen de la tique en longeant la peau de la victime. Une fois la tique entre les pointes de la pince, tourner dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Si l'on utilise une pince fine : effectuer la même opération en veillant à ne pas faire pression sur l'abdomen afin d'éviter la régurgitation de la tique.2. Vérifier l'intégrité de la tique retirée : présence du rostre.3. Désinfecter la zone de la morsure avec de l'alcool ou un antiseptique et détourner avec un stylo la zone inflammée pour en faciliter le suivi (<i>cf. infra</i> : complications de la morsure de tique). <p>NE PAS :</p> <ul style="list-style-type: none">- Écraser ou tirer sur la tique pour l'enlever.- Essayer d'endormir la tique avec de l'éther, de l'huile ou toute autre substance : cela provoque un réflexe de régurgitation chez la tique et augmente de risque de contamination vectorielle.

Si le rostre est toujours dans la peau et n'est pas accessible, surveiller d'autant plus le site de la morsure afin d'éviter toute infection, car le risque est alors accru.

II.6.1.3.D Complications d'une morsure de tique

La tique peut être vecteur de maladies chez l'Homme notamment la maladie de Lyme et l'encéphalite à tique(46) :

- La maladie de Lyme : est due à une bactérie : *Borrelia burgdorferi*. Elle a une période d'incubation variable pouvant aller jusqu'à 30 jours. Au cours de cette période, il faudra surveiller l'apparition de « l'érythème *migrans* » : symptôme signature de la maladie. Il s'agit d'une tâche rouge qui apparaît autour du site de la morsure et qui va progresser en taille dans les jours qui vont suivre. A ce stade de la maladie : on peut également retrouver un syndrome grippal. Sans traitement antibiotique, la maladie peut évoluer (des semaines et mois plus tard) et pourront alors apparaître des signes neurologiques (méningites, polynévrites), cardiaques (myocardite, péricardite), articulaires (arthrite) et dermatologiques. **En cas de doute, un traitement antibiotique prophylactique peut-être instauré par le médecin traitant**(31,59).
- L'encéphalite à tique : est due à un virus de la famille des *Flavivirus*. Après une incubation d'une à deux semaines, la maladie débute brutalement, avec de la fièvre, des maux de tête et des douleurs des muscles et articulations. Ensuite apparaissent, chez 20 à 30% des malades, des symptômes plus graves signant une atteinte centrale tels que : des tremblements, des troubles du comportement (prostration, agitation), des troubles de la vigilance ou de la conscience, des convulsions, voire un coma. La forme retrouvée en France métropolitaine n'est pas mortelle et il est possible de s'en prémunir avec des vaccins (disponibles en France et recommandés pour les voyageurs selon les zones)(62).

Pour transmettre ces maladies, la tique doit elle-même être infectée par l'agent causal de la maladie. Il existe de ce fait des zones d'endémie pour ces maladies, celles-ci pouvant être amenées à évoluer avec les changements climatiques. Le suivi des zoonoses transmises par la tique est possible et un projet de cartographie des zones à risque de morsure est à l'œuvre à l'initiative du programme des Citoyens et des tiques (CiTIQUE)(63). Il est possible à n'importe qui, quel que soit son degré d'études, de participer à leurs recherches grâce à l'application « Signalement Tique ». Nous joignons leur brochure en annexe du présent document (annexe 2).

II.6.1.4 Piqûres d'hyménoptères

On retrouve chez les hyménoptères : les abeilles, les guêpes, les frelons et les bourdons. Nous allons séparer cette famille en deux catégories pour la prise en charge, selon que l'insecte laisse derrière lui ou non un dard lors de la piqûre.

II.6.1.4.A Reconnaître les hyménoptères

L'identification de l'hyménoptère responsable de la piqûre, bien que dispensable, reste souhaitable afin d'ajuster la prise en charge et le suivi de la lésion. En effet, cela permettra de déterminer le risque encouru par la victime.

En France métropolitaine, pourront être responsable de piqûres : les abeilles, les guêpes, les frelons et, plus rarement, les bourdons. Chacun de ceux-ci possède des caractéristiques morphologiques qui leur sont propres et permettent de les différencier comme le montre la figure comparative ci-après (figure 15).

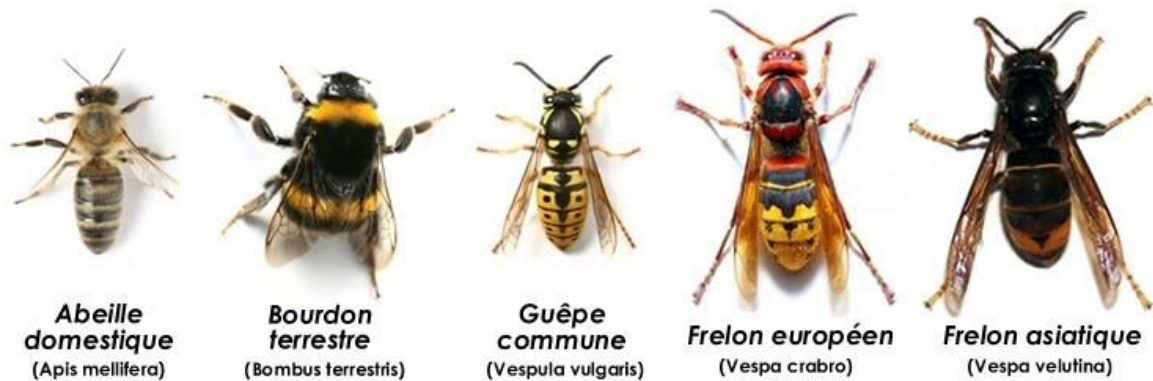


Figure 15 : Reconnaître les différents hyménoptères(64)

II.6.1.4.B Caractéristiques de la piqûre d'hyménoptère

Nous distinguerons trois types d'atteintes possibles lors d'une piqûre par un hyménoptère(65) :

- **Réaction locale**, la plus bénigne des trois selon la localisation :
 - Le plus souvent, la piqûre n'entraîne qu'une douleur locale, une rougeur, un œdème et parfois une légère induration autour de la zone piquée. La piqûre peut également être prurigineuse selon les cas. La réaction locale régresse généralement en quelques heures.
 - La réaction locale est souvent plus marquée en cas de piqûre de frelon qui possède un dard long lui permettant d'injecter le venin directement dans un vaisseau.
 - Une piqûre au niveau du visage (paupières, lèvres...) ou du cou, dans la bouche ou dans la gorge peut rapidement entraîner un œdème volumineux. Ce gonflement peut provoquer une difficulté respiratoire. Dans les cas les plus graves, il existe un risque vital.
- **Réaction toxique**, due au venin dans le cas de piqûre multiple ou de frelon :
 - La réaction locale est alors plus intense et a tendance à s'étendre.
 - Des symptômes généraux apparaissent : fatigue, vomissements, diarrhée, maux de tête, vertiges, voire malaise pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance. Il s'agit d'une urgence vitale et il faut alors réagir très vite.
- **Réaction allergique**, celle-ci ne dépend pas de la quantité de venin injectée :
 - Une piqûre unique de guêpe, d'abeille, de bourdon ou de frelon peut avoir des conséquences dramatiques chez une personne déjà sensibilisée.

- Chez les personnes allergiques, la réaction sera plus importante à l'endroit de la piqûre : le gonflement dépasse rapidement 10 cm et peut atteindre une ou deux articulations avoisinantes qui apparaissent également gonflées.
- Une réaction générale (urticaire généralisée, angioœdème, œdème de Quincke, difficultés respiratoires, chute de tension artérielle, malaise...) est possible, la plus grave étant le choc anaphylactique qui est une urgence vitale.

II.6.1.4.C Piqûre d'hyménoptère cas général

Même en cas de piqûre sans signe de gravité, il conviendra au pharmacien d'identifier si possible l'insecte en cause. Vérifier si la vaccination contre le tétanos de la victime est à jour(31,41,46,65).

Prise en charge de la piqûre d'hyménoptère
<ul style="list-style-type: none"> - Mettre la victime au repos. - Ôter les bagues en cas de piqûre à la main. - Examiner le site de la piqûre à la recherche d'un dard, si un dard est présent le retirer (<i>cf. infra</i> : retirer un dard d'abeille) - Nettoyer le site de la piqûre avec de l'eau et du savon, puis désinfecter une solution antiseptique. - Appliquer sur la zone piquée de la glace enveloppée dans un tissu pour ne pas risquer de brûler la peau. Cela permettra de réduire l'œdème et la douleur au site de la piqûre. - Surveiller la victime afin d'être sûr qu'elle ne fasse pas de réaction allergique, ce qui devrait se produire dans les dix minutes.

II.6.1.4.D Cas particulier du retrait du dard après une piqûre d'abeille

L'abeille laisse un dard lors de la piqûre. Cet acte n'est pas anodin pour l'abeille puisqu'elle mourra quelques temps plus tard. Il est tout aussi peu anodin pour la victime de la piqûre puisque l'abeille ne laisse pas uniquement un dard mais aussi la glande à venin, située à l'extrémité du dard côté externe. Ce dernier va continuer de se contracter et injecter le venin après la piqûre. Pour cette raison, le retrait du dard doit être précis et rapide(31,41,46,65).

Fiche technique : retirer un dard d'abeille
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirer le dard : <ul style="list-style-type: none"> - Par grattage avec l'ongle : pousser le dard vers l'extérieur en plaçant l'ongle sous la poche à venin.

- Avec une carte rigide (carte vitale, carte de crédit...), à défaut le dos d'une lame de couteau : placer la carte sous la poche à venin et pousser pour faire ressortir le dard.
- Avec une pince à écharde : placer la pince de telle sorte à saisir le dard sous la poche à venin pour le retirer.

2. Désinfecter minutieusement.

Ne pas utiliser pas de pince à épiler classique car elle comprimerait la glande à venin et injecterait l'ensemble de son contenu.

II.6.1.5 Quelques autres cas de piqûres et morsures d'arthropodes

En France métropolitaine, on retrouve bien d'autres arthropodes piqueurs ou mordeurs, comme par exemple (la liste n'est pas exhaustive) : les taons, les moustiques, les fourmis, les scolopendres, les araignées, les scorpions, les aoûtats, les puces...

Nous aborderons ci-après quelques-uns d'entre eux un peu plus en détail : les moustiques et les taons. Pour les autres piqûres et en cas de doute sur l'espèce responsable : se conformer au protocole de prise en charge des piqûres d'hyménoptères (*cf. supra* : fiche technique piqûre d'hyménoptère).

II.6.1.5.A Piqûre de moustique

Le moustique est un insecte hématophage de la famille des diptères.

La piqûre de moustique se présente sous la forme d'une papule de taille modérée, associée à un érythème et à un prurit intense. Une réaction d'hypersensibilité peut se produire. Elle se manifeste, par un prurit, plus prononcé et l'apparition d'un œdème. Par la suite, la papule devient plus ferme, le prurit est constant, et la lésion peut persister durant plusieurs jours(31).

Le traitement se constituera d'un nettoyage et d'une désinfection, surtout en cas de grattage. L'application de pommade ou gel à visée antiprurigineuse peut également être envisagé selon les cas(46).

La piqûre de moustique ne constitue pas une urgence vitale en elle-même. En revanche, il convient de ne pas sous-estimer les complications qu'elle peut engendrer. En effet, la France métropolitaine alors relativement épargnée en termes de maladies vectorielles transmises par les moustiques a vu sa situation changer avec l'implantation, en 2004, du moustique tigre (*Aedes albopictus*). Ce dernier est vecteur de nombreuses maladies dont les plus connues sont : la dengue, le chikungunya ou le virus Zika(66). La prévention contre les piqûres (moustiquaire, répulsifs...) restera l'arme la plus efficace(46).

II.6.1.5.B Piqûre de taon

Le taon est un insecte hématophage également de la famille des diptères.

Sa morsure est très douloureuse (de par la forme de son appareil vulnérant) et ne passe pas inaperçue.

La lésion se présente sous la forme d'une petite plaie entourée d'une plaque rouge œdémateuse et au prurit prononcé. La réaction, déjà très marquée, peut être encore plus importante en cas d'allergie.

La prise en charge de ce type de piqûre repose sur un nettoyage puis désinfection de la plaie. Il est également conseillé d'appliquer de la glace pour réduire l'œdème(31).

II.6.2 Agressions par animaux marins

La plupart des pharmacies d'officine ne seront pas ou très peu concernées par cette sous-partie. Nous l'abordons néanmoins pour le cas des officines côtières.

Nous traiterons dans cette partie des animaux marins les plus courants en France métropolitaine. Nous traiterons ainsi :

- Des vives et rascasses.
- Des méduses et physalies.

II.6.2.1 Piqûres de vives et de rascasses

Les vives et les rascasses sont des poissons vivants dans les eaux peu profondes. Elles sont retrouvées sur l'ensemble du littoral de la France métropolitaine, quoique prédominantes en Méditerranée. Ces poissons provoquent généralement des lésions sous la voûte plantaire puisqu'ils s'enfouissent dans le sable au bord du rivage et la victime va venir marcher dessus.

A cette occasion, les aiguillons des vives et rascasses perforent l'épiderme et déversent le venin contenu dans des poches ce qui provoque une douleur très intense irradiant dans tout le membre. Cette douleur peut aller jusqu'à provoquer un malaise : sueurs, nausées, vomissements. L'œdème local qui en résulte est accompagné d'une pâleur de la peau au point de piqûre ce qui est caractéristique des piqûres de vives, au contraire on observe un saignement lors d'une blessure par rascasse(31).

Prise en charge d'une envenimation par vive ou rascasse
<ol style="list-style-type: none">1. Mettre la victime au repos et la rassurer. Noter l'évaluation de la douleur initiale (échelle verbale simple).2. Sans délai, immerger la région atteinte dans de l'eau « aussi chaude que supportable » (ne pas dépasser 42°C pour éviter les brûlures) pendant 15 minutes car le venin est thermolabile.3. Extraire éventuellement les fragments de dards ou d'épines facilement accessibles avec une pince à épiler.4. Désinfection de la plaie après s'être assuré de l'absence d'allergie au produit utilisé.5. Surveillance de la victime pendant encore 15 minutes après le bain d'eau chaude puis réévaluer la douleur.6. À l'issue de cette période, en l'absence de survenue de signes autres que ceux présents au niveau de la piqûre, la victime pourra repartir.

Ne pas inciser ou sucer la plaie pour aspirer le venin.

II.6.2.2 Piqûres de méduses et physalies

Les méduses et les physalies sont des animaux marins appartenant à la famille des cnidaires.

Le danger qu'elles représentent se retrouve à deux niveaux :

- Lors de la baignade : le baigneur peut se prendre dans les tentacules à la dérive et la douleur que le contact entraîne peut aisément provoquer la noyade.
- Sur la plage : les cadavres échoués (figure 16) présentent encore un danger. En effet, les cnidocytes (cellules porteuses de l'appareil vulnérant, cnidocyste, de la méduse) sont encore actifs même après la mort de l'animal.



Figure 16 : Méduse échouée sur la plage

II.6.2.2.A Reconnaître une méduse et une physalie

Il existe plusieurs types de méduses, nous en retiendrons deux pour la France métropolitaine :

- La **pélagie** (figure 17) est ubiquitaire bien que plus répandue sur les côtes méditerranéennes que sur les côtes océaniques. En forme de cloche, globuleuse, de coloration rougeâtre, rose ou violacée, elle atteint facilement 10cm de diamètre. Elle possède 8 tentacules, pouvant atteindre 40cm, dépassant parfois un mètre, très urticants. Elle est couverte de minuscules points rouges, qui correspondent à des cellules urticantes.



Figure 17 : Pélagie

- La **méduse rayonnée** ou « méduse boussole » se reconnaît facilement avec ses 16 bandes brunes sur son ombrelle beige clair. Les bords de l'ombrelle possèdent également 32 petits

lobes bruns. Cette méduse peut mesurer jusqu'à 30cm de diamètre et possède des tentacules longs de 40 à 60cm, pouvant atteindre 2m et relativement urticants.

La **physalie**, ou galère portugaise, présente une forme très caractéristique de sac gonflé d'air, mesurant 15 à 20cm, d'aspect rosé ou bleuté, flottant hors de l'eau (figure 18) et qui peut facilement être confondu avec un sac plastique ou un petit ballon de plage. Les tentacules se présentent sous la forme de longs filaments atteignant facilement 15m et pouvant dépasser 40m. Ces tentacules extrêmement urticants, sont fragiles et se rompent facilement : ils peuvent alors dériver au gré des vagues, loin du flotteur, ce qui n'attire pas la méfiance des baigneurs(67).



Figure 18 : Physalie

II.6.2.2.B Piqûre de méduse

La piqûre de méduses conduit à une douleur intense. La symptomatologie est exclusivement cutanée et locale. Les lésions apparaissent en quatre à douze heures, après le contact. Elles disparaissent en trois à dix jours, avec une guérison totale. Toutefois, certaines peuvent devenir hémorragiques, ulcéreuses ou nécrotiques. Également, des séquelles peuvent persister, comme une urticaire au froid ou une dermatite de contact(31).

II.6.2.2.C Piqûre de physalie

La piqûre de physalie provoque des lésions qui apparaissent dix minutes après la piqûre. La douleur est très intense. Un érythème léger va progressivement laisser la place à une éruption de vésicules rouge-marron ou violacées, en forme de coup de fouet. On parle de flagellation linéaire. L'évolution locale est plutôt défavorable puisqu'après un épisode de lésions superficielles, celles-ci se transforment rapidement en une ulcération profonde. La prise en charge hospitalière est alors souhaitable(31).

II.6.2.2.D Prise en charge des piqûres de méduse et de physalie

Les méduses « brûlent » leur victime par leurs cellules urticantes et adhésives portées par les tentacules, les filaments et l'ombrelle. Ces cellules (nématocytes) sont constituées des petites capsules, véritables sacs à venin, qui renferment une épine érectile enroulée en spirale et présentent à leur surface un cil sensitif (c'est le nématocyste). Au moindre effleurement, les cils sont stimulés en déclenchent alors la projection des épines qui s'implantent dans la peau en une fraction de seconde. Au même moment, les cellules adhésives sont excrétées, le liquide urticant libère, ce qui provoque la sensation de brûlure et des lésions ressemblant à un zona. Il ne faut surtout pas gratter mais rincer la plaie à l'eau de mer ou au sérum physiologique sans frotter, la faible osmolarité de l'eau douce provoquerait l'éclatement des cellules urticantes avec libération de venin(31,41,67).

Prise en charge de la piqûre de méduse ou de physalie

Il faut :

1. Mettre au repos la victime et la rassurer. Noter l'évaluation de la douleur initiale.
2. Enlever avec précaution les éventuels tentacules visibles adhérents à la peau avec une pince à épiler (remarque : les gants chirurgicaux ne sont pas tous protecteurs). Ne pas le faire directement à la main.
3. Appliquer de la mousse à raser (composition neutre) ou à défaut du sable (sec) et racler doucement la peau avec une carte de crédit ou un carton rigide.
4. Rincer abondamment les lésions à l'eau de mer ou au sérum physiologique.
5. Surveiller la victime pendant 30 minutes puis réévaluer la douleur.
6. À l'issue de cette période, en l'absence de survenue de signes autres que ceux présents au niveau de la zone envenimée, la victime pourra quitter le poste de secours.

A ne pas faire :

- **Rincer à l'eau douce, au vinaigre, à l'ammoniaque ou avec de l'urine.**
- **Inciser ou sucer la plaie.**
- **Frotter la lésion.**

III La démarche qualité et les premiers soins

Dans le cadre de la démarche qualité, nous rassemblerons sous l'appellation « intervention » : l'ensemble des décisions et soins effectués par le pharmacien/secouriste face à une situation d'urgence et de premiers soins.

III.1 Présentation de la démarche qualité

La démarche qualité fait suite à une feuille de route rédigée par les différents acteurs de la profession officinale et remise au gouvernement en 2018. Ce document présentait six propositions et axes de travail de la profession pour un déploiement prévu initialement au sein des officines en 2020. Cette démarche qualité a pour ambition d'engager la totalité des officines du territoire français.

La démarche qualité à l'officine couvre la majorité des aspects liés au cœur de métier du pharmacien. Outre la dispensation, elle structure les autres activités ayant une incidence sur l'utilisateur du système de santé, telles que l'accueil, la confidentialité, les alertes sanitaires et les vigilances ou encore les nouvelles missions du pharmacien.

La démarche qualité fournit également le cadre et les ressources pour garantir l'amélioration continue des pratiques (gestion des compétences, relevé des incidents, actions d'amélioration...).

Pour ce faire, un référentiel qualité, un large ensemble d'outils pratiques et un questionnaire d'autoévaluation ont été mis à la disposition de l'équipe officinale.

La démarche qualité permet au pharmacien d'officine et à son équipe de fiabiliser et sécuriser leurs actes quotidiens en réduisant le risque d'incident. Elle contribue à optimiser l'organisation et le fonctionnement de l'officine et encourage à l'amélioration des pratiques. Elle facilite l'intégration des évolutions de la profession. Enfin, elle accentue la relation de confiance avec les patients et souligne la valeur ajoutée du pharmacien dans la chaîne de santé(68,69).

III.2 Une valeur ajoutée renforcée par la formation

Nous l'abordons brièvement plus haut (*cf. supra* : code de déontologie des pharmaciens), le pharmacien est tenu d'actualiser les connaissances ayant trait à sa pratique(6).

En termes de formations, la plus évidente est, nous l'avons vu, l'AFGSU (*cf. supra* : connaissances des gestes de premiers secours)(12). Cette formation est strictement encadrée par l'arrêté du 30 décembre 2014(70). Sa durée de validité est de 4 ans, il est possible dans cette période de suivre une formation dite de « recyclage » d'une durée de 7H pour renouveler de 4 ans la qualification. Passé ce délai, il faudra suivre à nouveau l'intégralité des modules : soit 35H de formation(13).

L'AFGSU est destinée aux professionnels de santé et est l'équivalent de plusieurs autres formations pour d'autres secteurs. Par exemple, la plus connue : Prévention et Secours Civiques (PSC), également divisé en 2 niveaux. Le suivi de ce parcours ne nécessite aucun prérequis particulier en matière de formation et niveau d'étude pour l'apprenant, la seule limite étant l'âge soit 10 ans minimum(71).

La formation au PSC, d'une durée de 8H pour le 1^{er} niveau, pourra donc être proposée à l'ensemble de l'équipe officinale n'ayant pas validé d'AFGSU. Le PSC n'a techniquement pas de durée de validité mais il est toutefois recommandé de renouveler la formation tous les 3-4 ans sur le même principe que l'AFGSU. Le suivi de la formation PSC peut être effectué auprès de n'importe quelle association agréée de sécurité civile dont la liste est disponible sur le site gouvernemental dédié à la prévention des risques(72).

III.3 Les documents qualité préexistants pour les premières urgences

Afin de faciliter l'adhésion des pharmaciens d'officine à la démarche qualité, des documents ont été créés et sont disponibles, prêts à être employés. Nous aborderons ici les documents édités par deux organismes : Pharma système qualité® et le Haut Comité Qualité Officine.

III.3.1 Présentation des organismes à l'origine des documents

Nous allons présenter succinctement, ci-après, les deux organismes, cités plus haut ; Pharma système qualité® et le Haut Comité Qualité à l'Officine. D'autres organismes existent mais nous ne les aborderons pas afin de rester concis.

III.3.1.1 Pharma système qualité®

Pharma système qualité® est une association créée en 2009, peu après la loi HPST. Elle a pour objectif la diffusion la plus large possible des bonnes pratiques d'organisation et de service aux patients auprès des pharmacies d'officines engagées.

Historiquement, Pharma système qualité® est l'un des premiers organismes, en France, à proposer un référentiel et des documents (procédures et fiches) prêts à l'emploi axés sur le développement de la démarche qualité à l'officine(73).

L'accès à ces documents et les modalités de leur utilisation nécessitent l'engagement préalable de l'officine dans une démarche qualité complète, incluant des notions de management, de définition de responsabilités...

III.3.1.2 Haut Comité Qualité Officine

Le Haut Comité Qualité Officine est un organisme créé en mars 2019. Ce comité est une instance nationale créée par la profession, composée de ses représentants (ordre, syndicats) et des étudiants (association nationale). Il a pour vocation de présider au déploiement de la démarche qualité au sein de la pharmacie d'officine. Parmi ses missions, nous pouvons lister :

- La représentation des attentes de la profession en matière de démarche qualité.
- L'élaboration d'un référentiel et son adaptation par la suite.
- La définition de la démarche qualité applicable à la profession et le concours à son déploiement.
- La promotion de la démarche qualité auprès de la profession et des parties prenantes.

- L'observation du déploiement de la qualité au sein de la profession.
- S'assurer de la compatibilité des systèmes qualité existants(74).

Les documents sont mis à disposition gratuitement sur leur site Démarche Qualité à l'Officine (DQO)(68).

III.3.2 Les différents types de documents disponibles

Nous allons maintenant nous intéresser aux documents édités traitant directement des premières urgences et premiers soins à l'officine. Nous en retrouvons 2 types :

- Tableaux de traçabilité des interventions
- Listes de fournitures pour la constitution des trousseaux de premiers soins

III.3.2.1 Tableaux de traçabilité des interventions

Tous les soins effectués à l'officine et les conseils donnés en relation doivent être répertoriés. La forme la plus adaptée pour ce faire est au sein d'un tableau. Chaque soin effectué à l'officine, ou en dehors, doit pouvoir y être inscrit et retrouvé par la suite. La traçabilité des interventions va permettre de protéger les patients et les intervenants, d'améliorer la qualité et le contrôle des soins, et de faciliter la recherche d'informations, notamment de la part :

- Des services de secours.
- Des familles.
- Des compagnies d'assurance.
- De la justice.

Chaque intervention est à transcrire dans le tableau, que ce soit pour des lésions bénignes ou des urgences vitales.

S'il s'agit d'un mineur non accompagné d'un adulte, il faut garder un contact avec les témoins ou informer le SAMU centre 15 (toutes les conversations sont enregistrées). Dans ce cas de figure précis, il est préférable de prévenir les tuteurs légaux ou, tout au moins, être en mesure de fournir un rapport détaillé des soins prodigués.

Dans un système qualité, la traçabilité est une des composantes clés pour garantir la surveillance des pratiques et envisager l'amélioration continue.

Le tableau de suivi des interventions est un document qui permet de conserver l'ensemble des données. La forme tableau est particulièrement adaptée au suivi puisqu'il permet de retrouver rapidement la trace d'une intervention en particulier. En effet, par essence, le tableau va permettre de recenser en son sein toutes les interventions pratiquées par l'équipe officinale dans un espace facile à lire et classé chronologiquement, sur le même principe qu'un ordonnancier. Néanmoins, le temps gagné pour la recherche des informations se fait au détriment de la qualité de ces dernières. Car le tableau ne permet de recenser qu'une version résumée de l'intervention, il ne laisse pas de place pour le détail comme nous pouvons le voir sur les tableaux présentés en annexe (annexes 3 et 4).

Les informations regroupées sont ainsi :

- Date de l'intervention
- Identité de la victime (Nom, Prénom, Age...)
- Actions 1^{er} secours/soins menées (motif de l'intervention, prise en charge...)
- Identité du soignant
- Suites de l'intervention (le cas échéant)

III.3.2.2 Les listes pour les trousse de premiers soins et d'urgence

Les contenus de l'armoire à pharmacie et de la trousse de soins ont été précisé plus haut (*cf. supra* aux parties consacrées).

Dans le cadre de l'assurance qualité mais également d'un point de vue pratique, il convient d'établir un inventaire détaillé de ce que doit contenir chacun des éléments concernés ; trousse comme armoire/tiroir, et d'y joindre les listes ainsi établies.

Pour un fonctionnement optimal, il est préconisé que la trousse d'urgence soit vérifiée tous les mois. Ceci afin de remplacer les produits éventuellement périmés et de s'assurer qu'il ne manque rien suite aux interventions du mois précédent.

Les exemples de listes préétablies sont joints à la fin en annexes (annexes 5 et 6). Ces listes sont éditées à titre d'exemple et doivent être adaptées à l'exercice de l'officine qui les utilise.

III.4 Proposition d'une nouvelle fiche de traçabilité des interventions

Nous allons faire, ci-après, une proposition de fiche pour tracer individuellement les interventions de l'équipe officinale. Cette fiche pourra, au choix, remplacer ou compléter le tableau de traçabilité. Pour ce faire, nous allons, dans un premier temps, décrire les informations qu'il nous apparaît essentiel de faire apparaître et, dans un second temps ; présenter la fiche que nous proposons.

III.4.1 Détails des informations que doit contenir la fiche

Pour chaque intervention nous préciserons :

- L'identité et la qualité de l'intervenant.
- Les éléments d'identification du patient : nom et âge.
- Les signes et symptômes.
- Les soins réalisés, le matériel employé et, dans certains cas, les traitements administrés.
- Des éléments de détails : tels que les circonstances de survenue de l'accident : date et heure, lieu, cause... Les conseils prodigués. Le cas échéant, l'orientation vers une autre structure.

III.4.1.1 Tracer l'identité

L'identité est à la base de la traçabilité, il convient donc d'identifier la victime et, *a minima*, le secouriste.

Identifier la victime en demandant directement (à elle-même ou ses proches), ou *via* ses effets personnels si celle-ci est inconsciente. Dans l'idéal, il faudrait être en mesure de demander son âge. Cette dernière information aura trois intérêts :

- Assurer l'identitovigilance en ajoutant un élément discriminant entre les victimes homonymes. Cela peut-être également assuré de manière plus sûre avec le numéro de sécurité sociale mais cette information est plus difficile à obtenir sans support (carte vitale ou mutuelle, attestation de droits...). L'idée principale est d'être sûr d'avoir affaire à la bonne personne et pouvoir se la remémorer plus aisément.
- Faciliter la prise en charge en identifiant les risques liés aux âges : nourrissons, enfants, personnes âgées...
- Mettre en exergue le cas où le patient est mineur.

Dans le cas d'une impossibilité d'identification de la victime, se reporter à l'encart du « refus de soins » (*cf. infra* : encart dédié au refus de soins) pour savoir comment procéder.

Identifier le secouriste au sein de l'équipe officinale va permettre le suivi des suites de l'intervention en interne. L'équipe saura ainsi à qui s'adresser pour avoir plus de précisions sur l'intervention le cas échéant. Des deux identifications, elle est la plus essentielle et la condition minimale pour démarrer une fiche de traçabilité d'intervention.

III.4.1.2 Identifier la situation

Il faut ici évoquer le type de problème rencontré : s'agit-il d'une urgence absolue ou relative ? Quel est le problème rencontré par la victime ?

Pour ce faire, nous proposons de lister les différents thèmes abordés plus haut dans cette thèse et de rajouter dans les deux types de situations (urgence absolue et relative) une case « autre (préciser) » afin de ne pas fermer et limiter la traçabilité des interventions du pharmacien.

L'agent causal de la situation devra être identifié et, s'il y a lieu, rapporté au sein de la fiche. Les circonstances de l'incident peuvent en effet être intéressantes et modifier la prise en charge, il convient dans ce cas précis de préciser les circonstances de survenue.

III.4.1.3 Lister les soins réalisés

Le secouriste listera les actions entreprises pour prendre en charge la situation à laquelle il a été confronté. La réflexion pour la constitution de la liste des différents soins apportés se basera, une nouvelle fois, sur le travail fourni plus haut concernant la prise en charge de chaque type de problème.

III.4.1.4 Pouvoir décrire les détails de l'intervention

Il faut pouvoir laisser la possibilité de détailler les événements. Condenser les informations est important mais cela ne doit pas se faire au détriment de la précision et l'exactitude dans le rapport des faits par le secouriste.

III.4.1.5 Un encart dédié au refus de soins

Nous l'avons vu plus haut (*cf. supra* : cas du refus de soins), il est absolument crucial de tracer les interventions du pharmacien dans le cas du refus de soin. En cas de litige, le pharmacien doit être en mesure de démontrer que son intervention a été limitée par un refus de la part du patient. Ce cas de figure est ainsi intégré au sein de la fiche.

Il est également à prévoir, dans ce cas, que la victime ne souhaite pas laisser son identité. Quelle qu'en soit la raison, ce cas de figure pose particulièrement problème pour la traçabilité. Aussi pour tenter d'y apporter une réponse, nous proposons de laisser un encart dédié à la description du cas et de la victime afin de pouvoir y noter tous les éléments qui pourraient permettre d'identifier la personne par la suite : vêtements, traits physiques, circonstances, motif invoqué du refus le cas échéant...

III.4.2 **Proposition de fiche individuelle de traçabilité**

Nous vous proposons ci-après le fruit de notre réflexion, détaillée ci-dessus, et la fiche qui en découle.

III.4.2.1 Ergonomie de la fiche

Il est à notre sens essentiel que la fiche soit ergonomique, c'est-à-dire facile à utiliser. Dans ce but, nous avons décidé d'intégrer un certain nombre de critères à sa création :

- **Facile à remplir** : nous allons privilégier les cases à cocher pour faciliter le remplissage de la fiche
- **Facile à lire/décoder** : nous allons trier les informations et rassembler le tout en groupes d'idées. Chaque question à se poser aura alors sa propre « case groupe ».
- **Facile à imprimer** : cela peut sembler anecdotique, mais nous allons éditer le document de telle sorte qu'il soit monochrome à fond blanc pour être le moins gourmand en encre possible. Cela le rendra plus lisible et reproductible.
- **Facile d'ajouter des informations** : nous allons créer un espace où des précisions pourront être apportées sur l'intervention : modalités.

III.4.2.2 La fiche individuelle de traçabilité des interventions

Nous présentons la fiche ci-dessous (figures 19 et 20).

La fiche peut n'être utilisée qu'avec le *recto*, le *verso* sert ici à apporter les précisions sur l'intervention et un espace a été aménagé pour le cas du refus de soins.

Traçabilité premiers soins à l'officine

Cas n°

<p>VICTIME DE L'INCIDENT</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Âge :</p>	<p>SECOURISTE ET/OU PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>Nom :</p> <p>Qualité :</p>	<p>DATE ET HEURE</p> <p>Date :</p> <p>Heure :</p>
---	---	--

MOTIF DE L'INTERVENTION



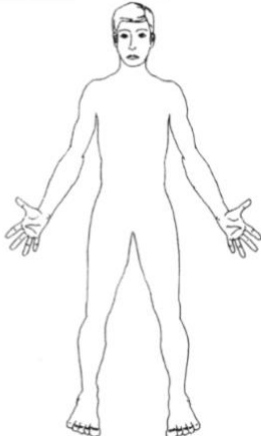
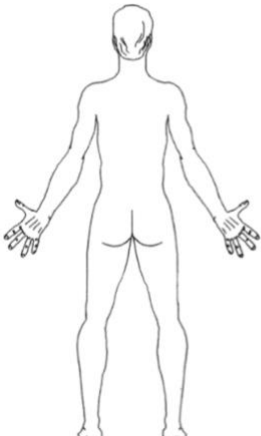
Type de situation

<input type="checkbox"/> Plaie simple	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Piqûre d'abeille
<input type="checkbox"/> Hémorragie	<input type="checkbox"/> Crise convulsive	<input type="checkbox"/> Piqûre de guêpe
<input type="checkbox"/> Section d'une partie	<input type="checkbox"/> Suffocation	<input type="checkbox"/> Morsure de tique
<input type="checkbox"/> Epistaxis	<input type="checkbox"/> Arrêt cardio-circulatoire	<input type="checkbox"/> Morsure de chien
<input type="checkbox"/> Traumatisme dentaire	<input type="checkbox"/> Inconscience	<input type="checkbox"/> Morsure de chat
<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Chute	
	<input type="checkbox"/> Entorse	
	<input type="checkbox"/> Traumatisme	

Autre situation (préciser) :

Localisation

Indiquer la zone touchée

			
<input type="checkbox"/> Paume droite	<input type="checkbox"/> Paume gauche		
<input type="checkbox"/> Dos gauche	<input type="checkbox"/> Dos droite		

SOINS PRODIGUÉS Refus de soins (voir au dos)

<p><input type="checkbox"/> Appel d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> Autre (préciser) : <p><input type="checkbox"/> Installation de la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Debout <input type="radio"/> Assise <input type="radio"/> Couchée <input type="radio"/> Couchée avec jambes levées <input type="radio"/> PLS : Position Latérale de Sécurité <input type="radio"/> Autre (préciser) : <p><input type="checkbox"/> Orientation médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Généraliste <input type="radio"/> Autre (préciser) : 	<p><input type="checkbox"/> Nettoyage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Eau <input type="radio"/> Eau + savon <input type="radio"/> Sérum physiologique <input type="radio"/> Autre (préciser) : <p><input type="checkbox"/> Retrait du corps étranger, matériel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tire-tique <input type="radio"/> Pince à écharde <input type="radio"/> Carte rigide <input type="radio"/> Autre (préciser) : <p><input type="checkbox"/> Antisepsie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chlorhexidine <input type="radio"/> Dakin <input type="radio"/> Autre (préciser) : 	<p><input type="checkbox"/> Pansements et couvrants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pansement sec <input type="radio"/> Pansement hydrocolloïde <input type="radio"/> Tulle gras <input type="radio"/> Autre (préciser) : <p><input type="checkbox"/> Application produit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Préciser : <p><input type="checkbox"/> Gestes particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Compression antihémorragique <input type="radio"/> Garrot, heure de pose : <input type="radio"/> Réanimation cardio-pulmonaire <input type="radio"/> Manœuvre de Heimlich <input type="radio"/> Autre (préciser) :
---	---	--

Figure 19 : Proposition de fiche individuelle de traçabilité RECTO

<p>Description de l'incident</p> <p>Reporter ici toute information complémentaire regardant le cas : historique de la lésion, soins pratiqués, conseils apportés...</p> <p>Bien préciser la nature et la chronologie de l'incident si possible. Préciser les conditions de survenue de l'incident ainsi que les témoins éventuels</p> <p>Le cas échéant, détailler la résolution des premiers soins ou de la prise en charge de la victime.</p>
<p>Cas du refus de soins</p>

Figure 20 : Proposition de fiche individuelle de traçabilité VERSO

Conclusion

La prise en charge des premiers soins par le pharmacien d'officine a toujours été attendue de sa part par le grand public, et plus précisément par les patients. D'aucun pense que cela a fait suite à la loi HPST de 2009, mais cela datait en vérité de bien avant ; en réfère le *Vademecum* des urgences et premiers soins à l'officine(1) publié en 2000 qui nous a servi de référence pour cette thèse.

Tout au long de ce travail, nous avons pu mettre en évidence que la prise en charge des petites urgences et la réalisation des gestes de premiers secours et soins y afférant sont, au vu de ses compétences, du ressort du pharmacien d'officine. Celui-ci devra y accorder une attention toute particulière puisque chacune de ses interventions engage pleinement sa responsabilité individuelle et professionnelle. Nous en avons défini le cadre législatif et juridique ainsi que les limites telles que celles des connaissances du secouriste (doute, manque de formation...), de la gravité de l'atteinte et de l'évaluation des risques de complications, ainsi que celui, dans une moindre mesure, de l'exercice illégal de la médecine.

Dans sa pratique, le pharmacien d'officine ainsi que l'équipe officinale devront tout mettre en œuvre, face à une urgence, afin de porter efficacement secours tant aux blessés légers qui se présenteraient à lui qu'à ceux plus gravement touchés qui nécessiteraient une prise en charge médicalisée. Également, le pharmacien veillera à suivre les recommandations en vigueur pour la prise en charge de telle ou telle pathologie. Et, de par son devoir d'actualisation des connaissances, le pharmacien veillera à ce que sa pratique des premiers soins soit à jour et conforme avec les recommandations en vigueur à la date de l'intervention.

Outre la réalisation des premiers soins à proprement parler, la bonne intervention du pharmacien nécessitera la mise en place d'un important système d'assurance qualité. Ceci afin de garantir la sécurité du patient et l'harmonisation des actes de soins, tout en permettant d'assurer la traçabilité de ces derniers.

Le pharmacien demeure le professionnel de santé de proximité et se doit, à ce titre, d'être capable de tout mettre en œuvre pour aider ses patients au mieux de ses capacités. Véritable acteur de santé le pharmacien assurera, parallèlement à ses interventions en matière de premières urgences et soins, des actions de prévention et d'éducation auprès de ses patients afin de, par exemple, prévenir la survenue des accidents domestiques.

Bibliographie

1. Rayet P, Belon J-P, Wierre P, Gimenez F. Vademecum des urgences et des premiers soins à l'officine. MASSON, editor. 2000.
2. Ordre National des Pharmaciens. Pharmacien titulaire d'officine - Les pharmaciens [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Officine/Pharmacien-titulaire-d-officine>
3. Abid PL. Les urgences médico-chirurgicales (UMC). 1991;
4. Légifrance. Code de la santé publique [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>
5. Légifrance. Chapitre V : Déontologie (Article L4235-1) [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171300/#LEGISCTA000006171300
6. Ordre National des Pharmaciens. Code de déontologie des pharmaciens. 2009;
7. Le Robert. immédiat - Définition Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/immediat>
8. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
9. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. La Loi HPST à l' hôpital - Les clés pour comprendre. Anap [Internet]. 2011;125–6. Available from: https://snohp.fr/wp-content/uploads/2017/09/La_loi_HPST.pdf
10. Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722?init=true&page=1&query=L.+1411-11&searchField=ALL&tab_selection=all
11. Article 223-6 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588?init=true&page=1&query=223-6&searchField=ALL&tab_selection=all
12. Secourisme.net. La formation aux gestes et soins d'urgence des professionnels de santé [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.secourisme.net/spip.php?article259>
13. Centre d'enseignement des Soins d'Urgences (C.E.S.U) - CHU de Caen [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.chu-caen.fr/cesu.html>
14. Chapitre 1er : Exercice illégal. (Articles L4161-1 à L4161-6) - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171288/

15. Article R5132-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038925595/
16. Article 122-7 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417220?page=1&pageSize=10&query=122-7*&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT
17. Commun R. Organisation Du Secours a Personne Et De L ' Aide Medicale Urgente. 2008;
18. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685766/2002-03-05
19. Ordre National des Pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine. 2014;15–6.
20. Définition de "Antisepsie" - Dictionnaire médical [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/641-antisepsie/>
21. Antoniotti G, Atechian N, Baffoy-Fayard N. Guide de bonnes pratiques pour la prevention des infection liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. 2004;40–5.
22. Haute Autorité de Santé. Avis de la commission de transparence sur EOSINE AQUEUSE GIFRER A 2 % solution pour application locale , Unidoses de 5 ml B / 20. 2005;3.
23. PLACET-THOMAZEAU. Le bon usage des antiseptiques. 2001;1–52.
24. Article L5211-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 3]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021964486?isSuggest=true
25. Haute Autorité De Santé. Les pansements, indications et utilisations recommandées. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2011;4. Available from: www.has-sante.fr
26. Société française d'hygiène hospitalière. Bonnes pratiques essentielles en hygiène à l'usage des professionnels de santé en soins de ville. Hygiènes. 2015;23(5):28p.
27. Santé Publique France. Comment Se Laver Les Mains ? 2020;000:800.
28. ARS Bourgogne Franche-Comté. Tri des déchets d'activité de soins.
29. AFGSU : formation ambulancier [Internet]. [cited 2022 Feb 9]. Available from: <https://www.formationambulancier.fr/11-afgsu/m2afgsu-vital/0211-afgsu-arbres.html>

30. SNSM. Conducteur de formation PSE1. 2022.
31. SNSM. Conducteur de formation PSE2. 2022.
32. Croix-Rouge française. Les 4 étapes pour porter secours [Internet]. [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/Les-4-etapes-pour-porter-secours>
33. Croix-Rouge française. L'étouffement [Internet]. [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-etouffement>
34. Croix-Rouge française. Le saignement [Internet]. [cited 2022 Feb 5]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/Le-saignement>
35. CH de Genève, Cataldi L, Saup LL. Utilisation du garrot. 2019;1–13.
36. Cespharm, Ordre National des Pharmaciens. Accidents d'Exposition au Sang, prise en charge à l'officine. 2019;1.
37. Croix-Rouge française. L'inconscience [Internet]. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-inconscience>
38. Croix-Rouge française. L'arrêt cardiaque : les gestes de secours [Internet]. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-arret-cardiaque-les-gestes-de-secours>
39. Croix-Rouge française. L'arrêt cardiaque et la défibrillation [Internet]. [cited 2022 Feb 6]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/Les-6-gestes-de-base/L-arret-cardiaque-la-defibrillation>
40. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) [Internet]. [cited 2022 Feb 27]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/les-defibrillateurs-automatisees-externes-dae>
41. Brion F, Aulagner G. Pharmacie clinique à l'officine. Maloine; 2018.
42. VIDAL. Glucagon : substance active à effet thérapeutique [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/glucagon-1644.html>
43. VIDAL. Le vaccin contre le tétanos [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/vaccins/vaccin-tetanos.html>
44. VIDAL. Comment soigner une plaie ? [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/plaies/traitements.html>
45. Clinique de la main, doigt, poignet à Caen [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.cliniquedelamain-caen.fr/>
46. Ferey D. Conseils en pharmacie. 4e édition. Maloine; 2018.

47. VIDAL. Hématome et ecchymose [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.vidal.fr/maladies/appareil-locomoteur/hematome-ecchymose.html>
48. VIDAL. HEMOCLAR 0,5 % crème [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/hemoclar-0-5-creme-8039.html>
49. CHU de Nantes. Que faire lorsqu'une dent est arrachée à la suite d'un choc ? [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 8]. Available from: <https://www.chu-nantes.fr/que-faire-lorsqu-une-dent-est-arrachee-a-la-suite-d-un-choc>
50. Dufourcq JB, Marsol P, Gaba F, Granados M. Brûlures graves de l'enfant. Conférences d'actualisation SFAR. 1997;
51. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Liste des Centres de Traitement des Brûlés français et transfrontaliers.
52. VIDAL. Recommandations Entorse de cheville [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/entorse-de-cheville-4026.html#prise-en-charge>
53. Institut Pasteur. Liste des centres antirabiques français. 2020 [cited 2022 Mar 23]; Available from: <http://www.mediterranee-infection.com/>
54. Sanofi. Vaccination rabique pasteur [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/54-vaccin-rabique-pasteur>
55. VIDAL. Morsure et griffure [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 23]. Available from: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/morsure-griffure.html>
56. SOS Serpents - Nature Midi-Pyrénées [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <http://www.naturemp.org/SOS-Serpents.html>
57. Harry P, De Haro L. Traitement des envenimations par les serpents en France. Reanimation. 2002;11(7):548–53.
58. VIDAL. Comment réagir en cas de morsure ? [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.vidal.fr/maladies/peau-cheveux-ongles/morsure-griffure/que-faire.html>
59. VIDAL. Maladie de Lyme [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.vidal.fr/sante/voyage/maladies-voyage/borreliose-maladie-lyme.html>
60. Mon GR. FREQRANDO : une étude menée sur l'exposition des randonneurs aux piqûres de tiques [Internet]. 2016 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.mongr.fr/sinspirer/actu/freqrando-une-etude-menee-sur-l-exposition-des-randonneurs-aux-piqures-de-tiques>
61. Pharmacie du golf. Comment se protéger des tiques ? [Internet]. [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://pharma-medical77.fr/actualites-location-materiel-medical-77/maladie-de-lyme-comment-se-protger-des-tiques/>
62. Santé publique France. L'encéphalite à tiques [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et->

traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/encephalite-a-tiques/la-maladie/#tabs

63. CiTique. Citique | Citoyen et tiques [Internet]. [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.citique.fr/>
64. Joël G. Identifier et reconnaître les hyménoptères [Internet]. [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://lerucherdesplaisirs.jimdo.com/fiches/identifier-abeilles-bourdons-guêpes-et-frelons/>
65. Ameli. Réagir en cas d'urgence : Piqûres de guêpes, abeilles, frelons et bourdons [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/morsures-griffures-piqures/piques-guepes-abeilles-frelons-bourdons>
66. Ministère des Solidarités et de la Santé. Cartes de présence du moustique tigre (*Aedes albopictus*) en France métropolitaine [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/especes-nuisibles-et-parasites/article/cartes-de-presence-du-moustique-tigre-aedes-albopictus-en-france-metropolitaine>
67. Aurelia A. Meduses et physalies.
68. DQO. Démarche qualité à l'officine [Internet]. [cited 2022 Mar 27]. Available from: <https://www.demarchequaliteofficine.fr/la-demarche-qualite>
69. Ordre National des Pharmaciens. Démarche qualité à l'officine - Nos missions [Internet]. [cited 2022 Mar 27]. Available from: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Demarche-qualite-a-l-officine>
70. Légifrance. Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030084493/>
71. Croix-Rouge française. PSC [Internet]. [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://www.croix-rouge.fr/Je-me-forme/Particuliers/PSC1-IRR>
72. Gouvernement.fr. Se former aux premiers secours [Internet]. [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://www.gouvernement.fr/risques/se-former-aux-premiers-secours>
73. Pharma Système Qualité. PHARMA SYSTÈME QUALITÉ – Certification ISO 9001 – QMS Pharma [Internet]. [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.pharmasystemequalite.com/>
74. Ordre National des Pharmaciens. Les cahiers thématiques : Qualité Pharmaceutique. 2019.

Quelle conduite à tenir en cas d'AES ?^{[1] [3] [5] [6]}

1 IMMÉDIATEMENT APRÈS L'EXPOSITION : RÉALISER LES PREMIERS SOINS D'URGENCE

Piqûre, coupure ou contact direct sur une peau lésée :

- ◆ **Ne pas faire saigner.**
- ◆ **Nettoyer immédiatement** la zone cutanée lésée à l'eau et au savon.
- ◆ **Rincer abondamment.**
- ◆ **Désinfecter pendant au moins 5 minutes** avec :
 - Dakin ou eau de Javel à 2,6 % de chlore actif diluée au 1/5^e,
 - ou à défaut : polyvidone iodée en solution dermique ou alcool à 70°

Projection sur une muqueuse :

- ◆ Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau, pendant au moins 5 minutes.

2 DANS L'HEURE : PRENDRE UN AVIS MÉDICAL^c

- ◆ Pour évaluer le risque infectieux (notamment VIH, VHB et VHC) en fonction du type d'exposition, du statut sérologique de la personne source préalablement identifiée et de l'immunité de la personne exposée.
- ◆ Pour initier si besoin un traitement prophylactique le plus tôt possible (traitement post-exposition au VIH^d, immunoglobulines anti-VHB +/- vaccination), au mieux dans les 4 heures.

3 DANS LES 48 HEURES : DÉCLARER L'AES

- ◆ **Pour un salarié :** informer son employeur (qui devra déclarer l'accident de travail [AT] auprès de la CPAM), faire établir un certificat médical initial d'AT.
- ◆ **Pour un titulaire :** déclarer l'accident de travail auprès de son assurance professionnelle privée.

4 SUIVRE LES RECOMMANDATIONS MÉDICALES POUR LE SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE

En parallèle, il est recommandé d'informer le médecin du travail. Il convient d'analyser les circonstances de survenue de l'AES et de réajuster si besoin la procédure de prévention à mettre en oeuvre.

À noter : Une affichette de l'INRS présentant la conduite à tenir en cas d'AES est accessible depuis le site www.cespharm.fr (rubrique « Catalogue », thème « Vaccination/Grippe »).

^c Les structures des urgences et les services de maladies infectieuses et tropicales sont privilégiés pour l'accueil et la prise en charge des AES professionnels au stade précoce.

^d En cas de survenue d'un AES suite à une injection IM ou SC : si le statut sérologique VIH de la personne source est non connu et ne peut pas être évalué, il n'est pas recommandé d'instaurer un traitement post-exposition au VIH (Rapport « Morlat », 2018)^[1]



Une tique vous a piqué
ou a piqué votre animal ?
Rendez-vous sur l'application
«Signalement Tique» !



1. Créez un compte
et ajoutez autant de
profils que vous souhaitez



Lors des signalements,
les informations sur les
profils seront déjà
renseignées

2. Signalez la piqûre
et obtenez le numéro
de signalement à 6 chiffres

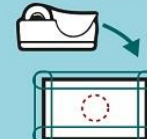


Vous pouvez
signaler même
hors connexion !



3. Envoyez la tique
piqueuse à CITIQUÉ

- Emprisonnez la tique dans du papier absorbant
- Marquez le n° de signalement à 6 chiffres, la date et le lieu de piqûre
- Envoyez à Programme CITIQUÉ - Laboratoire Tous Chercheurs Centre INRAE Grand Est-Nancy 54280 Champenoux



4. Recevez des
notifications pour
le suivi post-piqûre



5. Consultez l'historique
de signalement et des
informations de prévention

A partir de votre compte consultez le « journal des piqûres »
des différents profils enregistrés et devenez incollable
sur les tiques !

www.citique.fr



CITIQUÉ
est porté par :



Suivi des interventions de 1^{er} secours à la pharmacie

Date	Nom et prénom du patient	Action(s) de 1 ^{er} secours réalisée(s)	Par ?	Suites données, le cas échéant



ENREGISTREMENT

E02. INTERVENTIONS DE PREMIÈRE URGENCE

Date	Nom & Prénom du Patient	Age du Patient	Diplômé en Charge du Patient	Motif de l'intervention / Pathologie Identifiée	Prise en Charge / Mesures Réalisées (Prise de Tension, Glycémie...) / Orientation



Pharmacie :

Missions & Services
Version 2.01 – Novembre 2019

Annexe 4 : Démarche Qualité Officine, tableau de suivi des interventions

Liste du matériel de premiers secours Patients à détenir à la pharmacie (préconisations)

1. Gants à usage unique	<input type="checkbox"/>
2. Antiseptiques – Dakin, Chlorhexidine, eau oxygénée	<input type="checkbox"/>
3. Sérum physiologique en dosettes	<input type="checkbox"/>
4. Compresses stériles petites et grandes	<input type="checkbox"/>
5. Pansements prédécoupés	<input type="checkbox"/>
6. Sparadrap hypoallergénique	<input type="checkbox"/>
7. Bande adhésive en non tissée (type Omnifix ou autre 10 cm...)	<input type="checkbox"/>
8. Pansements gras	<input type="checkbox"/>
9. Bande de gaze et bande crêpe	<input type="checkbox"/>
10. Ciseaux à bouts ronds	<input type="checkbox"/>
11. Pince à échardes	<input type="checkbox"/>
12. Ouate hémostatique	<input type="checkbox"/>
13. Pommade contre les contusions	<input type="checkbox"/>
14. Couverture de survie	<input type="checkbox"/>
15. Suture adhésive	<input type="checkbox"/>
16. Morceau de sucre et alcool de menthe	<input type="checkbox"/>
17. Thermomètre frontal	<input type="checkbox"/>

Support d'enregistrement des interventions de premiers secours actualisé

Vérification mensuelle des dates de péremption (cocher chaque mois)

J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nom et signature :

Dernière mise à jour:



CHECK-LIST

C05. TROUSSE DE PREMIÈRE URGENCE

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

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



Numéros d'Urgence

15 SAMU (urgence médicale)

18 sapeurs-pompiers (secours, incendie)

Centre Antipoison de la Région : _____



Missions & Services
Version 2.01 – Novembre 2019



VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

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

TITREPHARMACIEN ET PREMIERS SOINS A L'OFFICINE

Résumé

Le pharmacien d'officine peut être confronté à tout moment dans sa pratique à une ou des situations nécessitant la réalisation de premiers soins. L'officine est en effet un lieu privilégié pour la prise en charge des patients : de par leur répartition sur l'ensemble du territoire, les larges amplitudes horaires d'ouverture et la présence permanente de professionnels de santé disponibles sans rendez-vous. Il convient donc au pharmacien de connaître et maîtriser un certain nombre de gestes pour pouvoir faire face à ce type de demande. Aussi, pour commencer, nous avons abordé, dans ce document, le cadre réglementaire en France de la réalisation des premiers soins par le pharmacien d'officine. Puis nous avons traité individuellement les pathologies les plus courantes appelant à la réalisation de premiers soins au comptoir. A cette occasion, nous avons effectué quelques rappels descriptifs des différentes situations ainsi que les conduites à tenir face à chacune d'entre elles. Enfin, nous avons terminé en rappelant l'importance de l'intégration de la prise en charge des premiers soins dans la démarche qualité et ce que cette dernière peut apporter comme plus-value.

TITLEPHARMACIST AND FIRST AID IN COMMUNITY PHARMACY

Summary

The community pharmacist may be confronted at any time in his practice with one or several situations requiring the provision of first aid. The pharmacy is indeed a privileged place for the care of patients: due to their distribution throughout the territory, the wide opening hours and the permanent presence of health professionals available without an appointment. It is therefore appropriate for the pharmacist to know and master a certain number of gestures in order to be able to deal with this type of request. Thus, to begin with, we discussed, in this document, the regulatory framework in France for the provision of first aid by the community pharmacist. Then we individually talked about the most common pathologies calling for first aid at the counter. On this occasion, we made a few descriptive reminders of the different situations as well as the actions to be taken with each one of them. Finally, we ended by recalling the importance of integrating the management of first aid in the quality approach and what it can bring as added value.

Mots-clésPharmacien - Premiers soins – Officine - Pharmacie d'Officine - Premiers secours
