



**HAL**  
open science

# De la théorie à la pratique : analyse des soins de premiers secours à l'officine en milieu rural et en milieu urbain

Quentin Damiens

► **To cite this version:**

Quentin Damiens. De la théorie à la pratique : analyse des soins de premiers secours à l'officine en milieu rural et en milieu urbain. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04190537

**HAL Id: dumas-04190537**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04190537>**

Submitted on 29 Aug 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE  
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE MARDI 11 JUILLET 2023

PAR

**Quentin DAMIENS**

Né le 14 décembre 1993 à BEAUVAIS

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**DE LA THEORIE À LA PRATIQUE : ANALYSE DES SOINS DE  
PREMIERS SECOURS À L'OFFICINE EN MILIEU RURAL ET EN  
MILIEU URBAIN**

### **JURY :**

Président : Professeur Hervé KOVACIC

Membres : Docteur Caroline DUCROS  
Docteur Antoine DEMOULIN  
Docteur Félicia FERRERA-BIBAS



27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05  
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

**ADMINISTRATION :**

<i>Doyen :</i>	M. Jean-Paul BORG
<i>Vice-Doyens :</i>	Mme Florence SABATIER-MALATERRE, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT, Mme Alexandrine BERTAUD
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, Mme Alexandrine BERTAUD, M. David BERGELFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, M. Philippe GARRIGUE, M. Guillaume HACHE, M. Thierry TERME
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE, Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Philippe CHARPIOT, M. Riad ELIAS
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Sylvie BUREAU
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Manon BONIFAY
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

**DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE**

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

**PROFESSEURS**

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC M. François DEVRED
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

Mme Odile RIMET-GASPARINI  
Mme Pascale BARBIER  
Mme Manon CARRE  
M. Gilles BREUZARD  
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA  
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,  
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pierre REBOUILLON  
M. Emmanuel CAUTURE  
Mme Véronique ANDRIEU  
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES  
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON  
Mme Carole SIANI  
Mme Muriel MASI

## ENSEIGNANT CDI

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

## A.H.U.

PHARMACOTECHNIE

Mme Mélanie VELIER

**DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE**  
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

## PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE  
Mme Laurence CAMOIN-JAU  
Mme Florence SABATIER-MALATERRE  
Mme Nathalie BARDIN  
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN  
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET  
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN Mme Sandra GHAYAD
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU Mme Alexandra WALTON

## A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Amandine BONIFAY
----------------------------	----------------------

## MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

PRATIQUE OFFICINALE	M. Jérôme JOUVE Mme Emmanuelle TONNEAU-PFUG
---------------------	--

## DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

## PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	Mme Sok Siya BUN

## MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL  
M. Quentin ALBERT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Catherine DEFOORT  
M. Alain NICOLAY  
Mme Estelle WOLFF  
Mme Elise LOMBARD  
Mme Camille DESGROUAS  
M. Charles DESMACHELIER  
M. Mathieu CERINO

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET  
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Dujé BURIC  
M. Pascal PRINDERRE

CHIMIE THERAPEUTIQUE - CHIMIE MINERALE ET  
STRUCTURALE

Mme Sandrine ALIBERT  
Mme Caroline DUCROS  
M. Marc MONTANA  
Mme Manon ROCHE  
Mme Fanny MATHIAS

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE  
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS  
M. Christophe CURTI  
Mme Julie BROGGI  
M. Nicolas PRIMAS  
M. Cédric SPITZ  
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE

Mme Valérie MAHIOU-LEDDET  
Mme Béatrice BAGHDIKIAN  
M. Elnur GARAYEV

## MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION  
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET  
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

Mme Haïfa LAYACHI RAHABI  
M. Cyril PUJOL

DROIT ET ETHIQUE

Mme Laurie PAHUS

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE  
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET  
COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET  
GESTION DE LA PHARMAFAC

Mme Félicia FERRERA

DISPOSITIFS MEDICAUX

Mme Valerie MINETTI-GUIDONI

**DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE**

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

**PROFESSEURS**

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE M. Joseph CICCOLINI
TOXICOLOGIE GENERALE	Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU

**MAITRES DE CONFERENCES**

PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD Mme Marie-Anne ESTEVE
PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET
PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA Mme Anne RODALLEC M. Nicolas FABRESSE
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Pierre-Henri VILLARD

**A.H.U.**

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	M. Vincent NAIL
PHARMACIE CLINIQUE	Mme Maeva MONTALEYTANG Mme Charlotte BERARD



## CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Annie CILIA, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Yann COTTE, Pharmacien Assistant

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Céline HIRSCH, Pharmacien Conseil de l'Assurance Maladie

Mme Christelle LABRANDE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Florence LEANDRO-DIJON, Pharmacien adjoint

Mme Nathalie MARTIN, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie MERLIN, Pharmacien Assistant

Mme Vanessa METZ, Pharmacien hospitalier

Mme Alice PERINEAU, Pharmacien Assistant

Mme Florence PEYRON, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Bertrand POURROY, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 février 2023

« L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE  
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS ÉMISES  
DANS LES THESES. CES OPINIONS DOIVENT ÊTRE  
CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS. »



## REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier ma directrice de thèse **Mme Caroline DUCROS**, pour sa confiance et ses conseils tout au long de l'élaboration de ce document. Merci pour votre patience et pour le temps que vous avez consacré à ce travail, même lorsque ce n'était pas simple.

Je souhaite également remercier **Mr Hervé KOVACIC** qui m'a apporté une aide précieuse dans la compréhension et l'interprétation des données recueillies. Merci beaucoup d'avoir suivi et accompagné ce travail et de me faire l'honneur de présider ce jury.

**Merci à Antoine DEMOULIN** d'avoir accepté de faire partie du jury, ainsi qu'à l'équipe de la pharmacie Pasteur où tout a commencé lors de mon stage d'initiation de deuxième année, et où mon cursus s'achève avec le stage de pratique professionnelle. Il semble que la boucle soit enfin bouclée.

**Merci à Félicia FERERA** pour l'intérêt porté à mon travail et pour avoir aussi accepté de faire partie de ce jury. J'espère que ce travail donnera matière à ton engagement et ta détermination pour faire évoluer les pratiques officinales.

**Merci à ma compagne**, mon p'tit chat, pour tes relectures attentives. Merci infiniment de m'avoir soutenu jusqu'à aujourd'hui, dans mes études et dans mes folies. Merci pour ta patience et des concessions que tu as dû faire pour que je puisse conclure ce travail de thèse. Merci d'être là et de m'épauler quotidiennement dans les moments sympas comme dans les moments plus difficiles. Une page se tourne, enfin. De nombreux projets nous attendent, j'ai hâte que nous puissions pleinement nous y consacrer.

**Merci au QG** et à cette belle et grande famille de dingues que nous avons formé avec les coureurs du dimanche, les parrains-marraines, le fillots-fillotes, petit patiot et tous ceux qui ont gravité autour de cette maison du peuple. J'ai du mal à imaginer ses années sans vous, une chance d'avoir pu vivre tout ça à vos côtés et grâce à vous.

Je souhaiterais aussi remercier les associations et toutes les belles personnes avec qui j'ai eu la chance de m'investir, que ce soit au **TAM**, à **l'AE2P** ou à **l'ANEPF** (spéciale dédicace à la Green Team). C'était beaucoup de temps, beaucoup de projets, beaucoup d'énergie, mais surtout beaucoup de souvenirs, beaucoup de copains et surtout beaucoup de bienveillance. Je le referais sans hésiter.

**A ma famille**, merci pour la confiance que vous m'avez toujours accordée (encore aujourd'hui). Merci de votre soutien constant, votre écoute, votre compréhension et de votre patience. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué, n'est-ce pas ? « C'était plus compliqué que pas facile », mais on y arrive. Je vous remercie pour les valeurs de partage, de compassion et de générosité que vous m'avez inculquées et qui ont contribué à façonner la personne que je suis aujourd'hui.

**Enfin, à mes amis de longue date**, Choup's, Chaton, Alex et Manu, je tiens à vous remercier d'être toujours présent à mes côtés, quelles que soient les circonstances.

Et enfin, merci à tous ceux qui prendront le temps de lire mon travail. J'espère sincèrement qu'il répondra à vos attentes et à vos questions, voire qu'il suscitera de nouvelles interrogations.

*« Nous sommes ce que nous sommes grâce à ce que nous avons appris des autres. »*

*Lev Vygotski*

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>PARTIE 1 : Place de la pharmacie d'officine et de son équipe dans la prise en charge des soins de premiers secours</b> .....	<b>19</b>
<b>I. Contexte de l'officine de pharmacie</b> .....	<b>19</b>
1. L'officine de pharmacie .....	19
2. L'équipe officinale .....	23
3. Place dans le système de santé.....	26
<b>II. Urgences et demandes de soins d'urgence : organisation de la prise en charge en France</b> . 37	
1. Les acteurs de l'urgence.....	37
2. L'organisation de la prise en charge des urgences .....	44
<b>III. Évolution du système de santé : ancrage du pharmacien en tant qu'acteur de première ligne</b> .....	<b>52</b>
1. Remaniement du système de santé.....	52
2. Ancrage des premiers secours dans les nouvelles pratiques officinales .....	57
<b>IV. Droits et devoirs du pharmacien et de l'équipe officinale face à l'urgence</b> .....	<b>62</b>
1. Caractéristiques de l'urgence et des premiers secours .....	63
2. Devoirs et responsabilités du pharmacien titulaire et de son équipe face à l'urgence .....	64
<b>PARTIE 2 : Étude des soins de premiers secours dans les officines situées dans les milieux ruraux et urbains de la région PACA</b> .....	<b>73</b>
<b>I. Abstract</b> .....	<b>73</b>
<b>II. Introduction</b> .....	<b>75</b>
1. L'exercice officinal : un mode d'exercice nuancé par le milieu dans lequel il est pratiqué .....	75
2. Établir un constat pragmatique des premiers secours dans ces différents milieux : exemple de la région PACA .....	76
3. Organisation des premiers secours à l'officines .....	76
<b>III. Matériel et méthode</b> .....	<b>77</b>
1. Objectifs.....	77
2. Déroulement de l'étude .....	77
3. Schéma et population de l'étude .....	78

4.	Recueil des données : le questionnaire.....	81
5.	Recueil des données : support de diffusion du questionnaire et traitement des réponses.....	83
6.	Méthodologie du questionnaire, méthode d'analyse et limites .....	85
<b>IV.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>89</b>
1.	Démographie des répondants.....	89
2.	Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11].....	89
3.	Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19] ..	103
4.	Premiers secours dans la pratique officinale : évaluation par le pharmacien de la fréquence des événements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41].....	113
5.	Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 47] .....	137
6.	Perspectives pédagogiques [questions 48 à 49] .....	147
<b>PARTIE 3 : Prendre en charge les premiers secours : de la théorie à la pratique officinale</b>		<b>151</b>
<b>I.</b>	<b>Principe de prise en charge d'un patient en détresse.....</b>	<b>151</b>
1.	Sécuriser .....	152
2.	Examiner.....	152
3.	Alerter.....	154
4.	Secourir.....	155
5.	Exemple d'algorithme de prise en charge des premiers secours à l'officine .....	159
6.	Préparation de l'arrivée des secours.....	160
<b>II.</b>	<b>Matériel nécessaire à la prise en charge des premiers secours à l'officine .....</b>	<b>160</b>
1.	La trousse de secours .....	161
2.	Le Défibrillateur Automatique Externe (DAE) .....	166
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>175</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>177</b>
<b>ANNEXE.....</b>		<b>197</b>
<b>I.</b>	<b>TABLEAU COMPARATIF DES PLATEFORMES.....</b>	<b>197</b>
<b>II.</b>	<b>QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>199</b>
1.	Introduction.....	199
2.	Informations concernant le pharmacien titulaire et son officine.....	199
3.	Formation aux premiers secours.....	204
4.	Dans la pratique .....	206
5.	Organisation des premiers secours à l'officine .....	209
6.	Perspectives pédagogiques.....	211

<b>III. MENTIONS LEGALES « EN SAVOIR PLUS ».....</b>	<b>212</b>
<b>IV. RESULTATS.....</b>	<b>215</b>
1. Démographie des répondants.....	215
2. Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11] .....	215
3. Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19] ..	217
4. Premiers secours dans la pratique officinal : évaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41].....	218
5. Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 47] .....	221
6. Perspectives pédagogiques [questions 48 à 49] .....	222
<b>V. LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>223</b>
<b>VI. LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>227</b>
<b>VII. LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>231</b>
<b>SERMENT DE GALIEN.....</b>	<b>235</b>





## INTRODUCTION

Chaque jour plus de 4,5 millions de Français<sup>1</sup> franchissent les portes des 21 061 pharmacies d'officine françaises<sup>2</sup>. Ce n'est pas seulement pour venir y trouver les thérapeutiques médicamenteuses dont le pharmacien est le gardien, mais pour y rencontrer « des professionnels de santé qualifiés (93%), compétents (93%), responsables (93%), à l'écoute des besoins (91%), disponibles (90%) et de bon conseil (89%) »<sup>3</sup>.

Le pharmacien est sans doute un des professionnels de santé qui côtoie le plus régulièrement ses patients (avec 84% d'entre eux qui se rendent toujours dans la même pharmacie<sup>3</sup>). En plus des patients qu'il suit régulièrement, il voit également se présenter à lui toute une catégorie de la population qui n'est pas, ou pas encore, suivi médicalement car en bonne santé ou non encore diagnostiquée.

Le maillage territoriale, l'identification facile de la croix verte, les larges horaires d'ouverture, l'assurance d'y trouver un professionnel de santé, gratuitement, sans rendez-vous, disposant d'un espace de confidentialité, de matériels, de médicaments, de dispositifs médicaux, de connaissances et de compétences nécessaires à la prise en charge des premiers secours sont autant d'éléments qui font de l'officine un avant-poste médical de choix pour les patients en demande de soins non programmés.

Parfois même, c'est le pharmacien, qui connaît bien ses patients, qui peut objectiver certaines situations nécessitant une consultation ou une intervention médicale plus ou moins urgente. Dans ce cas, l'officine devient la porte d'entrée du patient dans un parcours de soin, orienté, d'après sa situation médico-pharmaceutique, par le pharmacien.

Que la détresse du patient soit psychologique ou somatique, ressentie ou manifeste, relative ou vitale, les pharmaciens s'efforcent avec leur équipe d'apporter une réponse optimale, d'autant plus dans les zones où la présence médicale et l'offre de soin d'urgence est difficile d'accès.

---

<sup>1</sup> SANOFI – Infographie « La pharmacie d'officine aujourd'hui en France » avec la FSPF et l'USPO – Source IQVIA Pharmastat, juin 2018 [Internet]. [cité 8 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.sanofi.fr/dam/jcr:83de4765-aab2-41a6-9da9-a6f05cbef7db/sanofi\\_infographie\\_PHARMACIE-V6.pdf](https://www.sanofi.fr/dam/jcr:83de4765-aab2-41a6-9da9-a6f05cbef7db/sanofi_infographie_PHARMACIE-V6.pdf)

<sup>2</sup> « Nombre d'officines - Cartes - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 7 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>

<sup>3</sup> « Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens », France, consulté le 10 avril 2021. Disponible sur : [https://harris-interactive.fr/opinion\\_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/](https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/).

Mais dans quelle mesure le pharmacien peut-il, ou doit-il intervenir auprès du patient en détresse ? Est-il prêt à accueillir et prendre en charge ces situations à l'officine ? Les pratiques sont-elles différentes en milieu rural et en milieu urbain ? Enfin, la prise de décision face au patient doit être rapide et efficace, quels éléments d'organisation permettent d'optimiser cette prise en charge à l'officine ?

Pour répondre à ces questions nous verrons dans une première partie le cadre législatif et réglementaire des premiers secours à l'officine, sa place dans le système de santé et son évolution. Dans une seconde partie nous commenterons les résultats de l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) sur cette pratique. Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous aborderons les éléments clés de la prise en charge des premiers secours à l'officine (notamment la méthodologie et le matériel dont il faut disposer).

# **PARTIE 1 : Place de la pharmacie d'officine et de son équipe dans la prise en charge des soins de premiers secours**

## **I. Contexte de l'officine de pharmacie**

### **1. L'officine de pharmacie**

#### *a. Définition*

Classiquement, l'officine de pharmacie est définie par le Code de la Santé Publique (CSP) comme étant :

- « L'établissement affecté, d'une part, à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés aux articles L. 4211-1<sup>4</sup> et L. 5125-24<sup>5</sup> et, dans les conditions définies par décret, de médicaments expérimentaux ou auxiliaires ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ... »<sup>6</sup>.

Si la dispensation de médicaments et de certains produits relève uniquement de l'officine, elle peut en outre proposer et conseiller d'autres marchandises dont la liste est fixée par l'arrêté ministériel du 15 février 2002 (modifié le 25 avril 2020)<sup>7</sup>.

- « ... Et, d'autre part, [l'établissement affecté] au conseil pharmaceutique et à l'exercice des missions prévues à l'article L. 5125-1-1 A<sup>8</sup> », incluant en premier lieu la contribution « **aux soins de premiers recours** définis à l'article L.1411-11 » du CSP<sup>9</sup>.

De fait, si l'officine de pharmacie peut être populairement assimilée à un commerce de proximité, il est important de garder à l'esprit que le commerçant que l'on y trouvera est avant tout un professionnel de santé qualifié, que les médicaments ne sont pas des produits de consommation comme les autres et que l'officine est avant tout un espace de santé proche et accessible où toute personne trouvera une écoute bienveillante et attentive à une demande de sécurité et de conseils sur des sujets de santé.

---

<sup>4</sup> Article L4211-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>5</sup> Article L5125-24 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>6</sup> Articles L5125-1 à L5125-32 - Chapitre V : Pharmacie d'officine – Légifrance

<sup>7</sup> Arrêté du 25 avril 2020 modifiant l'arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine – Légifrance

<sup>8</sup> Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>9</sup> Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance

### b. Aspect

L'officine de pharmacie est facilement reconnaissable grâce à une signalétique simple et emblématique définie dans l'article R4235-53 du CSP<sup>10</sup>, et qui ne peut comporter outre sa dénomination que :



Figure 1 : Croix grecque

«

- La **croix grecque**<sup>11</sup> de couleur verte, lumineuse ou non ;
- Le **caducée pharmaceutique**<sup>12</sup> de couleur verte, lumineux ou non, tel que reconnu par le ministère chargé de la santé en tant qu'emblème officiel des pharmaciens français et constitué par une coupe d'Hygie et un serpent d'Epidaure.
- Le cas échéant, le **nom ou le sigle de l'association, du groupement ou du réseau dont le pharmacien est membre** ; ce nom ou ce sigle ne saurait prévaloir sur la dénomination ou l'identité de l'officine<sup>13</sup>. »



Figure 2 : Caducée pharmaceutique



Figure 3 : Exemple d'une plaque de pharmacie

Elle doit également « porter de façon lisible de l'extérieur le **nom du ou des pharmaciens propriétaires, copropriétaires ou associés en exercice**. Les noms des pharmaciens assistants peuvent être également mentionnés. Ces inscriptions ne peuvent être accompagnées que des seuls titres universitaires, hospitaliers et scientifiques dont la liste est établie par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens » conformément à l'article R4235-52 du CSP<sup>14</sup>.

### c. Exploitation et maillage territorial

Les règles de transfert, de regroupement et de création d'une officine sont fixées par les articles L.5125-3 et suivants du CSP<sup>15</sup>, elles répondent à des exigences de **proximité** et de **service optimal** rendu à la population résidente.

<sup>10</sup> [Article R4235-53 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>11</sup> Figure 1 : Croix grecque. Disponible sur :

<http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/mercure-internet/nos-missions/assurer-la-defense-de-l-honneur-et-de-l-independance/la-protection-de-la-croix-verte-et-du-caducee>

<sup>12</sup> Figure 2 : Caducée pharmaceutique. Disponible sur :

<http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/media/images/caducee>

<sup>13</sup> Figure 3 : Exemple d'une plaque de pharmacie. Disponible sur : <https://tgccreation.com/>

<sup>14</sup> [Article R4235-52 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>15</sup> [Articles L5125-3 à L5125-5-1 - Section 2 : Conditions générales d'autorisation](#) – Légifrance

Elles ne doivent pas compromettre l'approvisionnement en médicaments de la population de la commune ou du quartier d'origine. Elles doivent garantir une desserte optimale au regard des besoins de la population du lieu d'implantation, sous-entendu un accès aisé, une visibilité de l'officine et une conformité d'aménagement des locaux pour la population résidente.<sup>16</sup>

L'exploitation d'une officine est ainsi subordonnée à la délivrance d'une autorisation ou « **licence** » délivrée par décision du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) après avis du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) et des syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires. Cette licence fixe le lieu d'exploitation de l'officine.

Pour la première licence dans une commune, les quotas de population sont de 2500 habitants, ils sont ensuite de 4500 habitants pour les suivantes (article L.5125-4 du CSP<sup>17</sup>).

Au final, « le maillage officinal est particulièrement dense avec **33 officines en moyenne pour 100 000 habitants**. La répartition territoriale garantit ainsi un réseau de proximité sur tout le territoire : 4 personnes sur 5 ont accès à une pharmacie dans leur commune de résidence et 97% de la population métropolitaine vit à **moins de 10 minutes en voiture** d'une officine, assurant ainsi un contact privilégié et rapide avec un professionnel de santé »<sup>18</sup>.

#### *d. Organisation de l'officine*

Bien que l'organisation de l'officine doive « assurer la qualité de tous les actes qui y sont pratiqués » (article R.4235-55 du CSP<sup>19</sup>), on s'intéressera surtout dans cette partie à l'organisation des espaces ouverts au public.

Ainsi les locaux doivent être conformes aux articles R.5125-8<sup>20</sup> et R.5125-9<sup>21</sup> du CSP définissant :

#### **Une unité de lieu :**

Ils doivent être indépendants d'autres locaux professionnel ou commercial et être d'un seul tenant y compris pour les activités spécialisées telle que l'orthopédie, l'audioprothèse ou encore

---

<sup>16</sup> « Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie » (s. d.), consulté le 8 mai 2021.

<sup>17</sup> [Article L5125-24 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>18</sup> « Une offre de soins pharmaceutiques garantie par un maillage territorial adapté - Communications - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 7 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Une-offre-de-soins-pharmaceutiques-garantie-par-un-maillage-territorial-adapte>.

<sup>19</sup> [Article R4235-55 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>20</sup> [Article R5125-8 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>21</sup> [Article R5125-9 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

l'optique-lunetterie. Mais des lieux de stockage peuvent se trouver à proximité de l'officine dans les limites du quartier d'implantation conformément à l'article L. 5125-3-1 du CSP<sup>22</sup>.

### **La superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux :**

Ils doivent être adaptés aux activités et permettre le respect des bonnes pratiques précisées dans l'article L. 5121-5 du CSP<sup>23</sup>.

### **Les différentes parties de l'officine au regard de l'accessibilité ou non aux produits et des activités réalisées :**

On retrouve ainsi définie par l'article R5125-9 du CSP<sup>24</sup>, la partie accessible au public avec :

- Une zone clairement délimitée, pour **l'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments**. Cette zone doit permettre la tenue d'une conversation à l'abri des tiers conformément à la discrétion qu'impose le respect du secret professionnel (article R.4235-55 du CSP<sup>25</sup>).
- Un **espace de confidentialité** : où le pharmacien peut recevoir isolément les patients en vue, par exemple, de réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique. Cet espace est dit « adapté » dès lors qu'il permet un dialogue en toute confidentialité entre le pharmacien et le patient.
- Des **médicaments et produits du monopole disponibles en libre accès** qui sont mentionnés à l'article R. 5121-20<sup>26</sup> et présentés dans le respect des conditions prévues à l'article R. 4235-55 du CSP<sup>25</sup>, incluant entre autres les tests de grossesse et les tests d'ovulation.
- Un **espace dédié aux soins urgents** qui doit être prévu, si possible au calme, isolé du reste de l'officine, à proximité d'un point d'eau et qui doit disposer d'un fauteuil ou d'un lit.

Est aussi définie, une partie qui concerne les médicaments et autres produits dont la vente est réservée aux officines, avec un agencement tel que le public ne puisse y avoir d'accès direct. Elle concerne les médicaments relevant des listes I, II et stupéfiants qui doivent être hors de portée de toute personne autre que les membres de l'équipe officinale.

---

<sup>22</sup> Article L5125-3-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>23</sup> Article L5121-5 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>24</sup> Article R5125-9 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>25</sup> Article R4235-55 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>26</sup> Article R5121-202 - Code de la santé publique – Légifrance

## 2. L'équipe officinale

### a. Le pharmacien titulaire<sup>27</sup>

L'officine est avant tout la propriété d'un pharmacien (ou d'une société constituée exclusivement de pharmaciens) dans laquelle il est tenu d'exercer personnellement sa profession. S'il n'est pas en mesure de le faire et s'il ne se fait pas effectivement et régulièrement remplacer, l'officine ne peut être maintenue ouverte (article R4235-50 du CSP<sup>28</sup>).



Figure 4 : Badge de pharmacien

Par ailleurs, seules les activités spécialisées réglementaires prévues y sont autorisées, il est donc interdit à tout pharmacien de mettre ses locaux à disposition d'une personne étrangère à l'officine pour l'exercice d'une autre profession (article R.4235-67 du CSP<sup>29</sup>). C'est le **principe de l'indivisibilité de la propriété et de l'exploitation** qui garantit **l'indépendance professionnelle du pharmacien**.

#### Conditions d'exercice :

« L'exercice pharmaceutique est réglementé par le CSP. Les dispositions du Code de déontologie s'imposent à tous les pharmaciens et sociétés d'exercice libéral inscrits à l'un des tableaux de l'ordre (article R. 4235-1 et suivants du CSP<sup>30</sup>) »<sup>31</sup>.

**L'inscription à l'ordre** (section A ou E pour les départements d'outre-mer) est un prérequis. Elle assure au pharmacien titulaire une garantie professionnelle, et lui permet d'engager sa propre responsabilité, mais elle ne suffit pas à elle seule pour exercer. Il faut également être **ressortissant de l'Union Européenne (UE)** (ou de la Suisse, ou bénéficiaire d'une autorisation ministérielle) et être titulaire du **diplôme d'État français de pharmacien, de Docteur en pharmacie, ou d'une équivalence reconnue** délivrée dans l'UE (ou la Suisse).

L'indépendance professionnelle du Docteur en pharmacie, titulaire d'une officine, n'est pas pour autant synonyme d'individualité. Il est le plus souvent assisté de Docteurs en pharmacie adjoints, de préparateurs en pharmacie diplômés et d'étudiants en pharmacie.

---

<sup>27</sup> Figure 4 : Badge de pharmacien. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24061-large\\_default/badge-pharmacien-avec-caducee.jpg](https://rubex-pharma.fr/24061-large_default/badge-pharmacien-avec-caducee.jpg)

<sup>28</sup> Article R4235-50 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>29</sup> Article R4235-67 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>30</sup> Articles R4235-1 à R4235-77 - Chapitre V : Déontologie – Légifrance

<sup>31</sup> « Officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 8 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine>.



### *b. Le pharmacien adjoint*

Le pharmacien titulaire est en droit de se faire assister par un ou plusieurs pharmaciens adjoints, néanmoins, il est dans l'obligation de le faire lorsque son Chiffre d'Affaires (CA) annuel hors taxe à la valeur ajoutée est respectivement :

- Compris entre 1 300 000 et 2 600 000 € par **un pharmacien adjoint** ;
- Compris entre 2 600 000 et 3 900 000 € par **deux pharmaciens adjoints** ;
- Au-delà du CA précité, par **un adjoint supplémentaire par tranche** de 1 300 000 € supplémentaires.

Ces chiffres sont fixés par l'arrêté du 15 mai 2011<sup>32</sup> complété par celui du 21 février 2022<sup>33</sup> relatifs au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur CA et sont majorés de coefficients pour les départements et collectivités d'outre-mer.

#### Conditions d'exercice :

Pour exercer son activité en tant qu'adjoint, le pharmacien doit nécessairement être inscrit à la section D du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) (ou E pour les départements et collectivités d'outre-mer). Il en va de même des étudiants n'ayant pas soutenu leur thèse d'exercice.

### *c. Les préparateurs<sup>34</sup>*

Conformément à l'article L.4241-1 du CSP<sup>35</sup> : « Les préparateurs en pharmacie sont seuls autorisés à seconder le titulaire de l'officine et les pharmaciens qui l'assistent, dans la préparation et la délivrance au public des médicaments destinés à la médecine humaine et à la médecine vétérinaire. Ils assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien. Leur responsabilité pénale demeure engagée ».



Figure 5 : Badge de préparateur en pharmacie

<sup>32</sup> Arrêté du 15 mai 2011 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires. – Légifrance

<sup>33</sup> Arrêté du 21 février 2022 fixant le nombre de pharmaciens adjoints dont les titulaires doivent se faire assister en raison de l'importance de l'activité de leur officine – Légifrance

<sup>34</sup> Figure 5 : Badge de préparateur en pharmacie. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24088-home\\_default/badge-preparateur-avec-mortier.jpg](https://rubex-pharma.fr/24088-home_default/badge-preparateur-avec-mortier.jpg)

<sup>35</sup> Article L4241-1 - Code de la santé publique – Légifrance

« Par dérogation à l'article L.4241-1<sup>35</sup>, les étudiants en pharmacie<sup>36</sup> régulièrement inscrits en troisième année d'études dans une unité de formation et de recherche de sciences pharmaceutiques sont autorisés, dans un but de perfectionnement, à exécuter, en dehors des heures de travaux universitaires, les opérations mentionnées audit article sous réserve qu'ils aient effectué préalablement le stage officinal prévu par les dispositions en vigueur (article L.4241-10 du CSP<sup>37</sup>) »<sup>38</sup>.



Figure 6 : Badge d'étudiant en pharmacie

#### d. Les étudiants

« Un « certificat de remplacement » pour l'officine peut être délivré à un étudiant en pharmacie par le Président du CROP du ressort de sa faculté si :

- Il a l'une des nationalités prévues au deuxième alinéa de l'article L.4221-1 du CSP<sup>39</sup>,
- Il a validé sa cinquième année d'étude en vue du diplôme de docteur en pharmacie,
- Il a validé un stage de six mois de pratique professionnelle dans le cadre du troisième cycle de ses études.



Figure 7 : Carte de professionnel en formation (CPF)

Ce certificat de remplacement est valable un an sur le territoire de la République française. Il peut être renouvelé dans les mêmes conditions sur justification de la poursuite des mêmes études.

Ce certificat ne donne pas lieu à une inscription au tableau de l'Ordre. Il permet à l'étudiant de remplacer un pharmacien titulaire d'officine ou un pharmacien adjoint obligatoire (article R. 5125-40 et 42 du CSP<sup>40</sup>).



Figure 8 : Certificat de remplacement

En revanche :

- Il n'autorise pas le remplacement d'un pharmacien titulaire si l'absence de celui-ci est due à une décision de suspension d'exercice prononcée par une chambre de discipline ;

<sup>36</sup> Figure 6 : Badge d'étudiant en pharmacie. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24673-large\\_default/badge-luxe-etudiant-en-pharmacie.jpg](https://rubex-pharma.fr/24673-large_default/badge-luxe-etudiant-en-pharmacie.jpg)

<sup>37</sup> Article L4241-10 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>38</sup> « Officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 8 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine>.

<sup>39</sup> Article L4221-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>40</sup> Articles R5125-39 à R5125-43 - Sous-section 3 : Remplacement – Code de la santé publique – Légifrance

- Il ne permet pas d'être engagé en qualité de pharmacien adjoint tel que défini aux articles R.5125-34<sup>41</sup> et L.5125-20<sup>42</sup> du CSP ;
- Il ne permet d'effectuer un remplacement que pour une période maximale de quatre mois dans une même officine »<sup>43</sup>.

### 3. Place dans le système de santé

Le pharmacien d'officine, assisté de son équipe, a pour mission fondamentale de protéger la santé.

En dehors de permettre la délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux, l'officine de pharmacie est également un lieu de conseil et d'éducation à la santé, propice aux opérations de prévention, de dépistage et de suivi des malades et de leurs traitements.

L'officine est avant tout un point de repère et un lieu d'orientation des patients dans leur parcours de soin.

Mais si l'officine de pharmacie est un point fixe, l'exercice de la pharmacie quant à lui est en plein mouvement. Il voit naître de « nouvelles » missions qui valorisent, consolident, diversifient ses activités ainsi que les compétences du pharmacien, tout en favorisant l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité.

Afin de mieux comprendre ce qu'il en est, nous nous intéresserons plus en détail dans cette partie aux différentes missions et activités de l'officine définies par l'article L5125-1-1 A du CSP<sup>44</sup>.

Il en ressort que le pharmacien d'officine :

- a. *Doit « contribuer aux soins de premier recours définis à l'article L1411-11 du CSP<sup>45</sup> »*

L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades organisés par l'ARS (article L. 1434-2 du CSP<sup>46</sup>) doivent répondre à des exigences de proximité (physiques et temporelles), de qualité et de sécurité.

---

<sup>41</sup> Article R5125-34 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>42</sup> Article L5125-20 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>43</sup> « En pratique, que fait l'Ordre ? – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », consulté le 8 mai 2021, <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/en-pratique-que-fait-lordre/>.

<sup>44</sup> Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>45</sup> Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>46</sup> Article L1434-2 - Code de la santé publique – Légifrance

Le pharmacien doit donc contribuer à la permanence des soins en participant à :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, [...] concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ».

*b. Doit « participer à la coopération entre professionnels de santé »*

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009<sup>47</sup> est venue renforcer le rôle du pharmacien d'officine dans la coordination des soins entre les différents professionnels de santé qui entourent le patient.

Cela peut se caractériser sous deux aspects : celui de la pratique et celui de la technique.

En ce qui concerne la pratique, le pharmacien d'officine est invité, de plus en plus, à prendre part aux échanges au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Équipes de Soins Primaires (ESP) ou encore des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Et si l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée garantissant la protection des informations échangées (cf. secret médical) ne doit plus être une limite à la coopération et au décloisonnement des différentes professions de santé, le pharmacien bénéficie désormais de deux autres outils supplémentaires : le Dossier Pharmaceutique (DP) et le Dossier Médical Partagé (DMP).

---

<sup>47</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance

## Le Dossier Pharmaceutique (DP)<sup>48</sup> :



Figure 9 : Dossier pharmaceutique (DP)

Instauré par la loi du 30 janvier 2007<sup>49</sup> complétée récemment par le décret du 3 avril 2023<sup>50</sup> en application de la Loi du 24 juillet 2019<sup>51</sup>, le DP recense tous les médicaments délivrés au patient, qu'ils soient prescrits ou conseillés, ainsi que les vaccins. Ces données sont désormais conservées et accessibles :

- Cinq ans en ce qui concerne les médicaments biologiques ;
- Vingt-trois ans en ce qui concerne les vaccins mentionnés ;
- Trois ans en ce qui concerne les autres médicaments.

De plus, sauf opposition du patient, le DP est maintenant créé automatiquement pour chaque bénéficiaire de l'assurance-maladie.

En établissant ainsi un lien entre les officinaux d'une part et les services d'accueil des urgences y ayant accès, le DP devient un outil majeur de coopération intra- et inter-professionnelle, de lutte contre la iatrogénie et de suivi de la vaccination.

Il contribue également à sécuriser la chaîne pharmaceutique grâce à ses systèmes de gestion d'informations sur les ruptures d'approvisionnement, d'alertes sanitaires, de rappels et de retraits de lots, et de suivi de la situation sanitaire en France.

## Le Dossier Médical Partagé (DMP)<sup>52</sup> :



Figure 10 : Dossier médical partagé (DMP)

Instauré par la loi du 13 août 2004<sup>53</sup> mais déployé qu'en 2019, le DMP est un document lisible par tout professionnel de santé y ayant accès (totalement ou partiellement selon le métier et l'accord du patient). Il est alimenté par le patient lui-même ainsi que par les professionnels de santé. Il peut contenir l'ensemble des données médicales qui concerne

le patient (compte-rendus hospitaliers, d'exams, bilans biologiques, etc.). Ce dossier est en outre alimenté par le pharmacien via le DP. Bien qu'ayant pris du retard dans son déploiement,

<sup>48</sup> Figure 9 : Dossier pharmaceutique (DP). Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/>

<sup>49</sup> Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) – Légifrance

<sup>50</sup> Décret n° 2023-251 du 3 avril 2023 relatif au dossier pharmaceutique. 2023-251 avr 3, 2023 – Légifrance

<sup>51</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance

<sup>52</sup> Figure 10 : Dossier médical partagé (DMP). Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/>

<sup>53</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1) – Légifrance

le DMP n'en reste pas moins un outil très intéressant dans le processus de coopération interprofessionnelle.



Figure 11 : Mon espace santé

Remplacé par l'espace numérique de santé intitulé « **Mon espace santé** »<sup>54</sup> depuis janvier 2022, il est destiné à simplifier le parcours santé des usagers et les échanges avec les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge. Pour ce faire, il intègre non seulement le DMP mais aussi d'autres services et applications permettant par exemple de

« prendre des rendez-vous médicaux, de mesurer quotidiennement votre tension ou votre poids, de suivre les indicateurs de votre maladie chronique, d'organiser la livraison de vos médicaments à domicile, ou encore d'accéder à des conseils et des actualités recommandés par des patients ayant la même pathologie »<sup>55</sup>.

Mon espace santé a également vocation à :

- Être un « coffre-fort » sécurisé destiné à stocker et partager tous les documents de santé (ordonnances, résultats de biologie, dossier d'hospitalisation, vaccination...),
- Permettre de créer un profil médical que l'utilisateur peut remplir avec ses informations personnelles : allergies et antécédents familiaux, par exemple,
- Donner accès à une messagerie sécurisée pour faciliter les échanges entre patients et professionnels de santé,
- Offrir au patient un catalogue d'applications référencées par l'État pour être mieux guidé dans le choix des outils numériques utilisés pour le suivi de sa santé.

**Au final**, grâce à ces outils et à l'implication du pharmacien, et si le passage à l'officine pouvait être vue comme un point-virgule dans le parcours de soins, il devient désormais un trait d'union entre la ville et l'hôpital, garantissant ainsi la continuité et la cohérence des informations, des soins et plus généralement, de la prise en charge du patient.

---

<sup>54</sup> Figure 11 : Mon espace santé. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/>

<sup>55</sup> Mon espace santé disponible depuis janvier 2022 s'enrichit d'un catalogue de services [Internet]. [cité 4 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15264>

*c. Doit « participer à la mission de service public de permanence des soins »*

Le pharmacien titulaire est tenu de participer avec son officine aux services de garde et d'urgence (article L.5125-22 du CSP<sup>56</sup>) ou aux services organisés par les autorités compétentes (pour les soins en milieu hospitalier).

**Le service de garde<sup>57</sup>** est prévu pour répondre aux besoins du public en dehors des jours d'ouverture (par exemple les dimanches et jours fériés en journée).

**Le service d'urgence** prévu pour répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouverture (par exemple : la nuit en semaine, le week-end ou les jours fériés).

Ces services se font soit à volets ouverts, à volets fermés, ou sous forme d'astreintes.

Le pharmacien titulaire se doit d'informer le public des coordonnées (noms et adresses) de ses plus proches confrères en mesure de répondre aux besoins de médicaments et de secours des malades, sinon de celles des autorités publiques habilitées à communiquer ces renseignements.



Figure 12 : Pharmacie de garde

*d. Doit « concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé »*

Cela consiste essentiellement à :

- **Participer de façon coordonnée aux actions de protection collective de la population** en cas de risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques (NRBC) ;
- **Participer activement aux signalements** : de pharmacovigilance, de pharmacodépendance, de matériovigilance, de cosmétovigilance et de nutrivigilance, en participant à la déclaration des potentiels effets indésirables liés respectivement aux médicaments, dispositifs médicaux ou autres produits de santé ;
- **Rédiger des fiches d'intervention pharmaceutique (IP)** dès lors que l'analyse pharmaceutique d'une prescription révèle un problème.

---

<sup>56</sup> Article L5125-22 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>57</sup> Figure 12 : Pharmacie de Garde. Disponible sur : [https://www.creationsac.com/921-large\\_default/plaque-pharmacie-de-garde-30x21-cm.jpg](https://www.creationsac.com/921-large_default/plaque-pharmacie-de-garde-30x21-cm.jpg)

e. *Peut « participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L.1161-1 à L.1161-5<sup>58</sup> »*

Inscrite dans le CSP par la loi HPST de 2009<sup>59</sup>, **l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)** est désormais reconnue comme faisant partie intégrante et permanente du parcours de soin du patient. Elle a pour but d'aider le patient à acquérir et/ou maintenir les compétences et les connaissances dont il a besoin pour mieux « gérer et vivre » avec sa maladie.

Elle caractérise diverses activités d'information, de sensibilisation, d'apprentissage et de soutien à destination de toute personne (et/ou son entourage) atteinte d'une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie.

Le pharmacien devra dans un premier temps identifier les besoins préalables du patient avant de lui proposer de bénéficier d'une éducation ou d'un accompagnement thérapeutique pour :

«

- Aider à la **compréhension de la maladie et des traitements**,
- Aider à la **compréhension des examens de biologie médicale**,
- Informer et sensibiliser sur le **bon usage des médicaments**,
- Apprendre à **utiliser les médicaments** nécessitant une technique d'administration particulière (par exemples : instillation d'un collyre, inhalation d'un médicament antiasthmatique...),
- Aider dans **l'apprentissage de l'autosurveillance** de la maladie et des traitements,
- **Soutenir et accompagner** le patient tout au long de sa prise en charge.

Si nécessaire, en fonction de la situation, le pharmacien peut également orienter le malade vers une structure locale d'éducation du patient (réseau de santé, maison du diabète, école de l'asthme, association de patients, ...) »<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> Articles L1161-1 à L1161-6 – Chapitre Ier : Dispositions générales – Code de la santé publique – Légifrance

<sup>59</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance

<sup>60</sup> « L'éducation thérapeutique - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 9 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>.



*f. Peut « assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement [...] qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur »*

Le pharmacien-référent « travaille tout particulièrement sur la **prévention de la iatrogénie, le bon usage des médicaments et l'amélioration de la couverture vaccinale**. [...]

L'objectif d'un pharmacien-référent est de **garantir et sécuriser au maximum l'ensemble du circuit du médicament** dans les établissements par une intervention en termes de clinique, logistique, accompagnement, formation et communication tout en agissant en étroite collaboration avec les médecins coordonnateurs, l'équipe soignante et la direction »<sup>61</sup>.

*g. Peut « être désigné comme correspondant par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code [...] »*

Dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé définis par l'article L. 4011-1 du CSP<sup>62</sup> faisant suite à l'article 51 de la loi HPST de 2009<sup>63</sup>, et depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2020, de manière simplifiée par la Loi du 24 juillet 2019<sup>64</sup>, le patient peut désigner un pharmacien « correspondant » dans le cadre d'un exercice coordonné (ESP, CPTS, MSP).

Ce pharmacien est alors en mesure « [...] à la demande du médecin ou avec son accord, [de] renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ».

*h. Peut « proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes »*

---

<sup>61</sup> « Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », consulté le 9 mai 2021, <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>.

<sup>62</sup> Article L4011-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>63</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance

<sup>64</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance

Le cadre défini par le décret n° 2018-841<sup>65</sup> permet au pharmacien d'officine de :

- Mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique visant à prévenir la iatrogénie médicamenteuse, garantir le bon usage et assurer le suivi de l'observance des traitements ;

A ce titre, et dans le cadre de l'article 10-2 de la convention nationale, le pharmacien peut assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient par la mise en place de :

**La conciliation médicamenteuse** définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts »<sup>66</sup>.

**Les Entretiens Pharmaceutiques (EP)** sont précisés par l'avenant 11 de la convention pharmaceutique.

Ils sont à destination des patients asthmatiques, traités par anticoagulants (Anticoagulants Oraux Directs (AOD) ou Anti-Vitamine K (AVK)), anticancéreux ou atteints d'hypertension artérielle (ce dernier ne donnant pas droit à rémunération par l'Assurance Maladie (AM)), ces EP ont pour but :

- De mettre encore plus à profits des patients les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien et de valoriser son expertise sur le médicament (entretien thématique) ;
- D'évaluer les connaissances du patient sur ses traitements à priori et à postériori (entretien d'évaluation et de suivi) ;
- D'aider le patient à s'approprier et à adhérer à ses traitements.

**Les Bilans Partagés de Médications (BPM)** sont précisés par l'avenant 12 de la convention pharmaceutique.

---

<sup>65</sup> Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes – Légifrance

<sup>66</sup> « Conciliation Médicamenteuse », Pharmacie-clinique.fr (blog), consulté le 10 mai 2021, <http://pharmacie-clinique.fr/conciliation-medicamenteuse/>.

Ils sont définis par la HAS comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés »<sup>67</sup>.

Ces BPM répondent à un triple objectif :

- Réduire le risque d'effets indésirables liés aux médicaments
  - Répondre aux interrogations du patient sur ses traitements
  - Améliorer son observance
- Mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé dont les domaines d'actions prioritaires sont définis par l'article L.1411-1-1 du CSP<sup>68</sup> ;

Par cette voie le pharmacien titulaire et l'équipe officinale sont invités à participer activement aux **campagnes d'information et de sensibilisation** des publics concernés par les thématiques aussi variées soient-elles. Ils doivent pour cela communiquer des informations **scientifiquement validées**, en veillant à ce que le message véhiculé soit **adapté** et **compréhensible** pour le public en question.

- Participer :

«

- À des **actions d'évaluation en vie réelle** des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires ;
- Au **dépistage des maladies** infectieuses et des maladies non transmissibles ;
- À la **coordination des soins** en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale<sup>69</sup> »<sup>70</sup>.

---

<sup>67</sup> « Bilan de médication », Pharmacie-clinique.fr (blog), consulté le 10 mai 2021, <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>.

<sup>68</sup> Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>69</sup> Article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale – Légifrance

<sup>70</sup> « Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine ».

- i. *Peut « prescrire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » et peut « administrer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, certains vaccins, dont la liste et, le cas échéant, les personnes susceptibles de bénéficier sont déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé »*

Autorisé par l'arrêté du 23 avril 2019<sup>71</sup> le pharmacien est en mesure de **vacciner contre la grippe saisonnière** les patients majeurs et ciblés par les recommandations vaccinales.

Néanmoins seuls les pharmaciens détenteur d'une thèse d'exercice, inscrits à l'Ordre, ayant suivi une formation DPC (Développement Professionnel Continu) par un organisme agréé, possédant des locaux conformes au cahier des charges et ayant déclaré leur intention auprès de l'ARS ont la possibilité de procéder à l'acte vaccinal.

De plus, dans un contexte de crise sanitaire sans précédent due à la pandémie du virus de la Covid-19, le décret n° 2021-248 du 4 mars 2021<sup>72</sup>, pris après l'avis de la HAS du 1<sup>er</sup> mars 2021, élargit les compétences vaccinales du pharmacien.

Ainsi les pharmaciens formés à la vaccination peuvent :

«

- **Prescrire les vaccins à ARNm et à vecteur viral** sauf aux femmes enceintes, aux personnes présentant un trouble de l'hémostase (les personnes sous traitement anti-coagulant ne sont pas concernées par cette restriction) et aux personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection ;

---

<sup>71</sup> Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste et les conditions des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer et donnant lieu à la tarification d'honoraire en application du 14° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale – Légifrance

<sup>72</sup> Décret n° 2021-248 du 4 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire – Légifrance

- **Administrer les vaccins à ARNm et à vecteur viral** sauf aux personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection. »<sup>73</sup>

Enfin, la loi du 23 décembre 2022<sup>74</sup>, modifiant l'article L5125-1-1 A<sup>44</sup>, élargit plus encore les compétences vaccinales du pharmacien. En effet, en application du neuvième point, l'arrêté du 21 avril 2022<sup>75</sup> fixe la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont désormais autorisés à administrer et ajoute aux précédents ceux de la diphtérie, du tétanos, de la poliomyélite, de la coqueluche, du papillomavirus humains, des infections invasives à pneumocoque, de l'hépatite A et B, du méningocoque de séro groupe A, B, C, Y et W et enfin le celui de la rage, que ces vaccinations soient sous forme monovalentes ou associées.

*j. Peut « dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé. »*

La loi du 24 juillet 2019<sup>76</sup> a inscrit dans le CSP la possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de délivrer des médicaments de prescription médicale obligatoire :

- Dans le **cas de certaines pathologies** (définies par arrêtés parus en mars 2020) et dans le respect des recommandations de la HAS ;
- Selon une **liste de médicaments fixée** par arrêté, après avis de la HAS ;
- **Dans le cadre de protocoles inscrits** dans un dispositif d'exercice coordonné (ESP, MSP, CPTS)<sup>77, 78</sup>.

---

<sup>73</sup> « Campagne de vaccination en officine contre la Covid-19 - Communications - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 9 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Campagne-de-vaccination-en-officine-contre-la-Covid-19>.

<sup>74</sup> Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (1). 2022-1616 déc 23, 2022 – Légifrance

<sup>75</sup> Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier – Légifrance

<sup>76</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance

<sup>77</sup> Article L4011-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>78</sup> Articles D4011-2 à D4011-4 – Section 2 : Protocole national – Légifrance

Et plus récemment, le décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021<sup>79</sup> est venu fixer les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies ainsi que les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant.

## **II. Urgences et demandes de soins d'urgence : organisation de la prise en charge en France**

Le système de secours d'urgence et de protection de population Français relève de la politique publique de sécurité civile, et concerne :

- **La prévention des risques de toute nature,**
- **L'information et l'alerte des populations,**
- **La protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes.**

Ce système repose donc sur une compétence partagée entre l'État et les collectivités locales.

En ce qui concerne plus particulièrement l'aide médicale urgente définie dans le CSP (article L.6314-1<sup>80</sup> résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009), elle « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de **faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état** ».<sup>81</sup>

### **1. Les acteurs de l'urgence**

#### *a. Citoyen « premier témoin » et « Citoyen sauveteur »*

D'après l'article L. 721-1 du Code de la sécurité intérieure<sup>82</sup> :

« Toute personne concourt par son comportement à la sécurité civile. En fonction des situations auxquelles elle est confrontée et dans la mesure de ses possibilités, elle veille à prévenir les services de secours et à prendre les premières dispositions nécessaires. »

---

<sup>79</sup> Décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021 relatif aux conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. 2021-23 janv 12, 2021 – Légifrance

<sup>80</sup> Article L6314-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>81</sup> Article R6311-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>82</sup> Article L721-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance

Tout citoyen peut donc être **premier témoin** d'une urgence et peut constituer le maillon initiateur de la chaîne des secours (plus ou moins pré-hospitalières). Cette notion est primordiale dans la prévention et la prise en charge des urgences vitales notamment pour l'arrêt cardiocirculatoire.

A ce titre, la loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020<sup>83</sup> est venue créer le statut de **citoyen sauveteur**, pour lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent et ainsi compléter les principaux codes faisant des citoyens des acteurs de la sécurité civile.

L'article L. 721-1 du Code de la sécurité intérieure<sup>82</sup> est ainsi complété depuis le 3 Juillet 2020 par un grand « II » mentionnant que :

« Quiconque porte assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de péril grave et imminent est un citoyen sauveteur et bénéficie de la qualité de collaborateur occasionnel du service public.

Le citoyen sauveteur effectue, jusqu'à l'arrivée des services de secours, les gestes de premiers secours par, le cas échéant, la mise en œuvre de compressions thoraciques, associées ou non à l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe.

Les diligences normales mentionnées au troisième alinéa de l'article 121-3 du Code pénal<sup>84</sup> s'apprécient, pour le citoyen sauveteur, au regard notamment de l'urgence dans laquelle il intervient ainsi que des informations dont il dispose au moment de son intervention.

Lorsqu'il résulte un préjudice du fait de son intervention, le citoyen sauveteur est exonéré de toute responsabilité civile, sauf en cas de faute lourde ou intentionnelle de sa part. »<sup>85</sup>

L'article L. 312-13-1 du Code de l'éducation<sup>86</sup> précise que :

« Tout élève bénéficie, dans le cadre de la scolarité obligatoire, d'une sensibilisation à la prévention des risques et aux missions des services de secours ainsi que d'un apprentissage des gestes de premiers secours.

Cet apprentissage se fait suivant un continuum éducatif du premier au second degré. Il comprend notamment une sensibilisation à la lutte contre l'arrêt cardiaque et aux gestes qui sauvent organisés dès l'entrée dans le second degré.

---

<sup>83</sup> Loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020 visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent (1) », 2020-840 § (2020) – Légifrance

<sup>84</sup> Article 121-3 - Code pénal – Légifrance

<sup>85</sup> Article L721-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance

<sup>86</sup> Article L312-13-1 - Code de l'éducation – Légifrance

Les formations aux premiers secours de cet apprentissage sont assurées par des organismes habilités ou des associations agréées conformément à l'article L. 726-1<sup>87</sup> du Code de la sécurité intérieure ».

L'article L. 1237-9-1-1 du Code du travail<sup>88</sup> précise que : « Les salariés bénéficient d'une sensibilisation à la lutte contre l'arrêt cardiaque et aux gestes qui sauvent préalablement à leur départ à la retraite ».

L'article L. 211-3 du Code du sport<sup>89</sup> précise que : « La formation des arbitres et juges intègre une sensibilisation à la lutte contre l'arrêt cardiaque et aux gestes qui sauvent ».

*b. Sapeurs-pompiers (Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS))  
et autres personnels de la sécurité civile – « Le 18 »<sup>90</sup>*



Les services d'incendie et de secours ont pour principale mission les secours d'urgence.

Ces missions sont assurées principalement par les sapeurs-pompiers, regroupés au sein des SDIS, complétés par des corps communaux et intercommunaux dans certains départements ainsi que d'unités militaires (Brigade de sapeurs-pompiers de Paris et Bataillon des marins-pompiers de Marseille).

Figure 13 :  
Le "18"

On retrouve également à leurs côtés les moyens nationaux de sécurité civile regroupés au sein de la Direction générale de la Sécurité civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC) du ministère de l'Intérieur, à savoir : l'administration centrale, les avions bombardiers d'eau et hélicoptères, les démineurs, etc. ainsi que des formations militaires de la sécurité civile (FORMISC).

« Ce dispositif est renforcé en cas de besoin par différents services de l'État, les associations agréées de sécurité civile, les réserves communales de sécurité civile et des moyens privés réquisitionnés »<sup>91</sup>.

---

<sup>87</sup> Article L726-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance

<sup>88</sup> Article L1237-9-1 - Code du travail – Légifrance

<sup>89</sup> Article L211-3 - Code du sport – Légifrance

<sup>90</sup> Figure 15 : Le 18. Disponible sur :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/Sapeurs\\_Pompiers.svg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/Sapeurs_Pompiers.svg)

<sup>91</sup> « Nous connaître », Pompiers.fr, 27 novembre 2015, <https://www.pompiers.fr/pompiers/nous-connaître>



c. *Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) - « Le 15 »*<sup>92</sup>



Figure 14 :  
Le "15"

Créé par la loi de 1986<sup>93</sup> sur l'aide médicale urgente, les SAMU, services hospitaliers, ont pour missions « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours »<sup>94</sup>.

Doté d'un numéro d'appel unique (le quinze), le SAMU<sup>95</sup> est ainsi défini par le Ministère des Solidarités et de la Santé comme étant : « un centre d'appels répondant 24h/24 aux besoins de santé de la population. Il intervient pour les prises en charge pré-hospitalière, notamment en amont du recours à un établissement de santé. La régulation médicale effectuée par le SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient. Elle permet d'orienter les patients vers la juste prestation médicale que requiert son état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence.



Figure 15 : le  
SAMU

Les SAMU participent à la prise en charge sanitaire des victimes impliquées dans une situation exceptionnelle, suivant les plans d'organisation des secours définis »<sup>96</sup>.

Ils assurent aussi la régulation médicale<sup>97</sup> des situations d'urgence dont le principe sera détaillé plus loin.

d. *Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)*<sup>98</sup>



Figure 16 :  
Le "15"

Le SMUR, également service hospitalier, mentionné à l'article R. 6123-1 du CSP<sup>99</sup> a pour mission :

« 1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de

<sup>92</sup> Figure 13 : Le 15. Disponible sur :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg/110px-Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg/110px-Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg.png)

<sup>93</sup> Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

<sup>94</sup> Article R6311-1 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>95</sup> Figure 14 : Le SAMU. Disponible sur : <https://mgl.skyrock.net/art/SHAR.3261.604.2.jpg>

<sup>96</sup> Article R6311-3 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>97</sup> DGOS, « Samu / Smur », Ministère des Solidarités et de la Santé, 21 mai 2021, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur>.

<sup>98</sup> Figure 16 : Le 15. Disponible sur :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg)

<sup>99</sup> Article R6123-1 - Code de la santé publique – Légifrance

façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin »<sup>100</sup> spécialiste en médecine d'urgence, un infirmier et un conducteur ambulancier. Le véhicule SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet.

Le SMUR participe aussi à la mise en œuvre des plans relatifs à l'organisation de la sécurité civile et à la prévention des risques majeurs.

*e. Le SAMU SOCIAL – « Le 115 »<sup>101</sup>*

Crée en 1997, le SAMU social répondant au numéro d'urgence « 115 » a pour rôle d'organiser les moyens d'assistance aux personnes sans-abris et relevant de l'urgence dite « sociale ».



Figure 17 : Le "115"

Ses principales activités sont tournées vers l'accueil, l'information et la réponse immédiate aux besoins vitaux de ces personnes. Les équipes mobilisées favorisent les rencontres et le dialogue avec les sans-abris, leur apportent un soutien moral et une aide matérielle d'urgence (boissons, nourritures, vêtements, produits d'hygiène, etc.), les informent et les orientent vers des solutions d'hébergements ou de soins avec l'appui des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO).

*f. Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP)*

« L'étude et le suivi de nombreux patients victimes de catastrophes ou d'accidents ont mis en évidence dans un certain nombre de cas l'installation de pathologies psychiatriques chroniques. Afin de prévenir, réduire et traiter ces blessures sur les lieux mêmes de la catastrophe, le concept des cellules d'urgence médico-psychologique a été créé.

---

<sup>100</sup> Article R6123-15 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>101</sup> Figure 17 : Le 115. Disponible sur :

[https://www.pagesjaunes.fr/media/ugc/samu\\_social\\_de\\_paris\\_07505600\\_114240461?w=200&h=200&crop=true](https://www.pagesjaunes.fr/media/ugc/samu_social_de_paris_07505600_114240461?w=200&h=200&crop=true)

Ces cellules sont constituées d'équipes d'intervention (médecins psychiatres, psychologues et infirmiers), préalablement formées et intégrées aux équipes d'aide médicale urgente pour permettre une prise en charge immédiate adaptée des victimes et préparer les relais thérapeutiques ultérieurs. Elles sont organisées à l'échelon départemental, avec des structures de coordination au niveau régional et national »<sup>102</sup>.

#### *g. Médecin traitant et médecin de garde*

Le médecin traitant est un acteur central de la coordination des secours et du suivi médical des patients.

La permanence des soins en médecine ambulatoire quant à elle est prévue à l'article L. 6314-1 du CSP<sup>103</sup> et est assurée, « en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins »<sup>104</sup>.

#### *h. Associations de permanence des soins et médecins urgentistes libéraux (exemple de SOS médecins – « Le 3624 »)*<sup>105</sup>

Dans de nombreuses agglomérations, des structures libérales organisées participent à la permanence des soins et à la prise en charge d'un certain nombre d'urgences en zone urbaine. C'est le cas par exemple de « SOS MÉDECINS FRANCE », premier réseau d'urgence et de permanence de soins en France, qui déclare « réalise[r] 70% de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et semi urbain [dont] 60% des actes sont réalisés la nuit, les week-ends et les jours fériés avec plus d'un millier de médecins regroupés en 63 associations en Métropole et en Outre-mer »<sup>106</sup>.



Figure 18 : S.O.S Médecins

---

<sup>102</sup> « adsp n° 52 - Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ? », consulté le 21 mai 2021, <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=94>.

<sup>103</sup> [Article L6314-1 - Code de la santé publique – Légifrance](#)

<sup>104</sup> [Article R6315-1 - Code de la santé publique – Légifrance](#)

<sup>105</sup> Figure 18 : S.O.S Médecins. Disponible sur : [https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFpDGjK-e8IIJ9VwTkLnvt1\\_XjtD6P9UQ3Bw&usqp=CAU](https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFpDGjK-e8IIJ9VwTkLnvt1_XjtD6P9UQ3Bw&usqp=CAU)

<sup>106</sup> « La permanence de soins en France », SOS MÉDECINS, consulté le 21 mai 2021, <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>.

i. *Associations de secourisme (Croix-Rouge, Protection Civile, etc.)*<sup>107,108</sup>

En lien ou non avec le SAMU, de la simple formation de personnes au secourisme, à la participation à l'aide médicale d'urgence lors de catastrophe ou d'urgence collective, en passant par la tenue de postes de secours durant les manifestations publiques, les missions des associations de secourisme sont nombreuses.



Figure 19 : Croix-Rouge française

De plus certaines de ces associations bénéficient de conventions qui leur permettent de participer, dans un certain cadre, à la gestion des urgences quotidiennes, c'est le cas notamment de la Croix-Rouge et de la Fédération Nationale de la Protection Civile (FNPC).



Figure 20 : Protection civile

j. *Forces de police, gendarmerie, personnels des armées, etc. – « Le 17 »*



Figure 21 : Le "17"

Leur principale mission est d'assurer la sécurité et de faciliter l'accès et le travail des secours sur le site d'intervention. De plus, leurs moyens de transport (notamment aérien) et leurs unités d'interventions spécialisées en milieux périlleux peuvent être mis à disposition dans certaines situations.

k. *Service d'Accueil des Urgences (SAU), Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATO) et Pôles Spécialisés d'accueil et de traitement des Urgences (POSU)*

Structurés par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006<sup>109</sup> relatif à la médecine d'urgence et modifiant le CSP, les SAU, UPATO et POSU doivent répondre aux conditions fixées par les articles R. 6123 du CSP<sup>110</sup> pour être autorisés à exercer les activités de soins de médecine d'urgence.

<sup>107</sup> Figure 19 : Croix-Rouge française. Disponible sur : <https://www.villejust.fr/wp-content/uploads/2021/02/vitrophanie-croix-rouge-francaise.jpg>

<sup>108</sup> Figure 20 : Protection civile. Disponible sur : [https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/thumbnails/t\\_5ccacb43ed7ae014558841.jpg](https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/thumbnails/t_5ccacb43ed7ae014558841.jpg)

<sup>109</sup> Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006 – Légifrance

<sup>110</sup> Articles R6123-1 à R6123-12 – Sous-section 1 : Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence – Légifrance

Ainsi « tout établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1<sup>111</sup> est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU » (article R. 6123-18 du CSP<sup>112</sup>).

Ces services doivent alors : « assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, [...] [et] organise[r] la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas :

- 1° Au sein de la structure des urgences ;
- 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ;
- 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques prévues aux articles R. 6123-32-1 à R. 6123-32-9<sup>113</sup> ;
- 4° En orientant le patient vers une consultation de l'établissement ou d'un autre établissement de santé ;
- 5° En liaison avec le SAMU, en l'orientant vers un autre établissement de santé apte à le prendre en charge et, si nécessaire, en assurant ou en faisant assurer son transfert ;
- 6° En l'orientant vers un médecin de ville ou vers toute autre structure sanitaire ou toute autre structure médico-sociale adaptée à son état ou à sa situation »<sup>114</sup>.

### *l. Centres antipoison*

Ils répondent aux demandes d'information sur les risques toxiques des produits existants (médicamenteux, industriels ou naturels). Ils informent les professionnels de santé et le public et apportent une aide téléphonique au diagnostic, à la prise en charge et au traitement des intoxications. Leur numéro d'appel change en fonction de leur zone d'intervention.

## **2. L'organisation de la prise en charge des urgences**

---

<sup>111</sup> Articles R6123-1 à R6123-12 – Sous-section 1 : Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence – Légifrance

<sup>112</sup> Article R6123-18 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>113</sup> Articles R6123-32-1 à R6123-32-6) – Paragraphe 1 : Accès direct à un plateau technique spécialisé – Légifrance

<sup>114</sup> Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) , 2006-576 § (2006) – Légifrance

### a. Alerte et premiers secours

L'alerte et les premiers secours sont les premiers maillons de la chaîne de prise en charge des urgences.

Que ce soit pour une urgence vitale ou une urgence relative, un défaut ou un retard dans l'alerte ou les premiers gestes peuvent rapidement assombrir le pronostic vital, compliquer la prise en charge et parfois même conduire à des parcours de soins inadaptés.

Ainsi, à l'image d'une « chaîne de survie » si l'alerte et les premiers gestes tardent ou n'arrivent pas, qu'importe la haute performance des autres maillons de la chaîne, les chances de survie et/ou de rémission sans séquelles seront considérablement impactées.

L'alerte permettra une arrivée rapide des secours, elle doit être donnée dès que possible.

En France, il existe trois numéros de téléphone d'urgence<sup>115</sup> : le 15, le 17 et le 18 correspondant respectivement aux SAMU, aux forces de l'ordre et aux pompiers.



Figure 22 : Numéros d'urgence

Le SAMU est à privilégier dès lors qu'il s'agit d'une urgence médicale, tandis que les pompiers seront à contacter pour des secours non médicaux (accidents de la circulation, incendie, etc.) et les forces de l'ordre pour les situations présentant un trouble à l'ordre public.

Le 112 quant à lui est un numéro unique des services de secours qui est utilisé dans la plupart des pays européens et qui, en France, redirige automatiquement les appels vers un des services de secours du département. Ce numéro est donc plutôt destiné aux étrangers en déplacement en France, ou aux Français à l'étranger. Sur le territoire national, il est plutôt recommandé de composer le 15, le 17 ou le 18 en fonction de la situation.

Le 114<sup>116</sup> est l'équivalent du 112 à destination des personnes sourdes et malentendantes. Il est issu de la loi n°2005-102 du 11 février 2005<sup>117</sup> pour l'égalité des droits et des chances qui prévoit « des modalités d'accès des personnes déficientes auditives aux services téléphoniques d'urgence » et du décret du 14 avril



Figure 23 : Numéro d'urgence pour sourds et malentendants

<sup>115</sup> Figure 22 : Numéros d'urgence. Disponible sur : <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ6gN19cByYGvfKmjGn7u7G5HYtt4dCXijYTQ&usqp=CAU>

<sup>116</sup> Figure 23 : Numéro d'urgence pour sourds et malentendants. Disponible sur : <https://www.info.urgence114.fr/>

<sup>117</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées – Légifrance

2008<sup>118</sup> relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives.

Ce numéro national, unique et gratuit permet à toute personne « ayant des difficultés à entendre ou à parler, lorsqu'elle se retrouve en situation d'urgence, qu'elle soit victime ou témoin »<sup>119</sup>, d'alerter et de communiquer, comme tout citoyen. Pour cela, le 114 est accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, par visiophonie, *via* l'application « Urgence 114 » disponible sur iOS et Android, *via* le site [urgence114.fr](http://urgence114.fr), par tchat, SMS ou fax. Des agents de régulation, sourds et entendants, gèrent les appels et contactent le service d'urgence adapté le plus proche.

Enfin, le **196** ou le canal 16 de la VHF (Very High Frequency)<sup>120</sup> est une fréquence internationale de détresse qui met en relation avec le Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage en mer (CROSS)<sup>121</sup>.



Figure 24 : Numéro d'urgence, danger en mer

Également disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, il permet à toute personne témoin ou victime d'une situation de détresse en mer ou depuis le littoral de faciliter l'intervention des secours.

Si appeler le bon numéro n'est plus vraiment un facteur limitant du fait des interconnexions entre eux, il reste encore à savoir « quand appeler ? » et « que dire au téléphone ? ». Nous traiterons cette question plus en détail dans une autre partie.

Les premiers secours pour leur part impliquent d'abord les premiers témoins, puis les secouristes. L'action des premiers témoins permet, autant que faire se peut, de préserver la victime en l'attente des secouristes. Elle réside dans la réalisation des premiers gestes qui doivent être prodigués dès que possible. Nous pourrions également aborder cette partie plus en détail par la suite.

---

<sup>118</sup> Décret n° 2008-346 du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives. 2008-346 avr 14, 2008 – Légifrance

<sup>119</sup> Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer : Le 114, numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes [Internet]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers-de-presse/Le-114-numero-d-urgence-pour-les-personnes-sourdes-et-malentendantes>

<sup>120</sup> Figure 24 : Numéro d'urgence, danger en mer. Disponible sur : <https://www.saintjeandeluz.fr/fr/securite-des-loisirs-nautiques-numero-durgence-le-196/>

<sup>121</sup> Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer : Danger en mer : les numéros à connaître [Internet]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/danger-en-mer-numeros-a-connaître>

*b. Régulation médicale, interconnexion des différents acteurs et organisation des transports*

**La régulation médicale** est un acte médical pratiqué à distance du patient, par un médecin régulateur du SAMU, que ce soit au téléphone ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication. Le patient peut solliciter une aide de lui-même ou par l'intermédiaire d'un tiers se trouvant à ses côtés voir à distance. L'acte de régulation s'inscrit dans un contrat de soins et repose sur l'entretien avec le patient quand cela est possible, sinon avec le tiers en question.

Pour décrire au mieux l'acte de régulation médicale, nous nous appuyerons sur les principales questions auxquelles répondent les recommandations de bonne pratique de la HAS<sup>122</sup>.

A quel(s) objectif(s) répond la régulation médicale ?

« La régulation médicale a pour but de déterminer et de déclencher dans les meilleurs délais la réponse médicale adaptée à chaque situation » avec pour finalité d'apporter au patient le soin juste en ne lui faisant pas perdre de chance (ou le moins possible).

Pour satisfaire à ses obligations de service d'aide médicale urgente, « la régulation médicale :

- Assure une écoute médicale permanente ;
- Détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- S'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- Organise, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- Veille à l'admission du patient »<sup>123</sup>.

Elle n'a pas pour mission de traiter les demandes autres que les **demandes de soins non programmés** ou les **demandes d'aide médicale urgente**.

---

<sup>122</sup> Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale - « reco2 clics \_regulation \_medicale.pdf », consulté le 22 mai 2021, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics \\_regulation \\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics _regulation _medicale.pdf).

<sup>123</sup> Article R6311-2 - Code de la santé publique – Légifrance



### Où se déroule-t-elle ?

**Dans les centres de régulation médicale** qui garantissent la continuité du service vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Lorsque l'un de ces centres est fermé, il bascule les appels vers un autre centre fonctionnel, dans le cadre d'un protocole d'accord. Dans chaque centre se trouve en permanence au moins un médecin régulateur en fonction pour traiter les appels reçus et pour lesquels il endosse la responsabilité de toutes les réponses.

### Comment se déroule-t-elle ?

La « régulation médicale s'organise selon les étapes suivantes :

- **Recueil d'informations** et échange avec l'appelant ; cet échange est fait de préférence directement entre le patient lui-même (ou, à défaut, l'appelant) et le médecin régulateur ; cet échange est conduit avec méthode et il est engagé le plus rapidement possible ;
- **Décision prise** ou validée par un médecin régulateur ;
- **Mise en œuvre** de la décision ;
- **Suivi médical et opérationnel** du déroulement des interventions ou des suites des conseils donnés ;
- **Prise en compte** du bilan de l'effecteur ;
- **Orientation** du patient ;
- **Préparation** de l'accueil du patient. [...]

Au cours de la régulation médicale, le médecin régulateur analyse et prend en compte :

- Le **motif de recours** ;
- Le **contexte** ;
- Les **signes et les symptômes** décrits par le patient ou directement perçus ;
- Les **antécédents** médicaux ;
- Les **demandes** et les **attentes** du patient.

Au terme de cette analyse le médecin régulateur qualifie la demande de soins et établit une ou des hypothèses diagnostiques »<sup>122</sup>.

### Comment les demandes sont-elles hiérarchisées et quels sont les outils utilisés pour les analyser ?

« La hiérarchisation des appels ne peut reposer que sur des critères médicaux en tenant compte du contexte de l'appel. Elle ne repose pas sur des facteurs économiques. [...] »

Le recueil d'informations concernant les antécédents médicaux du patient est nécessaire pour avoir une appréciation plus juste et plus sûre de l'état du patient, des risques qu'il encourt et de l'efficacité des différentes stratégies de prise en charge. [...]

Les centres de régulation médicale s'organisent pour que le médecin régulateur ait accès, selon la législation en vigueur, les conventions établies par le centre avec ses partenaires, et les possibilités techniques, aux dossiers patients (DMP, DP, fiche de liaison des EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), dossier d'Hospitalisation À Domicile (HAD), dossiers hospitaliers informatisés, dossiers infirmiers, accès aux appels antérieurs de même patient, etc.) »<sup>122</sup>.

#### En pratique, sur quoi débouche un appel au centre de régulation ?

Le centre de régulation peut jouer à la fois le rôle **d'effecteur** directement auprès du patient et de **connecteur** entre les différents acteurs de l'urgence.

Pour son **rôle d'effecteur**, il peut soit :

- **Donner un conseil médical sans mise en œuvre de moyens :**
  - « En complément d'une demande d'information générale, en réponse à une demande spécifique de conseil.
  - Chaque fois que le médecin régulateur juge que l'appel ne nécessite pas en urgence une consultation médicale.
  - Le conseil médical est un acte qui ne peut être réalisé que par le médecin régulateur, il constitue une prescription médicale.
  - Le conseil médical est consigné dans le dossier de régulation médicale du patient.
  - Il est toujours précisé à l'appelant de renouveler son appel s'il constate une persistance, une reprise ou une aggravation des symptômes »<sup>122</sup>.
- **Faire une prescription médicamenteuse à distance par téléphone, conformément aux recommandations HAS publiées en 2009, et en pratique selon trois situations :**
  - « La rédaction et la transmission d'une ordonnance écrite ;
  - La prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ;

- L'adaptation d'un traitement (notamment lorsque le médecin traitant n'est pas joignable) »<sup>122</sup>.

Le **rôle de connecteur** entre les différents acteurs se retrouve quant à lui dans :

- **L'orientation du patient vers une consultation médicale :**

- « Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il peut se déplacer.
- Les coordonnées du lieu de consultation ainsi que les heures d'ouverture, les modalités d'accès, sont indiquées à l'appelant.
- Le centre de régulation médicale s'assure au préalable que le patient a les moyens de se rendre sur le lieu de consultation. Le cas échéant une solution est recherchée en accord avec le patient »<sup>122</sup>.

- **La mobilisation d'un effecteur médical sur place :**

- « Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il ne peut pas se déplacer.
- Lorsqu'un acte médical auprès du patient s'avère nécessaire et en l'absence d'une détresse vitale, le médecin régulateur a recours soit au médecin traitant, soit à un médecin généraliste de proximité, soit à un médecin de la permanence des soins ambulatoires.
- Le médecin régulateur s'assure du suivi de l'intervention s'il le juge nécessaire »<sup>122</sup>.

- **La mobilisation d'un transport sanitaire en ambulance :**

- « Si le médecin régulateur juge que l'état du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin auprès de lui mais que son état clinique requiert un transport allongé et/ou sous surveillance, vers une consultation, une structure des urgences ou, plus généralement, un établissement de santé »<sup>122</sup>.

- **La mobilisation des sapeurs-pompiers et/ou secouristes :**

- « Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe de secouristes afin de prendre en charge, sans délai, une détresse

vitale suspectée ou avérée, ou de pratiquer, en urgence, des gestes de secourisme.

- Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe »<sup>124</sup>.

- **L'envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) :**

- « Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation, en cas d'urgence vitale avérée ou suspectée, ou pour toute situation relevant des missions de santé publique des équipes médicales mobiles d'urgence et de réanimation.
- Parallèlement, un moyen médical, sanitaire ou de secours situé à proximité est simultanément envoyé, pour apporter les premiers secours ou les premiers soins, chaque fois que cela est nécessaire et possible »<sup>122</sup>.

- **Le guidage des gestes de secourisme :**

- Il permet de guider l'appelant pour la réalisation des gestes de secourisme ou des mesures conservatoires pouvant être proposés, face à une urgence, dans l'attente de l'arrivée des secours.

Enfin, depuis l'arrêté du 24 avril 2009<sup>125</sup>, a été instauré la mise en place d'un **référentiel commun** permettant l'interconnexion et l'organisation des différents services de secours à la personne et d'aide médicale urgente. Ce « référentiel [...] a pour objet la prise en charge des urgences préhospitalières et constitue la doctrine française des services publics en matière d'organisation quotidienne des secours et soins urgents. Afin de garantir la cohérence nationale du secours à la personne, les services d'incendie et de secours et les services d'aide médicale urgente s'engagent à mettre en œuvre au 31 décembre 2009 l'adaptation de leurs organisations opérationnelles aux dispositions du référentiel annexé au présent arrêté ».

---

<sup>124</sup> Le référentiel secours à personne et aide médicale urgente (2008) précise les règles d'emploi des équipes de secouristes des sapeurs-pompiers référentiel SAP-AMU 2008

<sup>125</sup> Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente

### **III. Évolution du système de santé : ancrage du pharmacien en tant qu'acteur de première ligne**

#### **1. Remaniement du système de santé**

*a. Une « homogénéisation » du système de santé en réponse à l'hétérogénéité du maillage territorial*

Née de plusieurs constats alarmants relatifs à la structure et au fonctionnement très hétérogène du système de santé, la **loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » du 22 Juillet 2009** s'est ainsi structurée suivant quatre volets consacrés respectivement :

- À la modernisation des établissements de santé ;
- À l'accès aux soins ;
- Aux mesures de santé publique et à la prévention ;
- Et à l'organisation territoriale du système de santé avec la création notamment des Agences Régionales de Santé (ARS), chargées de coordonner l'ensemble des politiques de santé au niveau territorial.

D'abord modifiée sur certains aspects par la **loi Fourcade en 2011**<sup>126</sup>, elle voit ensuite de nouvelles évolutions avec la **loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016**<sup>127</sup>.

Fort de cette nouvelle organisation, notre système de santé se veut garantir à tous les malades et usagers la continuité de l'accès aux soins, à proximité de leurs lieux de vie ou de travail, mais pour cela la France doit encore lutter contre une désertification médicale grandissante.

A contrario, le réseau des pharmacies d'officine quant à lui reste un réseau de proximité avec une répartition harmonieuse, équilibrée et pragmatique qui permet, encore à ce jour, de ne déplorer aucun « désert pharmaceutique, ni en zone rurale, ni en zone sensible »<sup>128</sup> d'après le CNOP.

---

<sup>126</sup> Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2011-940 août 10, 2011 – Légifrance

<sup>127</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) – Légifrance

<sup>128</sup> « Le pharmacien et vous - Les patients - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 25 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-patients/Le-pharmacien-et-vous>.

*b. État des lieux et plan national de renforcement de l'offre de soins dans les territoires*

Le sondage réalisé par la SOFRES [Société Française d'Enquêtes par Sondages] en octobre 2015 révélait que « 28% des français qui éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous se tournaient vers un autre professionnel de santé, à savoir un pharmacien ou un autre spécialiste médical »<sup>129</sup>. Mais si pour beaucoup, le pharmacien est depuis longtemps un professionnel de santé de premier recours, consulté et consultable très facilement en cas de soucis de santé, il est néanmoins limité dans son champ d'action et ne peut en aucun cas se substituer au médecin.

Par ailleurs, et « depuis plus de 20 ans, la fréquentation des services d'urgence ne cesse d'augmenter à raison de 3,5% par an. Cela se traduit par un engorgement croissant de ces services, qui en viennent à être détournés de leurs mission principale, l'urgence vitale »<sup>130</sup>.

Cette tendance peut s'expliquer en partie par l'influence de trois facteurs que sont :

**- Le vieillissement de la population :**

L'enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) de 2013<sup>131</sup> révèle que les patients âgés de 75 ans et plus représentent plus de 12% des passages aux urgences hospitalières (2 millions de patients). A noter que cette population est grandissante d'année en année et passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 (selon projection de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE))<sup>132</sup>.

**- L'accroissement des maladies chroniques et des polyopathologies :**

Le vieillissement de la population s'accompagne inéluctablement d'un accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques et de maladies multiples.

---

<sup>129</sup> « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Rapport de Thomas Mesnier – Mai 2018 » [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)

<sup>130</sup> « Prise en charge des soins non programmés à l'officine » consulté le 13 mai 2021, <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2019/09/PRISE-EN-CHARGE-DES-SOINS-NON-PROGRAMMES-A-L-OFFICINE.aspx>.

<sup>131</sup> Le panorama des établissements de santé- Édition 2014 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2014>

<sup>132</sup> Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

- **L'aspiration à l'immédiateté :**

Le rapport sénatorial de juillet 2017<sup>133</sup> révélait qu'une partie de la population faisait preuve d'une difficulté à gérer l'angoisse liée à un problème de santé, aussi bénin soit-il. Ce qui peut expliquer que la population soit amenée à réclamer un soin ou un conseil le plus rapidement possible. Selon la même enquête de la DRESS en 2013<sup>131</sup> « 27% des fréquentations des urgences étaient liées à un besoin ressenti de règlement rapide du problème. ».

Ainsi, assurer une prise en charge optimale des soins non programmés est une des problématiques majeurs du plan national de renforcement de l'offre de soin dans les territoires.

Présenté par Agnès Buzyn alors ministre des Solidarités et de la Santé, il prévoit quatre priorités :

- Une présence médicale et soignante accrue ;
- La mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances (par l'utilisation du DP, DMP, et autres) ;
- L'amélioration de l'organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue ;
- Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale en s'appuyant notamment sur la création des CPTS avec la loi de modernisation du système de santé de 2016<sup>134</sup>.

Dans le cadre de ce plan national, un bilan de la gestion des soins non programmés a également été demandé au député Thomas Mesnier. Le rapport intitulé « **Assurer le premier accès aux soins** » a ainsi été remis le 22 mai 2018 à la ministre des Solidarités et de la Santé.

Il fait justement mention d'un « dysfonctionnement dans l'organisation de notre offre de soins [qui] ne permet pas une prise en charge optimal par le segment le mieux adapté de l'offre de soins et peut donc être préjudiciable aux patients eux-mêmes qui échappent ainsi au parcours de soins structuré permettant d'assurer la coordination et la pertinence des soins et le suivi des patients sur le long terme »<sup>135</sup>.

---

<sup>133</sup> Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Sénat. 2023 [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>

<sup>134</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) – Légifrance

<sup>135</sup> « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Rapport de Thomas Mesnier – Mai 2018 » [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)

En réponse à ce problème, le député fait une série de propositions impliquant les généralistes et l'ensemble des professions médicales. Il suggère entre autres un plus grand partage des tâches entre médecins et professionnels de santé et de libérer du « temps médical » en renforçant la coopération interprofessionnelle.

Mais il souligne également le fait que, parmi ces professionnels de santé, les pharmaciens d'officines « constituent une **porte d'entrée sur les soins toujours ouverte** ». Laisant alors aucun doute quant à leur place dans la prise en charge des urgences vitales, d'après lui ils sont aussi et surtout « particulièrement **bien placés pour offrir les premiers soins non programmés** dès lors que leur traitement s'inscrit dans des protocoles » tout en rappelant le « succès de l'expérimentation de la vaccination en officine, de la prise en charge de l'asthme et de la dispensation sans prescription obligatoire de la pilule du lendemain ».

Depuis, plusieurs discussions et initiatives ont vu le jour.

*c. « Soins non programmés : jusqu'où aller dans le partage de compétences »  
d'après les journées nationales de la Fédération Française des Maisons et  
Pôles de Santé (FFMPS) de 2019*

Si le rôle de premiers secours du pharmacien en cas d'urgence vitale n'est pas à discuter, ce même rôle dans la prise en charge des besoins de soins non programmés pouvait encore faire débat.

Mais avant d'aller plus loin, il semble essentiel de définir ce qui est entendu par « soins non programmés ». **Il s'agit de soins répondant à une demande directe ou une urgence ressentie, mais qui ne relèvent pas médicalement de l'urgence et ne nécessitent pas de prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences ou par un médecin.**

D'après la dernière enquête de la DRESS, les soins répondant à cette définition sont nombreux et elle évaluait à 43% la proportion des passages aux urgences qui pourrait être pris en charge en ambulatoire<sup>136</sup>.

Ainsi, la FFMPS a cherché à identifier « qui peut faire quoi ? » pour améliorer la prise en charge de ces soins – en rappelant avant tout que la réponse était dans la pluriprofessionnalité, qu'une bonne coopération permettait la délégation de tâche et qu'ainsi les pratiques avancées prenaient

---

<sup>136</sup> Études & résultats n°889 (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »



toute leur légitimité – les membres de la FFMPS se sont ensuite intéressés à une liste non exhaustive de 30 soins non programmés à partir de laquelle ils ont conclu, entre autre, que la prise en charge de six de ces situations pouvait être déléguée aux pharmaciens d'officines, à savoir : l'interprétation des résultats d'analyse et l'adaptation des thérapeutiques, les plaies, les morsures de tiques, les infections urinaires, les lombalgies aiguës et les rapports sexuels non protégés.

#### *d. Pacte de refondation des urgences*

Dans la continuité du plan « Ma santé 2022 », pour tenter de remédier à la souffrance des soignants hospitaliers et reformer les urgences, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, lançait en septembre 2019 le « Pacte de refondation des urgences »<sup>137</sup>.

Elle déclarait que la désorganisation de notre système de santé avait pour « symptôme le plus aigu » l'afflux indifférencié de patients aux urgences et qu'une refondation était nécessaire pour « stopper le processus qui a conduit à la banalisation du passage par les urgences, faute d'un accès simple et facilité à un système de santé réellement adapté à la situation de chacun »<sup>137</sup>.

Dans ce pacte était alors présenté douze mesures avec notamment la mise en place d'un Service d'Accès aux Soins (SAS) pour informer et orienter les patients en fonction de leurs besoins.

En ce qui nous concerne, la mesure quatre ouvre la porte une fois de plus à la reconnaissance et à l'élargissement des compétences du pharmacien avec pour objectif d'« Offrir aux professionnels non médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients »<sup>137</sup>.

Ce plan devait voir le déploiement de ses mesures entre 2019 et 2022, mais celui-ci ne pouvait prévoir l'arrivée de la pandémie de la Covid-19.

#### *e. Covid-19 et Ségur de la santé*

L'arrivée de l'épidémie de la Covid-19 en début d'année 2020 a de nouveau révélé la saturation du système de santé et le besoin d'une réforme rapide.

---

<sup>137</sup> « Pacte de refondation des urgences » [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>

Ainsi, le Ségur de la santé a réuni, du 25 mai au 10 juillet de la même année, le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, ainsi que les représentants de tout le système de santé à des fins de concertation. Il a alors abouti à un plan d'action concret reposant sur quatre piliers :

«

- Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent,
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins,
- Simplifier les organisations et le quotidien des équipes,
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. »

En ce qui concerne les pharmaciens d'officines et l'accès aux soins, la mesure 26 devrait concrétiser la mise en place du SAS avec une plateforme numérique d'accès aux informations en santé et aux soins non programmés, en partenariat avec le SAMU et la ville. De plus, l'exercice coordonné en ville, sous toutes ses formes (MSP, CPTS, etc.), devrait voir son développement accélérer, de même que celui de la téléconsultation.

## **2. Ancrage des premiers secours dans les nouvelles pratiques officinales**

Si l'épidémie de Covid-19 a révélé au plus haut point les limites de notre système de santé face à l'urgence, cette crise sanitaire sans précédent a également mis en avant la capacité d'adaptation des pharmaciens d'officine et la pluricom pétence dont ils peuvent faire preuve, tout en gardant la confiance du grand public.

En effet, l'enquête lancée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP)<sup>138</sup> sur le rôle et la place des pharmaciens dans la crise du coronavirus révèle que la confiance des Français en leur pharmacien est en hausse de 5% depuis 2018, en les plaçant ainsi au même niveau que leur médecin généraliste (97%).

Ainsi, « la perception des pharmacies dans le cadre de l'épidémie de coronavirus reste très positive : pour plus de neuf français sur dix [...] elles exercent courageusement leur activité dans le contexte du coronavirus (93%) et sont indispensables dans leur vie quotidienne (91%). Pour plus de trois Français sur quatre, les pharmacies constituent un lieu de santé où les patients sont pris en charge et traités efficacement (79%) »<sup>138</sup>.

---

<sup>138</sup> « Le rôle et la place des pharmaciens dans la crise du Coronavirus ». Enquête de l'Ifop pour le Groupe PHR Avril 2020

Comme nous l'avons vu précédemment, les nombreuses évolutions du système de santé ont ouvert la voie au développement de nouvelles pratiques mais aussi à de nouvelles expérimentations.

Avant de détailler trois d'entre-elles, nous nous intéresserons en amont au projet pilote netCare expérimenté entre 2012 et 2014 en Suisse.

#### *a. Le projet netCare*

Ce projet repose sur une idée simple : « permettre aux pharmaciens de dispenser des consultations de premier recours pour des situations simples avec la possibilité de recourir en cas de besoin à un centre de télémédecine. Lors de la consultation en officine, le pharmacien pouvait gérer lui-même la situation, donner lieu à une consultation en télémédecine, ou encore adresser le patient au médecin ou au service des urgences »<sup>139</sup>.

Parmi les 4500 consultations réalisées en pharmacie, le bilan a été révélateur quant à la pertinence des soins non programmés à l'officine :

«

- 75% des consultations constituaient des consultations simples gérées par le pharmacien ;
- 17% des consultations avaient nécessité un recours à la télémédecine ;
- 5% des consultations ont amené à une consultation chez un généraliste ;
- Seulement 2% des patients ont dû être adressés aux urgences.

De plus, le suivi téléphonique systématique trois jours après la consultation a révélé que 84% des patients avaient noté une amélioration de leur état. Les motifs de consultation étaient pour l'essentiel des cystites aiguës féminines (41 %), des conjonctivites (23 %) et des pharyngites (6 %) »<sup>139</sup>.

Ces résultats, faisant échos à ceux présentés dans la partie précédente, montrent que les consultations de premiers recours à l'officine pourraient constituer une (ou une partie) des solutions qui permettrait la régulation des demandes faites aux services hospitaliers d'accueil des urgences (ou à un médecin), et donc de libérer du temps médical.

---

<sup>139</sup> « Prise en charge des soins non programmés à l'officine », consulté le 13 mai 2021, <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2019/09/PRISE-EN-CHARGE-DES-SOINS-NON-PROGRAMMES-A-L-OFFICINE.aspx>.

*b. Étude du FNSH Health & Care en Ile-de-France présenté par son président François SARKOZY le 10 février 2021 à l'académie française de pharmacie.*

Parti du constat que la quasi-totalité des officines d'Ile-de-France sont « régulièrement sollicitées pour des soins non programmés, et au moins trois fois par jour pour un quart d'entre elles », et pour mieux en comprendre les tenants et aboutissants, le FNSH Health & Care en coopération avec l'ARS, l'URPS (Union Régionales des Professionnels de Santé) et les Facultés de pharmacie d'Ile-de-France « a collecté les données de 195 pharmacies portant sur 3 222 demandes en soins non programmés » ainsi que sur les réponses apportées par les pharmaciens et leurs équipes.

Voici ce qu'il en ressort :

- Près de la moitié des officines concernées sont implantées dans des petites villes ;
- Les demandes proviennent le plus souvent de clients habituels qui ont recours à leur pharmacien de manière spontanée dans plus de 80% des cas ;
- 20% des personnes s'adressent à l'officine parce qu'elles n'ont pas eu accès à un professionnel de santé (10% ne disposant pas de médecin traitant) ;
- Dans :
  - o 4% des cas, le pharmacien doit effectuer un geste de premiers secours ;
  - o 9% des cas, les patients sont orientés vers un service d'urgence ou de régulation (dans 22% des cas pour une traumatologie) ;
  - o 1/3 des cas, les patients sont orientés vers un professionnel de santé ;
  - o 3/4 des cas, la prise en charge se limitera aux conseils et explications de l'équipe officinale ;
  - o 57% des cas, le pharmacien aura délivré un produit de santé (71% médicaments, 19% phytothérapie ou dispositifs médicaux) ;
  - o 1/4 des cas le pharmacien aura consacré plus de 10 minutes ;
- L'officine reste en contact avec 17% des patients après qu'ils aient regagné leur domicile (ce qui n'est pour l'heure inscrit dans aucun protocole) ;
- Enfin, aucune de ces interventions et aucun de ces suivis ne sont rémunérés à ce jour.

Au-delà des constats chiffrés révélés par cette étude, et en dépit peut-être du manque de reconnaissance de ces actions, on comprend que la pharmacie d'officine contribue déjà à la régulation des urgences et à la diminution de la pression sur les services d'urgences.

*c. Enquête menée par l'URPS-GRAND-EST<sup>140</sup>*

Trop peu évaluées, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et à l'instar de l'enquête menée par FNSH Health & Care en Ile-de-France, les demandes de soins non programmés sont également au centre de l'enquête menée par l'UPRS Grand-Est avec le soutien méthodologique et financier de l'ARS et Tous Pour La Santé.

Cette enquête avait pour objectifs :

- « Principal : d'évaluer de manière la plus complète et rigoureuse possible la réponse de la pharmacie d'officine à une demande de soins non programmés ;
- Secondaire : d'évaluer l'interaction de la pharmacie d'officine avec les autres professionnels de santé ».

Les résultats publiés en mars 2023 dans les Annales Pharmaceutiques Françaises<sup>141</sup> mettent en avant les points suivants :

« Malgré une envie massive de la profession de s'impliquer dans la prise en charge de ces demandes, l'enquête a mis en évidence une absence de formation spécifique des pharmaciens sur ce sujet et une trop rare mise à jour de l'AFGSU. Les demandes des usagers concernent aussi bien les besoins de santé du quotidien que ceux plus spécifiques des patients chroniques. Elles évoluent en fonction du profil du demandeur, des saisons, des jours de la semaine ou de garde et du type d'officine impliquée. Tous les âges sont ainsi concernés notamment les adultes jeunes. La durée moyenne de la prise en charge par l'équipe officinale était de 8 minutes par demande alors même que dans 20 % des cas celle-ci ne donnait lieu à aucune délivrance de produit et dans 11 % des cas à aucune rémunération du pharmacien. [...]

Cette enquête a permis de confirmer le rôle du pharmacien dans la réponse à apporter aux demandes de soins non programmés en tant qu'acteur du premier recours et aiguilleur dans le système de santé. La mise en place de protocoles de prise en charge partagés avec les autres professionnels de santé, au premier rang desquels les médecins, et la reconnaissance de la contribution des équipes officinales permettraient d'encadrer la prise en charge par le pharmacien et ainsi d'optimiser le parcours du patient dans le système de santé ».

En outre, cette enquête a mis en évidence, avec détails, certains éléments comme :

---

<sup>140</sup> « Soins Non Programmés en Officine », consulté le 13 mai 2021, <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/138>.

<sup>141</sup> Wilcke C, Parenty L, Zamolo H, Sarkozy F. Les pharmaciens d'officine sont aussi des acteurs du 1er recours. Résultats de l'enquête demandes de soins non programmés dans les officines du Grand Est. Annales Pharmaceutiques Françaises. 1 mars 2023;81(2):380-8.

- La structuration en cours des officines comme « Lieux de Santé de proximité »,
- L'identification par la population en tant qu'acteur de santé de premier recours,
- L'implication importante des équipes officinales (notamment des pharmaciens) dans la prise en charge des demandes de soins non programmés,
- L'adaptation de la réponse apportée aux usagers et le rôle d'orientation vers les professionnels de santé,
- L'absence de reconnaissance à la contribution des officines dans la gestion des demandes de soins non programmés,
- Le rôle de « sentinelle » du réseau d'officine dans la capacité à détecter en amont certains évènements intercurrents,
- La volonté des pharmaciens de développer leur engagement à condition d'une approche basée sur le volontariat, la formation, la coopération interprofessionnelle et la reconnaissance de la contribution à la santé publique.

*d. Label « Pharmacie Urgence Premiers Secours » (PUPS)<sup>142</sup>*

C'est, une fois de plus, face au constat de la saturation des systèmes d'urgences à Paris (comme dans d'autres villes) que l'expérience menée par Yorick Berger est née.

L'idée consiste à « orienter et intercepter les urgences non graves » afin d'éviter qu'elles n'encombrent les services d'urgences, et plus encore, de permettre au SAMU de choisir d'orienter les appels directement vers la pharmacie en fonction de la nature de celles-ci.

Dans le cadre de cette expérimentation, les pharmaciens doivent d'abord suivre une formation « Urgences premiers secours » délivrée par le SAMU pour être en capacité de répondre aux situations les plus urgentes.

Lors d'une interview menée par Celtipharm, Yorick Berger explique alors qu'« un label peut être délivré aux pharmaciens s'ils satisfont trois pré-requis :

- Faire la formation « Urgence premier secours » [et son renouvellement tous les deux ans] ;
- Suivre une formation en e-learning pour orienter les demandes des urgences, reproduire la qualité d'accueil et éviter quand c'est possible les urgences en rassurant les patients

---

<sup>142</sup> « Yorick Berger : le pharmacien acteur de la prise en charge des urgences médicales », consulté le 13 mai 2021, <https://www.celtipharm.com/Pages/Interview/2018/09/Yorick-Berger-le-pharmacien-acteur-de-la-prise-en-charge-des-urgences-medicales.aspx>.

ou en évitant tout risque [avec revalidation des acquis tous les 6 mois en ligne]. Le 15 est rassuré car ils ont un professionnel de santé comme interlocuteur et peuvent faire une prescription ;

- Signer une charte d'engagement, label de toute pharmacie qui veut être reconnue en tant que telle pour dépasser le seul cadre de la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France). Cette charte implique la présence d'un pharmacien formé à toute heure d'ouverture de la pharmacie même si la formation de toute l'équipe est encouragée ».

L'idée étant qu'au final, l'accueil des urgences en pharmacie, avec le conseil spontané et gratuit des patients qui le caractérise aujourd'hui, puisse répondre à un besoin de santé publique grandissant et, à terme, devenir un acte reconnu et rémunéré pour le pharmacien.

#### **IV. Droits et devoirs du pharmacien et de l'équipe officinale face à l'urgence**

Comme nous avons pu le voir précédemment, et depuis quelques années avec la loi HPST de 2009, le cadre et les missions liés à l'exercice de la pharmacie d'officine ont beaucoup évolué. Qu'il s'agisse de nouvelles missions confiées aux officines ou de la reconnaissance d'anciennes pratiques en tant que telles, ces nombreuses évolutions nous invitent à revoir la question de la frontière entre **acte pharmaceutique** et **acte médical**.

En effet, si les pratiques changent le plus souvent au rythme des besoins de santé publique, il est nécessaire de s'assurer que le cadre législatif existant ou en construction y corresponde et/ou s'y adapte notamment avec les nouveaux modes de prise en charge des patients.

« La loi HPST a donné un statut législatif au « conseil pharmaceutique ». Cette évolution des textes est significative, mais il s'agit d'une rationalisation de la pratique antérieure, centrée sur l'exercice de la pharmacie et limité par l'exercice illégal de la médecine »<sup>143</sup>.

Ainsi, pour mieux cerner les tenants et aboutissants législatifs de la prise en charge des urgences et des premiers secours à l'officine, nous reviendrons tout d'abord sur les caractéristiques qui les définissent, avant d'aborder brièvement les principaux textes qui régissent l'exercice de la pharmacie d'officine et les responsabilités qui incombent aux pharmaciens.

---

<sup>143</sup> [Consultation pharmacie et exercice illégal de la médecine [Article] in Droit, déontologie et soins, vol. 12, n° 2, 2012/06, pp. 208-216]

# 1. Caractéristiques de l'urgence et des premiers secours

## a. Définition de l'urgence

L'**urgence** est définie par le dictionnaire Larousse<sup>144</sup> suivant quatre situations :

- « *Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard : l'urgence d'une solution à la crise.* »

Cette définition fait d'ores et déjà ressortir la notion d'un besoin de solution rapide, voir immédiate et dont le tribut du retard est la souffrance.

- « *Nécessité d'agir vite : des mesures d'urgence.* »

Cette notion renvoie à la personne en mesure d'agir et au devoir qui lui revient de prendre des décisions et de les acter dans un contexte propre à l'urgence.

- « *Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement.* »

On comprend ici que le corollaire à l'urgence est la nécessité d'apporter un diagnostic et un traitement rapide, en somme une prise en charge adaptée et immédiate, au risque sinon de plus lourdes conséquences.

- « *Situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide (référé, assignation à jour fixe) ; la procédure elle-même.* »

Enfin, on comprend à travers cette dernière que le préjudice peut être potentiellement irréparable si l'immédiateté de la prise en charge n'est pas satisfaite. Il peut donc justifier de passer outre certaines procédures ou, de procédures plus longues au profit de plus rapides.

L'urgence en elle-même peut revêtir différents aspects : urgence **vitale**, **fonctionnelle**, **ressentie** ou **sociale** par exemple. Plus simplement, on peut distinguer l'urgence vitale qui implique une « détresse vitale », et l'urgence relative qui peut attendre.

Le caractère de cette urgence peut s'apprécier par une démarche :

---

<sup>144</sup> Éditions Larousse, « Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse », consulté le 16 mai 2021, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>.



- **Spécifique** qui consiste, dans un premier temps, à « **reconnaitre** » et à diagnostiquer très vite ce qui met en jeu le pronostic vital immédiat du patient ;
- **Sensible** qui, dans un second temps, consiste à « **éliminer** » ce qui peut mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient.

Quoiqu'il en soit, dès que la situation semble le suggérer, il est impératif d'appeler le « 15 » sans délai, car c'est au SAMU que revient la mission de régulation médicale de la situation.

Pour finir, il est important de rappeler que l'urgence provient du latin *urgere* qui signifie « presser, pousser à agir ». De fait, le corollaire à l'urgence est bien l'action qu'elle suscite et qui, dans le cas d'un besoin de santé, est appelée **premiers secours**.

### *b. Les premiers secours*

**Les premiers secours**, d'après le dictionnaire du droit du travail (Éditions Tissot) « représentent **l'ensemble des techniques d'aide** apportée aux personnes victimes d'un accident, d'une catastrophe, d'un problème de santé ou d'un problème social compromettant à court terme leur état de santé. Ces techniques permettent d'apporter, [...] des **réponses efficaces devant un danger vital** et ont comme objectif d'en minimiser les conséquences tout en assurant la survie des personnes en leur prodiguant des premiers soins d'urgence »<sup>145</sup>.

C'est en cela que les « premiers secours » sont bien les premiers maillons de la chaîne des secours.

## **2. Devoirs et responsabilités du pharmacien titulaire et de son équipe face à l'urgence**

Dietrich Bonhoeffer disait que « l'action ne dérive pas de la pensée mais d'une bonne volonté à assumer ses responsabilités »<sup>146</sup>.

De la simple réalisation d'un pansement à l'appel des services médicaux d'urgences, la prise en charge des premiers secours à l'officine exige du pharmacien qu'il soit non seulement capable d'en apprécier la gravité et le degré d'urgence, mais aussi de mettre en œuvre des mesures adaptées et efficaces. Il est impératif pour cela que le pharmacien connaisse le cadre législatif et réglementaire de son action sans omettre les limites de ses connaissances et de ses compétences.

---

<sup>145</sup> Formation aux premiers secours [Internet]. Éditions Tissot. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.editions-tissot.fr/guide/definition/formation-aux-premiers-secours>

<sup>146</sup> Dietrich Bonhoeffer, Extrait de *The Speajer's Electronic Reference collection*

La responsabilité du pharmacien est définie par le CNOP comme étant : « l'obligation de répondre de ses actes ou des personnes dont on doit répondre. Sur le plan civil, elle peut impliquer un devoir de réparation des préjudices causés aux tiers par son fait ou par un membre de son équipe et la réparation des dommages causés à une chose. La souscription d'un contrat d'assurance permettra alors la prise en charge des dommages et intérêts devant être versés à la victime. Sur le plan disciplinaire ou pénal, un pharmacien jugé responsable pourra éventuellement supporter une sanction d'interdiction d'exercer sa profession. Le Code pénal peut aussi prévoir des peines d'amendes ou de prison. »<sup>147</sup>

L'exercice de la pharmacie est ainsi soumis à différents types de responsabilités :

- La responsabilité **pénale** qui concerne l'ensemble des citoyens ;
- La responsabilité **civile**, relative aux dommages causés à autrui ;
- La responsabilité **sociale**, concernant les fraudes aux organismes de protection sociale ;
- La responsabilité **disciplinaire**, impliquée en cas de manquement aux obligations éthiques et déontologiques.

Conformément au serment de Galien que tout pharmacien a l'honneur de prêter, le pharmacien ne doit « jamais oublier (sa) responsabilité et (ses) devoirs envers le malade et sa dignité humaine ».

Pour chacun de ses actes, l'exercice du pharmacien est personnel et sa responsabilité personnelle est engagée.

#### *a. La responsabilité pénale*

Comme tout citoyen, le pharmacien peut engager sa responsabilité pénale **en cas de non-respect de la loi** (contravention, délit ou crime). Le principe de l'exercice personnel du pharmacien d'officine a pour corollaire de le rendre « parfois responsable si les fautes, erreurs et négligences ont été commises par lui-même, ou l'un de ses collaborateurs, en particulier lorsque l'infraction est constituée par l'inobservation d'un règlement propre à la pharmacie ou que cette inobservation est la cause directe d'un accident »<sup>148</sup>.

---

<sup>147</sup> « La responsabilité professionnelle du pharmacien – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », consulté le 24 mai 2021, <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/la-responsabilite-professionnelle-du-pharmacien/>.

<sup>148</sup> Guide de stage de pratique professionnelle, CNOP 2016

« Dans le cadre des affaires pénales relatives à la pharmacie, on rencontre deux grandes catégories d'infractions qui peuvent être commises par les pharmaciens dans le cadre de leur exercice professionnel :

- Les infractions générales prévues par le Code pénal (ex. : mise en danger délibérée de la vie d'autrui, non- assistance à personne en danger, complicité...);
- Les infractions spécifiques relevant du Code de la santé publique (ex. : vente d'un médicament sans AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), importation de médicaments falsifiés, non-signallement d'un effet indésirable grave...).

En général, c'est le tribunal correctionnel qui est compétent pour juger les infractions commises par un pharmacien dans l'exercice de ses fonctions. La Cour d'appel, puis la Cour de cassation sont saisies des voies de recours éventuelles »<sup>149</sup>.

Le Code pénal précise, entre autres, que « l'omission de porter secours » est sanctionnée, c'est un délit dont les sanctions encourues peuvent aller de l'amende à la peine d'emprisonnement.

Ce délit est constitué lorsque les quatre critères suivants sont présents :

- **Une personne en péril** : cela concerne toute personne dont l'intégrité corporelle, la vie ou la santé sont atteintes ou risquent de l'être à court terme. La personne doit être encore vivante lorsque le secours est requis et une assistance doit lui être apportée dès lors que cela est possible.
- **Une possibilité d'assistance directe ou indirecte** : que ce soit par une action personnelle avec la réalisation des gestes de premiers secours ou en provoquant un secours par l'alerte des services d'urgences.
- **L'absence de risque pour soi et les tiers** : auquel cas le risque doit être sérieux et réel. Ce risque doit mettre en cause la santé, l'intégrité corporelle ou la vie du pharmacien ou d'un tiers.
- **L'abstention volontaire de porter secours** : hors le cas de force majeure.

---

<sup>149</sup> « Cahier thématique 11 – Responsabilité du pharmacien-interactif.pdf », consulté le 24 mai 2021, <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/346605/1695126/version/4/file/Cahier+th%C3%A9matique+11+-+Responsabilit%C3%A9+du+pharmacien-interactif.pdf>.

### *b. La responsabilité civile*

La responsabilité civile est impliquée **dès lors que l'intervention du pharmacien est dommageable à une tierce personne**. Cette responsabilité appartient au pharmacien titulaire et, en son absence, à tout autre pharmacien exploitant de l'officine, tant pour lui-même que pour les membres du personnel exerçant sous sa surveillance.

Les litiges sont portés devant le tribunal d'instance ou de grande instance ; un recours est possible devant la Cour d'appel. Les pourvois éventuels sont examinés devant la Cour de cassations.

Le préjudice causé à la victime (ou ses proches concernés) implique une réparation financière de la part du pharmacien appelée « dommages et intérêts ». Néanmoins, l'article L.1142-2 du CSP<sup>150</sup> impose aux pharmaciens la souscription d'une assurance en responsabilité civile qui prendra à sa charge l'indemnisation d'une victime si le dommage est avéré et imputable à une faute.

D'après le Code civil :

- « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » - Article 1240 du Code civil<sup>151</sup> ;
- « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » - Article 1241 du Code civil<sup>152</sup>.

Qu'il s'agisse d'une faute de **commission, d'omission** ou **d'abstention**, la responsabilité civile du pharmacien est engageable.

Il est à noter toutefois, qu'« à ce jour aucun professionnel de santé n'a été condamné suite à une « maladresse ou erreur » dans une action de secours. Cela ne doit donc pas constituer un frein à l'action du pharmacien [...] les dommages et intérêts seront versés par la compagnie d'assurance de l'officine uniquement si le pharmacien ne s'est pas abstenu de porter secours »<sup>153</sup>.

---

<sup>150</sup> Article L1142-2 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>151</sup> Article 1240 - Code civil – Légifrance

<sup>152</sup> Article 1241 - Code civil – Légifrance

<sup>153</sup> D'après « Urgence à l'officine », 4<sup>ème</sup> édition, par Jean-Marc Agostinucci, Philippe Bertrand, Jean Occulti, paru le 3 janvier 2020

*c. La responsabilité disciplinaire<sup>154</sup> : sociale et professionnelle*

Cette dernière est impliquée dès lors que le pharmacien, inscrit au tableau de l'Ordre, **commet une faute déontologique et/ou professionnelle** par manquement à ses obligations prévues dans le CSP. Toute personne (patient, pharmacien, directeur de l'ARS ou de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), ou encore procureur de la République)<sup>155</sup> peut déclencher une action disciplinaire à l'encontre d'un pharmacien (qu'il soit titulaire ou adjoint). Selon la qualité du plaignant, une conciliation doit être organisée<sup>156</sup>, sinon la plainte sera directement soumise à l'expertise des chambres de discipline du conseil de l'Ordre des pharmaciens.

Les décisions rendues en première instance<sup>157</sup> peuvent faire l'objet d'un appel devant la chambre disciplinaire du Conseil national, puis, en cas de pourvoi, c'est le Conseil d'État qui est compétent.

Les sanctions peuvent être de plusieurs types et aller de l'avertissement à l'interdiction d'exercer (de manière temporaire ou définitive) la profession de pharmacien.<sup>158</sup>

Il est à noter que tout contentieux lié au contrôle technique de la sécurité sociale, est traité par la « section des assurances sociales ». Elle est composée de manière paritaire par des conseillers ordinaires et représentant des caisses. Elle sanctionne les abus et fraudes à l'Assurance maladie commis par les pharmaciens inscrits aux tableaux de l'Ordre<sup>159</sup>. Les sanctions sont les mêmes que la chambre disciplinaire, exception faite de l'interdiction d'exercer remplacée par l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux.<sup>160</sup>

Par exemple, la responsabilité disciplinaire peut être engagée en cas de non-respect de l'article R4235-7 du CSP<sup>161</sup> qui précise que : « Tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure ».

---

<sup>154</sup> [Article R4235-1 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>155</sup> [Article R4234-1 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>156</sup> [Article R4234-34 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>157</sup> [Article R4234-37 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>158</sup> [Article L4234-6 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>159</sup> [Article R145-1 - Code de la sécurité sociale](#) – Légifrance

<sup>160</sup> [Article R145-2 - Code de la sécurité sociale](#) – Légifrance

<sup>161</sup> [Article R4235-7 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

Cependant la « limite de ses connaissances et de ses moyens » reste une notion très subjective mais qui est étroitement liée au **devoir de formation** d'une part et à **l'exercice illégal de la médecine** d'autre part.

*d. Le devoir de formation : formation initiale et dispositif de Développement Professionnel Continu (DPC)<sup>162</sup>*

Obligatoire que depuis 2007 dans le cadre de la formation initiale, l'enseignement des gestes et soins d'urgence est désormais incontournable pour tout professionnels de santé, si ce n'est pour tout citoyen.



De plus, il est désormais possible, voir essentiel que tous les professionnels de santé, récemment diplômés ou non, s'appuient sur le dispositif de DPC pour suivre et/ou actualiser leur formation aux premiers gestes et soins d'urgence.

*e. La limite de l'exercice illégal de la médecine*

Plusieurs textes tendent à tracer une frontière entre acte pharmaceutique et acte médical, à commencer par la définition de l'exercice illégal de la médecine par l'article L.4161-1 du CSP<sup>163</sup> :

« Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui prend part **habituellement** ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature [...], sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 et exigé pour l'exercice de la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire des dispositions spéciales mentionnées aux articles L. 4111-2 à L. 4111-4, L. 4111-7, L. 4112-6, L. 4131-2 à L. 4131-5 ».

De plus, il est précisé au pharmacien qu'il doit « s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer »<sup>164</sup>, d'« inciter ses patients à

---

<sup>162</sup> Figure 25 : Le DPC. Disponible sur : [https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/logo\\_0.jpg](https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/logo_0.jpg)

<sup>163</sup> [Article L4161-1 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

<sup>164</sup> [Article R4235-63 - Code de la santé publique](#) – Légifrance

consulter un praticien qualifié » chaque fois qu'il lui paraît nécessaire<sup>165</sup> et qu'« aucune consultation médicale ou vétérinaire ne peut être donnée dans l'officine.

Cette interdiction s'applique aussi aux pharmaciens qui sont en même temps médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou vétérinaire »<sup>166</sup>.

Néanmoins, l'exercice illégal de la médecine précise la notion d'habitude (« prend part habituellement »), en opposition donc à la notion d'urgence qui fait appel à des gestes de premiers secours codifiés qui, dans la limite de ce qui est enseigné aux professionnels de santé, comme au grand public, ne constituent pas un acte médical à proprement parler. D'ailleurs, l'examen de la victime n'est pas non plus un diagnostic médical mais un simple recueil d'information **indispensable** à l'appréciation de la situation, au déclenchement de l'alerte, à la mise en place de secours et des gestes appropriés dans l'attente d'une prise en charge médicale.

---

<sup>165</sup> Article R4235-62 - Code de la santé publique – Légifrance

<sup>166</sup> Article R4235-66 - Code de la santé publique – Légifrance

*f. Résumé des différents types de poursuites*

Proposé par Jean-Marc Agostinucci, Philippe Bertrand, Jean Occulti, dans la 4<sup>ème</sup> édition de « Urgence à l'officine » paru le 3 janvier 2020<sup>167</sup>.

Tableau 1 : Les différentes poursuites liées à l'exercice de la pharmacie

Type de responsabilité	Faute professionnelle	Qui ?	Risques encourus	Texte de référence
<b>Pénale</b>	Non-assistance à personne en péril.	Tout membre de l'équipe officinale.	Cinq ans d'emprisonnement 75 000 € d'amende.	Article 223-6 du Code pénal. <sup>168</sup>
<b>Civile</b>	Fait ayant causé un dommage à un tiers.	Le pharmacien titulaire est civilement responsable de ses actes, mais aussi de ceux de ses employés. C'est la compagnie d'assurance de l'officine qui assurera l'indemnisation de la victime sauf en cas de faute volontaire ou de malveillance indéniable.	Compensation financière. La gravité du préjudice conditionnera le montant des dommages et intérêts qui seront accordés à la victime par le tribunal.	Articles 1382, 1383, 1384 du Code civil. <sup>169</sup>
<b>Disciplinaire</b>	Non-assistance à personne en danger immédiat.	Tout pharmacien inscrit à un des tableaux de l'Ordre et les étudiants en pharmacie autorisés à faire des remplacements.	L'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, l'interdiction pour une durée maximale de cinq ans d'exercer la pharmacie, l'interdiction définitive d'exercer la pharmacie.	Article R.5015-7 du Code de la santé publique. <sup>170</sup>

<sup>167</sup> « L'urgence à l'officine » 4e édition, 2020 de Philippe Bertrand, Jean-Marc Agostinucci, Jean Occulti

<sup>168</sup> Article 223-6 du Code pénal – Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours – Légifrance

<sup>169</sup> Article 1382, 1383, 1384 du Code Civil – Chapitre II : Des délits et des quasi-délits. (Articles 1382 à 1386) – Légifrance

<sup>170</sup> Article R\*5015-7 du Code de la santé publique : 2) Du concours du pharmacien à l'œuvre de protection de la santé – Légifrance





## **PARTIE 2 : Étude des soins de premiers secours dans les officines situées dans les milieux ruraux et urbains de la région PACA**

### **I. Abstract**

**Introduction.** – D’après le Code de la Santé Publique, le pharmacien a le devoir de contribuer aux soins de premiers secours et de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l’amélioration ou le maintien de l’état de santé des personnes. Sa proximité et son accessibilité sans rendez-vous font de lui un acteur de première ligne dans la prise en charge (PEC) des soins non programmés. L’officine, facilement reconnaissable, accueille chaque jour des patients en demande de soins, d’urgence variable, dont la prise en charge consiste souvent à orienter le patient dans le système de soin ambulatoire et/ou à lui prodiguer des premiers soins.

**Matériel et méthode.** – Nous avons adressé une enquête à tous les pharmaciens de la région PACA sur une période de trois semaines du 3 au 24 mai 2021. Les pharmaciens répondaient sur la base du volontariat. Le but de notre enquête était principalement de caractériser la typologie et la fréquence des demandes adressées à l’officine, et la capacité, estimée par les pharmaciens, de répondre à ces demandes. Puis dans un second temps, de décrire les éléments d’organisation mis en place dans les officines.

**Résultats.** – Soixante-cinq pharmaciens ont répondu à l’ensemble du questionnaire (72,3% de milieu urbain et 27,7% de milieu rural). Quatre pharmaciens sur cinq ont plus de quarante ans et, en milieu rural, deux fois plus de pharmaciens ont entre cinquante et soixante ans. La majorité des officines ont un chiffre d’affaires annuel hors taxes entre 1,1 et 2,2 millions d’euros et la composition moyenne des équipes est semblable entre les deux milieux. La majorité des titulaires ont été formés aux premiers secours lors de leur formation initiale ou par une démarche personnelle et seulement 24,6% ont une formation en cours de validité (datant de moins de quatre ans). Plus de la moitié des officines ont, au sein de leur équipe, au moins une autre personne formée aux premiers secours (dans 50% des cas un pharmacien et un préparateur) avec, dans ce cas, 47,5% de formation en cours de validité. Dans la pratique, les pharmaciens estiment être prêts à PEC les situations les plus fréquentes et les moins à risque. Pour les situations rares et les plus graves, les pharmaciens estiment n’être que moyennement, voir insuffisamment préparés. Enfin, pour les situations de fréquence intermédiaire, ils estiment être moyennement préparés. Le niveau de préparation est corrélé à la fréquence d’exposition et il n’existe aucun évènement fréquent qu’un pharmacien ne se sentirait pas prêt à PEC. De manière générale, les fréquences d’exposition et les niveaux de préparation sont plus élevés en milieu rural qu’en milieu urbain. En milieu rural, les pharmaciens semblent plus exposés à des traumatismes accidentels ou à des situations rares et imprévisibles, tandis qu’en milieu urbain, il s’agit le plus souvent de décompensations d’une maladie chronique.

La grande majorité des officines sont équipées d'une trousse d'urgence pour la PEC des situations fréquentes et la prise de constantes. Néanmoins, très peu d'officines disposent d'un défibrillateur automatisé externe (DAE) (bien que deux fois plus en milieu rural (33,3% contre 17%)). Enfin, plus de 90% des titulaires sont intéressés par des outils pragmatiques d'aide à l'organisation de la PEC des premiers secours à l'officine (logigramme, les indispensables d'une trousse d'urgence, ...). Enfin, 80% des titulaires participant souhaitent améliorer leur formation ou celle de leur équipe à l'issu de ce questionnaire.

**Conclusion.** – Cette enquête a permis de mettre en évidence l'importance d'une montée en compétence des pharmaciens pour la PEC de toutes les situations rencontrées à l'officine, notamment les plus rares et les plus graves. Cela passe notamment par le maintien d'une formation actualisée aux gestes de premiers secours. De plus, l'enquête met en avant une véritable demande de recommandations, d'encadrement et de reconnaissance des moyens et des actes de PEC des demandes de soins non programmés spécifiques à l'officine, qui permettrait notamment d'optimiser le parcours des patients dans le système de santé et de libérer du temps médical.

## **II. Introduction**

### **1. L'exercice officinal : un mode d'exercice nuancé par le milieu dans lequel il est pratiqué**

Si la formation initiale du pharmacien d'officine est d'une manière générale très homogène, exception faites des unités d'enseignement à choix et des diplômes de formation continue complémentaires (Diplômes Universitaires (DU), Diplômes d'Études Supérieures Universitaires (DESU), ...), la pratique officinale quant à elle est très variée et très variable en fonction du milieu d'exercice.

Entre un lieu de passage dans une grande ville ou une pharmacie de petit village, les officines peuvent revêtir les mêmes apparences mais se différencier par de nombreux aspects pratiques. Nous noterons ici trois exemples :

1° En milieu rural, l'environnement médical est limité et les structures hospitalières souvent lointaines. L'officine est alors l'espace de santé le plus proche et le plus accessible, gratuitement et sans rendez-vous. Cette disponibilité au regard des besoins et des contraintes démographiques et territoriales de santé, donne toute sa singularité à l'exercice en milieu rural, tant par l'offre de soins qu'elle représente que par la connaissance des patients et la relation de proximité qui en découle.

2° Si les pharmacies en milieu rural ne constituent pas un rempart face à la désertification médicale, elles n'en restent pas moins un établissement de premier accès aux soins non programmés, ainsi que bien souvent, la porte d'entrée du patient dans un parcours de soin.

3° Les « nouvelles » missions confiées aux pharmaciens et les nouveaux outils et moyens mis à profit de l'exercice coordonné, tendent à renforcer le rôle de première ligne des pharmacies, d'autant plus important en milieu rural.

De ces observations préliminaires découle la question de l'adéquation entre la formation, la pratique et les demandes de soins de premiers secours retrouvées à l'officine.

## **2. Établir un constat pragmatique des premiers secours dans ces différents milieux : exemple de la région PACA**

Intuitivement, nous pourrions nous attendre à ce que la demande et l'offre de soins de premiers secours diffère entre le milieu rural et le milieu urbain.

Pour essayer de l'objectiver nous nous sommes intéressés grâce à un questionnaire, à l'expérience et au point de vue des pharmaciens titulaires d'officine de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) exerçant dans ces deux milieux.

L'objectif étant également de mettre en avant, si possible, les potentielles différences de pratique entre ces milieux.

## **3. Organisation des premiers secours à l'officines**

Enfin, nous profiterons de ce questionnaire pour étudier les moyens organisationnels et matériels dont disposent les officines pour prendre en charge les situations d'urgence.

Puis nous verrons de quels outils souhaiteraient disposer les pharmaciens pour améliorer la prise en charge des premiers secours à l'officine.

### **III. Matériel et méthode**

#### **1. Objectifs**

L'objectif principal de l'étude était de décrire la fréquence et la capacité de prise en charge des gestes de premiers secours à l'officine (d'un point de vue théorique, pratique et organisationnel).

Les objectifs secondaires étaient de :

- Mettre en évidence une éventuelle disparité des paramètres étudiés entre les pharmacies de milieu rural et de milieu urbain ;
- Mettre en évidence certains besoins pédagogiques des officinaux pour améliorer la prise en charge de ces premiers secours.

#### **2. Déroulement de l'étude**

Pour cette étude, nous avons rédigé et adressé un questionnaire à l'attention des pharmaciens titulaires d'officine dans la région PACA :

- Dans une première version aux pharmaciens volontaires pour avoir un retour d'expérience sur la forme et le fond du questionnaire ;
- Dans une version finale à tous les pharmaciens titulaires d'officines de la région PACA.

Pour ce faire, nous avons diffusé ce questionnaire par l'intermédiaire :

- Des réseaux de professionnels, notamment le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP), l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) PACA-CORSE, l'Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), et la coopérative d'achat de l'Association des Pharmaciens de Méditerranée (APM) ;
- Des réseaux étudiants : groupe de promotion sur les réseaux sociaux et « bouche à oreilles ».

Pour permettre à un maximum de pharmaciens de pouvoir y répondre, ce questionnaire est resté disponible en ligne du lundi 3 mai 2021 au lundi 24 mai 2021, soit 3 semaines au total.

### 3. Schéma et population de l'étude

Notre étude transversale descriptive et comparative repose sur un questionnaire adressé au pharmacien titulaire d'officine dans la région PACA.

Les caractéristiques de la population cible de l'étude sont précisées par les données démographiques du CNOP arrêtées au 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>171</sup>.

Parmi ces informations, nous retrouvons notamment pour la région PACA-CORSE :

- Les données générales en région :

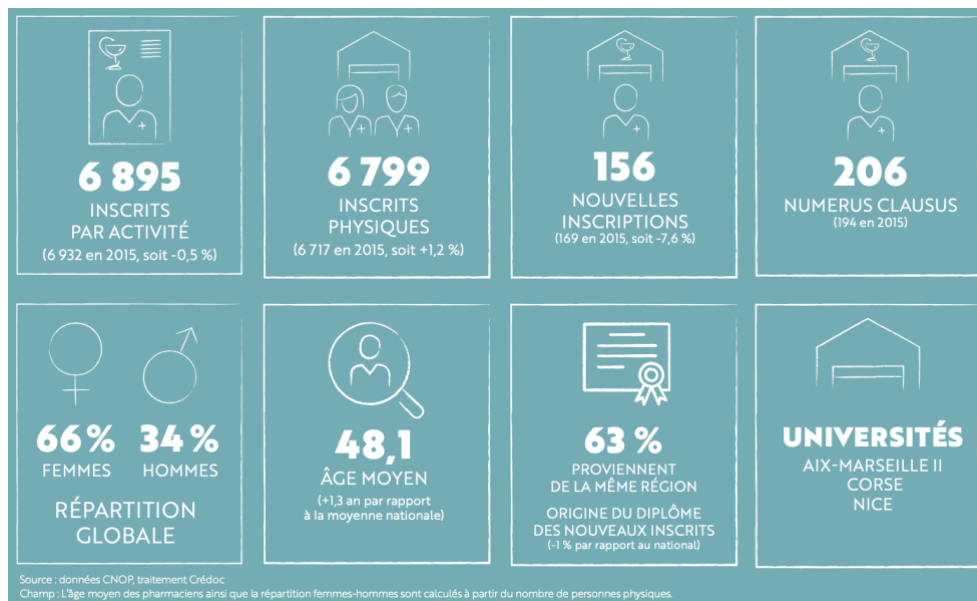


Figure 26 : Données générales de l'officine en région PACA

- La répartition des pharmaciens titulaires d'officine – Section A

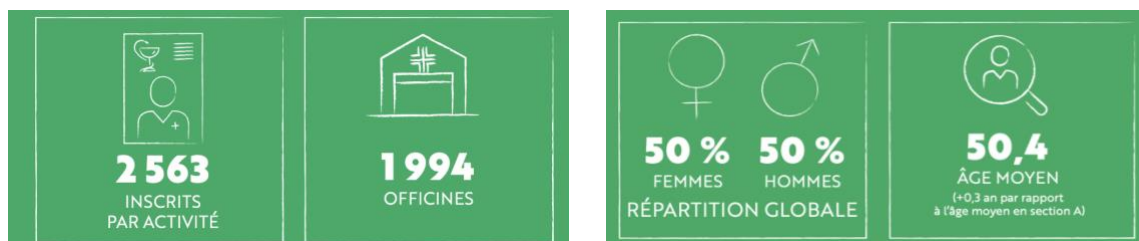


Figure 27 : Répartition des pharmaciens titulaires d'officine – Section A

<sup>171</sup> Les pharmaciens - panorama au 1er janvier 2021 [Internet]. CNOP. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2021>

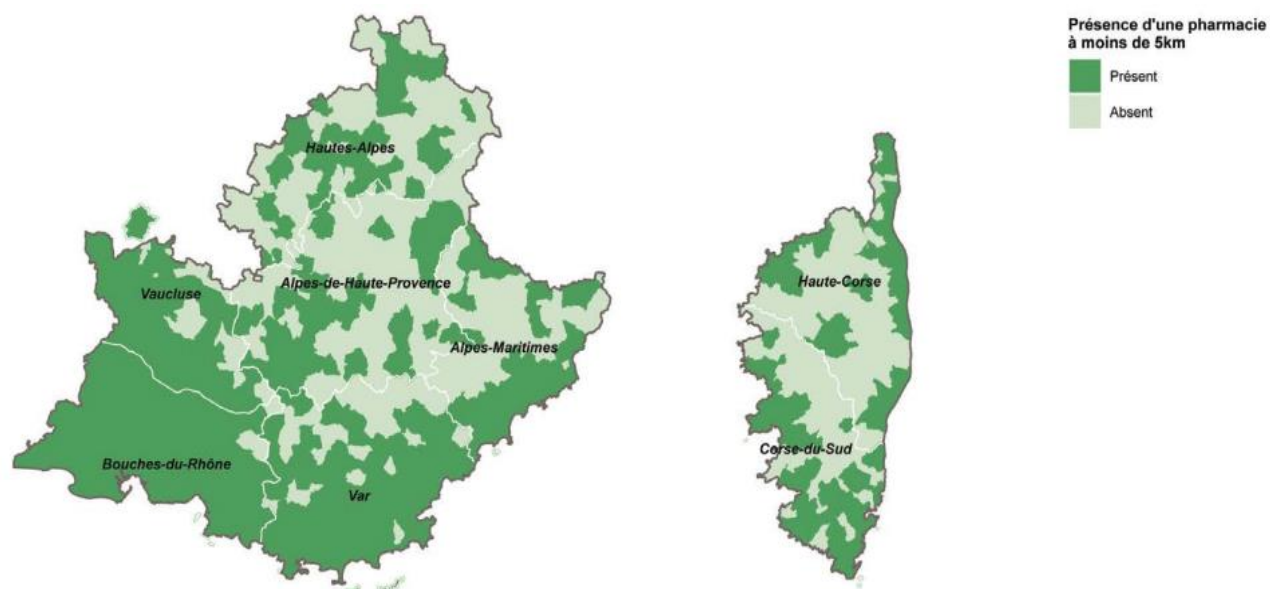
- La répartition par tranche d'âge et par genre des pharmaciens d'officine

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge et par genre des pharmaciens d'officine

Département	Moins de 40 ans	40 ans et plus	Hommes	Femmes	Total 2020	Part du département dans la région	Évolution 2015-2020
04-ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	13	65	43	35	78	3 %	+9,9 %
05-HAUTES-ALPES	19	54	35	38	73	3 %	+7,4 %
06-ALPES-MARITIMES	84	445	276	253	529	21 %	-8,8 %
13-BOUCHES-DU-RHÔNE	203	755	463	495	958	37 %	-5,4 %
20-CORSE	47	122	72	97	169	7 %	-2,3 %
83-VAR	101	392	254	239	493	19 %	-5,9 %
84-VAUCLUSE	51	212	127	136	263	10 %	-5,7 %
<b>PACA - CORSE</b>	<b>518</b>	<b>2 045</b>	<b>1 270</b>	<b>1 293</b>	<b>2 563</b>	<b>100 %</b>	<b>-5,4 %</b>

Source : données CNOP, traitement Crédoc  
 Champ : pharmaciens titulaires inscrits en PACA - Corse.

- L'accessibilité des officines : présence d'une officine à moins de 5 kilomètres (à vol d'oiseau) par commune



Source : INSEE base des équipements en santé (données 2019), traitement Crédoc  
 Champ : ensemble des communes de PACA - Corse

Figure 28 : Accessibilité des officines : présence d'une officine à moins de 5 kilomètres (à vol d'oiseau) par commune



- Le nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2020

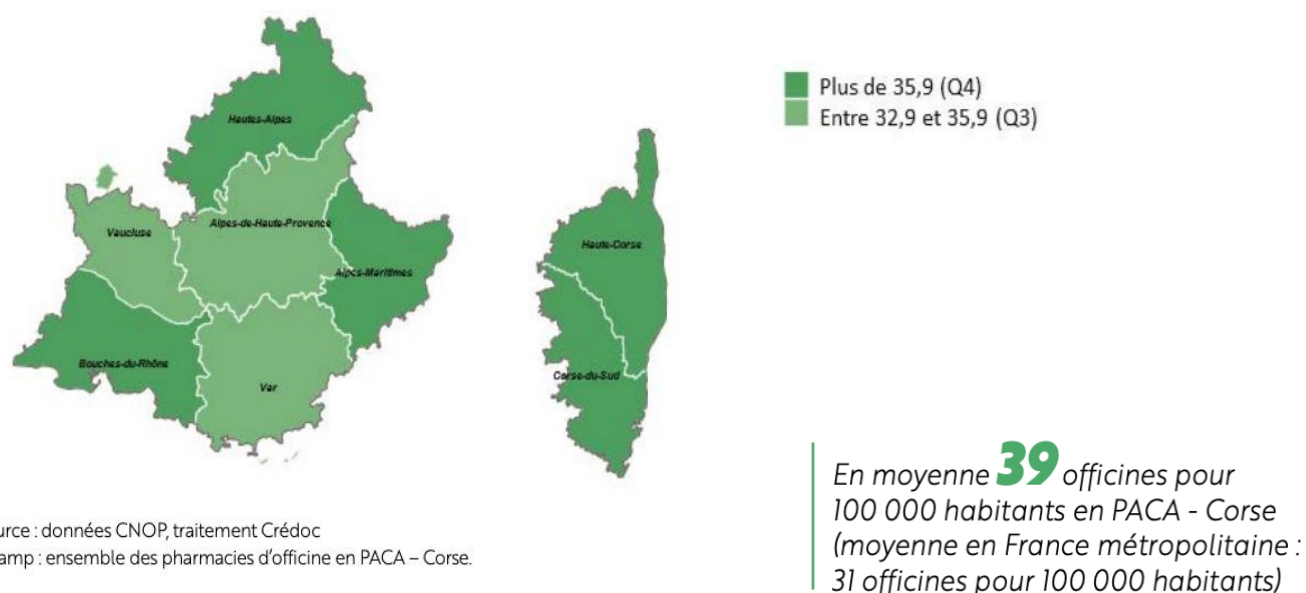


Figure 29 : Nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2020

A noter par ailleurs que la démographie des médecins généralistes libéraux en PACA-Corse est de 5800 praticiens (dont 316 en Corse) en 2020<sup>172</sup>, soit approximativement et en moyenne 2,26 médecins généralistes libéraux pour une pharmacie d'officine.

**L'appartenance au groupe « Urbain » ou « Rural »** a été déterminée d'après la classification des communes de l'INSEE<sup>173</sup>.

Cette classification repose sur le degré de densité et le zonage en aires urbaines. Elle se présente de la manière suivante pour la région PACA.

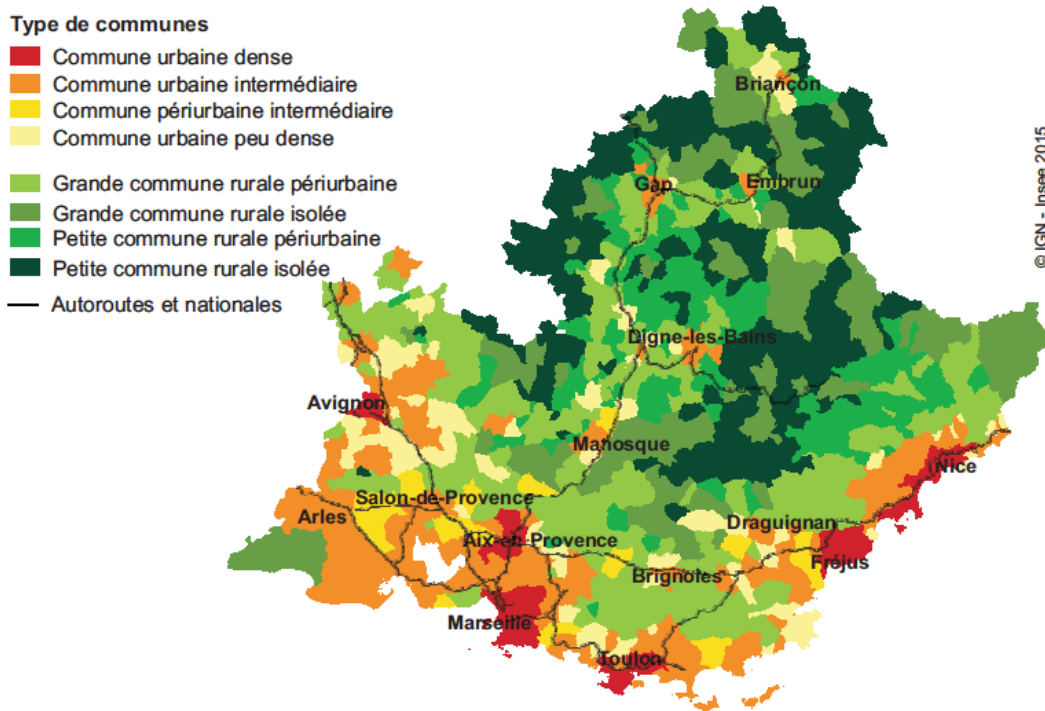
Tableau 3 : Classification des communes de l'INSEE : région PACA [Source : Insee, Recensement de la population 2010]

Degré de densité	Type de commune	Population totale	Part en %	Population moyenne /commune	Densité moyenne /commune	Exemples
<b>Urbain</b>						
Dense	Communes urbaines denses	2 213 191	45	88 528	2 002	Marseille, Nice
Intermédiaire	Communes urbaines intermédiaires	1 697 215	35	11 869	557	Gap, Martigues
Intermédiaire	Communes périurbaines intermédiaires	155 255	3	8 171	323	Pertuis, Cassis
Peu dense	Communes urbaines peu denses*	257 061	5	2 472	134	Barcelonnette, Gémenos
<b>Sous-total urbain</b>		<b>4 322 722</b>	<b>88</b>	<b>14 855</b>	<b>515</b>	
<b>Rural</b>						
Peu dense	Grandes communes rurales périurbaines	412 820	8	1 613	68	Tallard, Levens
Peu dense	Grandes communes rurales isolées	106 842	2	1 047	34	Valensole, Guillestre
Très peu dense	Petites communes rurales périurbaines	28 580	1	193	10	Utelle, Châteaudouble
Très peu dense	Petites communes rurales isolées	28 191	1	170	6	Isola, Rosans
<b>Sous-total rural</b>		<b>576 433</b>	<b>12</b>	<b>858</b>	<b>35</b>	
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>		<b>4 899 155</b>	<b>100</b>	<b>5 087</b>	<b>180</b>	

<sup>172</sup> CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 3 juin 2021]. Disponible sur : [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-285531,7138960,1909384,1139212&c=indicator&f=0&i=gene\\_popage.eft&s=2020&view=map6](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-285531,7138960,1909384,1139212&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2020&view=map6)

<sup>173</sup> Des territoires ruraux peu peuplés mais dynamiques - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 22 [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379802>

Cette classification, permet ainsi de cartographier la région de la manière suivante :



Sources : Insee et DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages 2010, Zonage en aires urbaines 2010

Figure 30 : Typologie des communes de PACA selon leur densité et les aires d'influence des pôles emploi

#### 4. Recueil des données : le questionnaire

Pour s'assurer de l'adéquation entre le questionnaire et les réponses attendues aux objectifs prédéfinis, nous avons réalisé une première version que nous avons adressée à sept pharmacies volontaires pour en faire l'évaluation.

Cela a permis de mettre en évidence :

- L'importance d'une catégorisation précise du type de ville d'exercice pour éviter le biais d'interprétation de son caractère urbain ou rural ;
- La discrétion à observer quant au lieu précis d'exercice pour garantir l'anonymat (pour une pharmacie seule dans un village, par exemple) ;
- La pertinence de rajouter une dernière partie avec des questions plus prospectives et pragmatiques sur l'impact du questionnaire en lui-même ;
- Le bon fonctionnement de l'outil « EvalAndGo<sup>®</sup> » et son adéquation méthodologique.
- La durée moyenne de remplissage et les autres inconvénients pouvant limiter le nombre de réponses (perte de temps, non-rémunération, ... ) ;
- Les améliorations à apporter aux moyens de traitement et d'analyse des données brutes pour permettre une exploitation optimale dans Excel<sup>®</sup>.

La prise en compte de chacun de ces éléments a permis d'aboutir à la version finale du questionnaire présenté ci-après (cf. ANNEXE II : QUESTIONNAIRE).

Ce questionnaire peut être divisé en **5 parties distinctes** qui abordent respectivement :

*a. Les caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11]*

Cette première partie avait pour but, d'une part, de récolter les informations générales concernant les répondants, et d'autre part, celle des groupes urbain et rural.

En ce qui concerne les titulaires, nous nous sommes intéressés à : la tranche d'âge, au sexe, à l'année d'obtention du diplôme et au lieu de formation initiale.

En ce qui concerne les officines, nous nous sommes centrés sur : la répartition par région et par type de commune, la tranche de chiffre d'affaires annuel HT, l'implication dans de nouvelles missions, le nombre d'employés et plus précisément le nombre de pharmaciens et de préparateurs.

*b. La formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19]*

Cette seconde partie avait pour but de faire un état des lieux de la formation aux premiers secours du pharmacien titulaire et de l'équipe officinale. Les questions mettaient en avant :

- La formation ou l'absence de formation aux premiers secours du titulaire (date de dernière formation, cadre, ...)
- La formation de l'équipe officinale (personnel(s) concerné(s), date de dernière formation, cadre, ...).

*c. Evaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41]*

Cette troisième partie était une évaluation par les pharmaciens titulaires d'officine de la fréquence et de leur niveau de préparation à la prise en charge des premiers secours à l'officine.

Les questions portaient sur différentes thématiques, à savoir : les plaies, les brûlures, les saignements, les traumatismes, les urgences contraceptives, les détresses cardio-vasculaires, les détresses respiratoires, les détresses neuropsychiatriques, les détresses métaboliques, les intoxications et enfin les chocs allergiques.

*d. Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 47]*

Cette quatrième partie visait à évaluer les moyens techniques et organisationnels mis en place dans les officines. Les questions portaient sur :

- La présence (ou non) d'une trousse de secours, vérifiée, actualisée, complétée, signalisée, accessible et connue des membres de l'équipe ;
- Les moyens à disposition pour :
  - o Analyser la situation : auto-tensiomètre, oxymètre de pouls, thermomètre, lecteur de glycémie, ...
  - o Alerter, orienter vers les secours : téléphone, numéros à contacter, ...
  - o Intervenir auprès de la victime : équipements de protection individuel, dispositifs médicaux, médicaments de premiers secours, ...

*e. Perspectives pédagogiques [questions 48 et 49]*

Enfin, cette cinquième et dernière partie évaluait :

- L'intérêt des pharmaciens pour des outils d'aide à l'organisation des premiers secours à l'officine,
- L'impact du questionnaire en lui-même comme outil pédagogique et motivationnel pour améliorer la prise en charge des premiers secours à l'officine.

## **5. Recueil des données : support de diffusion du questionnaire et traitement des réponses**

*a. Support de diffusion : le choix de la voie dématérialisée et d'EvalAndGo®*

Dans un contexte de crise sanitaire et dans une démarche écologique, la voie dématérialisée a été préférée comme mode de diffusion du questionnaire et de recueil des réponses.

Parmi ces avantages, nous noterons :

- L'ergonomie (nombreux outils de mise en forme), la facilité de diffusion (lien, QR Code, etc.) et d'accessibilité (depuis smartphone, ordinateur ou tablette),
- Le suivi en temps réel des données recueillies,
- L'extraction simplifiée des résultats au format numérique.

Mais quelques inconvénients y étaient également liés, nous retiendrons ici :

- La prise en main moins aisée pour ceux qui ne sont pas à l'aise avec les interfaces numériques et moins « personnel » qu'un format papier traditionnel,
- Une diffusion plus labile dans le temps car rapidement perdue dans les boîtes mails et fils d'actualités.

Par ailleurs, le choix d'un formulaire anonyme ne pouvant, par définition, garantir l'identité du répondant, il constitue à la fois un avantage et un inconvénient avec de possibles biais.

Enfin après avoir comparé différentes plateformes sur plusieurs aspects détaillés dans le tableau en annexe (cf. ANNEXE I : TABLEAU COMPARATIF DES PLATEFORMES), nous avons arrêté notre choix sur l'outil EvalAndGo®.

*b. Traitement des réponses : respect de l'anonymat et exploitation dans Excel®*

Par soucis de transparence et de respect sur les données recueillies, un accord, pour en faire l'usage, associé à un rappel des mentions légales concernant le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été systématiquement requis (cf. ANNEXE III : MENTIONS LEGALES « EN SAVOIR PLUS »).

De plus, pour s'assurer que certaines réponses ne permettent pas d'identifier le répondant, plusieurs questions ont été volontairement modifiées.

*A titre d'exemple : nous nous sommes intéressés au type de commune d'exercice, plutôt qu'à la ville en elle-même pour préserver l'anonymat des pharmaciens seuls à exercer dans une commune.*

Lors de la clôture du questionnaire, toutes les réponses ont été exportées vers un fichier Excel® pour permettre l'exploitation des résultats et l'application de différentes méthodes analytiques.

Néanmoins, seules les réponses complètes ont été prises en compte, toutes les réponses aux formulaires, non totalement remplis, ont été exclues des résultats.

## 6. Méthodologie du questionnaire, méthode d'analyse et limites

Pour notre enquête, nous avons eu recours à quatre types de questions. Chaque type nous a permis de considérer des variables soit qualitative, soit quantitative. Nous avons décrit les variables qualitatives en termes d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives en termes d'effectifs, de moyennes et d'écart-types. La différence entre les pourcentages ou les moyennes a été calculé à titre indicatif.

Le choix des tests statistiques a été déterminé sur la base de l'outil de formation, d'étude et de conseil en statistique Anastats<sup>®</sup> et des conditions de validités remplies par nos données (notamment au regard des effectifs).

Les différents types de questions que nous avons utilisé peuvent être résumés de la manière suivante :

Tableau 4 : Types de questions, de données et exemples

Type de questions	Type de données	Exemples
<b>Questions fermées type « Oui/Non » ou à choix simple à une modalité</b>	Variable qualitative.	« Avez-vous déjà été formé aux premiers secours ? ».
<b>Questions ouvertes chiffrées</b>	Variable quantitative.	« Combien d'employés compte votre officine ? ».
<b>Questions à choix simple à plusieurs modalités sans notion d'ordre</b>	Variable qualitative.	« Dans quel département de la région PACA se situe votre officine ? ».
<b>Questions à choix simple à plusieurs modalités avec notion d'ordre</b>	Variable qualitative ordinale.	« Sur une échelle de 0 à 4 et concernant les plaies simples, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ? ».  « Sur une échelle de 0 à 4 et concernant la prise en charge de ces plaies à votre officine, vous diriez que vous êtes ? ».

Nous pouvons préalablement identifier différents biais dans notre étude, notamment :

- **Le caractère monocentrique** de l'étude qui rend l'extrapolation des résultats plus difficile. Cependant, cette étude s'adresse à l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine de la région PACA dont les différences de formation initiale, de provenances géographiques, d'anciennetés ou encore de modes d'exercices peuvent renforcer la représentativité de l'échantillon. Mais une étude à plus grande échelle, dans différentes régions confèrerait une meilleure validité d'un point de vue externe.
- **Le biais d'échantillonnages** : la constitution des groupes urbain et rural sur la base de la classification de l'INSEE peut être discutable. Un échantillonnage sur la base de critères propre à la démographie des pharmaciens tel que le chiffre d'affaires, la composition de l'équipe ou encore l'environnement médical direct, pourrait également être intéressant.
- **Le biais de mémorisation et de mesure** : les souvenirs que les sujets peuvent avoir d'un évènement en particulier, peuvent différer d'une personne à l'autre selon la fréquence d'exposition, la sensibilité ou l'expérience de chacun. Une traçabilité des actes de premiers secours effectués à l'officine ou une cotation de ces actes permettrait notamment un suivi précis et objectif des pratiques.
- **La subjectivité des résultats** : l'utilisation d'une échelle basée sur la comparaison d'écarts avec les bonnes pratiques et recommandations de prise en charge assurerait plus d'objectivité dans l'analyse des résultats.

D'autres biais seront également mis en évidence et présentés à mesure de l'analyse des résultats.

Enfin, nous pouvons également apporter un regard critique quant à l'élaboration du questionnaire qui a été fait par nos soins, sur la base de nos connaissances, de notre expérience et de nos recherches bibliographiques.

L'absence d'utilisation d'outils d'évaluation et de référentiels validés et standardisés limite la validité externe de cette étude. Cette dernière pouvant également être impactée par l'évaluation de questions subjectives. Toutefois il semble difficile de trouver un outil d'évaluation à la fois validé et spécifique de la pratique des premiers secours à l'officine.

Enfin, il semble important de préciser que ce questionnaire n'a pas pour prétention d'être une référence, mais essentiellement de servir les propos de notre sujet.

Pour terminer, il nous semblerait intéressant de confronter les résultats de notre enquête, fruit de l'auto-évaluation des pharmaciens, à ceux d'une nouvelle enquête basée sur une évaluation plus objective et concrète des connaissances et des pratiques professionnelles.

En effet, la mesure d'écart entre l'auto-évaluation et des recommandations de bonnes pratiques permettrait non seulement de s'affranchir d'un biais de mesure mais aussi :

- Dans le cas d'une surestimation par les pharmaciens, rappeler les enjeux d'actualiser régulièrement sa formation ;
- Dans le cas d'une sous-estimation par les pharmaciens, de valoriser et consolider leurs compétences et leur rôle en tant qu'acteur de premiers recours.



Tableau 5 : Taux de réponses

N°	Critères	Urbain		Rural		Total	
		n	%	n	%	n	%
	<b>Nombre de réponses</b>						
	Complètes	47	72,3	18	27,7	65	81,2
	Partielles	-	-	-	-	15	18,8
	<b>Total</b>	-	-	-	-	80	100

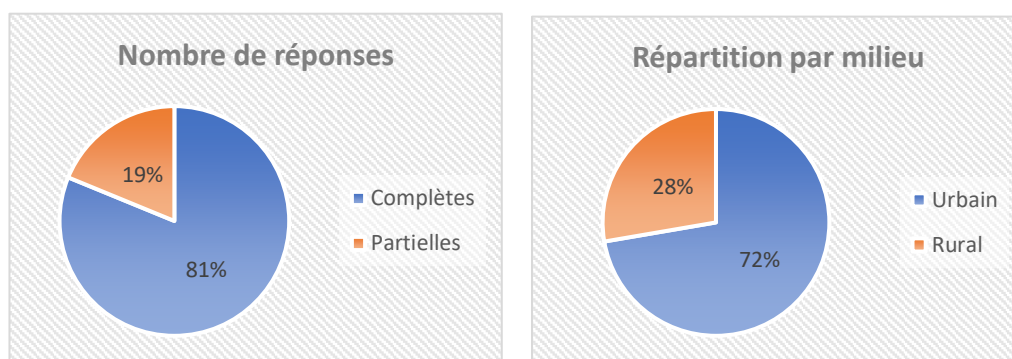


Figure 31 : Répartition des réponses

**Question 1 : Vous êtes ?**

Tableau 6 : Question n°1 – Répartition par sexe

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
<b>1</b>	<b>Sexe</b>							
	Homme	21	44,7	6	33,3	27	41,5	+11,4
	Femme	26	55,3	12	66,7	38	58,5	-11,4

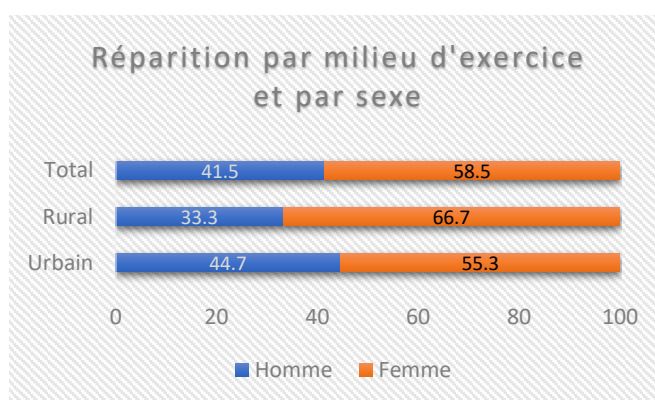


Figure 32 : Question n°1 – Répartition par sexe

## IV. Résultats

### 1. Démographie des répondants

Entre le lundi 3 mai 2021 et le lundi 24 mai 2021, nous avons obtenu 80 réponses au questionnaire :

- **81,2%** étaient **complètes**,
- **18,8%** étaient **partielles**.

Seules les réponses complètes ont été traitées par la suite.

Parmi ces résultats :

- **72,3%** proviennent de pharmacies situées en **milieu urbain**,
- **27,7%** proviennent de pharmacies situées en **milieu rural**.

### 2. Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11]

Nous notons parmi les répondants un nombre plus important de femmes (58,5%) que d'hommes (41,5%) avec :

- En milieu rural, **66,7%** de femmes pour 33,3% d'hommes.
- En milieu urbain, une **parité** légèrement en faveur des femmes avec 55,3% de femmes pour 44,7% d'hommes.

Pour rappel :

- D'après les données du **CNOP**, **66%** des pharmaciens titulaires en France étaient des **femmes**, contre 34% d'hommes. (Cf. Figure 26 : Données générales de l'officine en région PACA).
- D'après les données du **CROP**, **50%** des pharmaciens titulaires en région PACA étaient des **femmes** à égalité avec les hommes. (Cf. Figure 27 : Répartition des pharmaciens titulaires d'officine – Section A)

Si les données observées en **milieu urbain** sont proches des données nationales avec une **parité en faveur des femmes**, celles observées en **milieu rural** sont plus proches de celles rapportées en région PACA avec une **parité plus respectée**.

**Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

Tableau 7 : Question n°2 - Répartition par milieu d'exercice

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>2</b>	<b>Tranche d'âge</b>							
	20 – 30 ans	1	2,1	0	0	1	1,5	+2,1
	30 – 40 ans	10	21,3	2	11,1	12	18,5	+10,2
	40 – 50 ans	13	27,6	1	5,6	14	21,5	+22,0
	50 – 60 ans	17	36,2	13	72,2	30	46,2	-36,0
	> 60 ans	6	12,8	2	11,1	8	12,3	+1,7

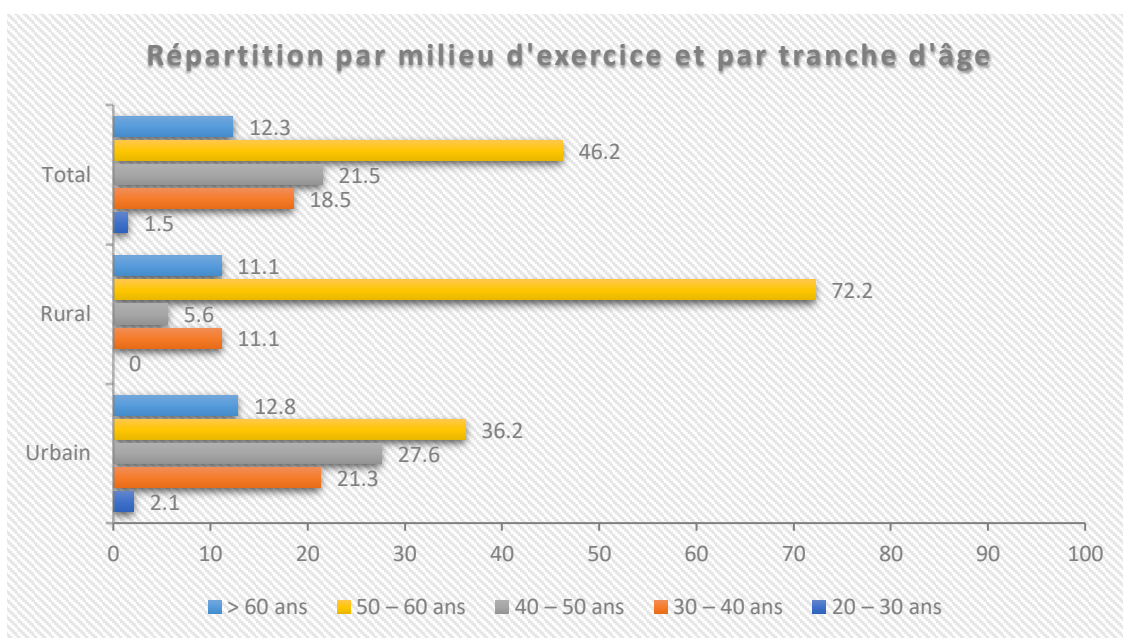


Figure 33 : Question n°2 - Répartition par milieu d'exercice et par tranche d'âge

Nous nous sommes ensuite intéressés à la répartition par tranche d'âge où nous remarquons un exercice majoritaire des **50 – 60 ans** (environ un pharmacien sur deux) avec une proportion en milieu rural **deux fois plus importante** qu'en milieu urbain.

En effet, en **milieu rural environ de trois quarts** des pharmaciens en exercice ont entre **50 et 60 ans** alors qu'en milieu urbain cela représente environ **un pharmacien sur trois**.

Quand nous nous intéressons à la répartition autour des **40 ans** : **80%** des pharmaciens titulaires ayant répondu ont **plus de 40 ans** (76,6% en milieu urbain et 88,9% en milieu rural).

Pour rappel, le CNOP dénombrait dans la région PACA approximativement trois pharmaciens titulaires sur quatre avec un âge supérieur à 40 ans.

Les réponses obtenues semblent cohérentes avec les données observées par le CNOP en région PACA. La démographie de pharmaciens titulaires est très majoritairement **âgée de plus de 40 ans**. De plus, nous pouvons relever qu'**au-delà de 50 ans** le mode d'exercice privilégié est majoritairement **rural**.

Questions 3 et 4 :

Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme de pharmacien ?  
 Dans quelle faculté de pharmacie l'avez-vous obtenu ?

Tableau 8 : Questions n°3 et 4 - Répartition par lieu de formation initiale

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		m / n	σ / %	m / n	σ / %	m / n	σ / %	Δ%/Δm
<b>3</b>	<b>Année d'obtention du diplôme</b>							
	Moyenne	1998	10,2	1992	9,0	<b>1997</b>	<b>10,1</b>	+6,00
<b>4</b>	<b>Lieux de formation initiale</b>							
	Marseille	25	53,2	9	50	<b>34</b>	<b>52,3</b>	+3,2
	Montpellier	11	23,4	4	22,3	<b>15</b>	<b>23,1</b>	+1,1
	Autres	11	23,4	5	27,7	<b>16</b>	<b>24,6</b>	-4,3

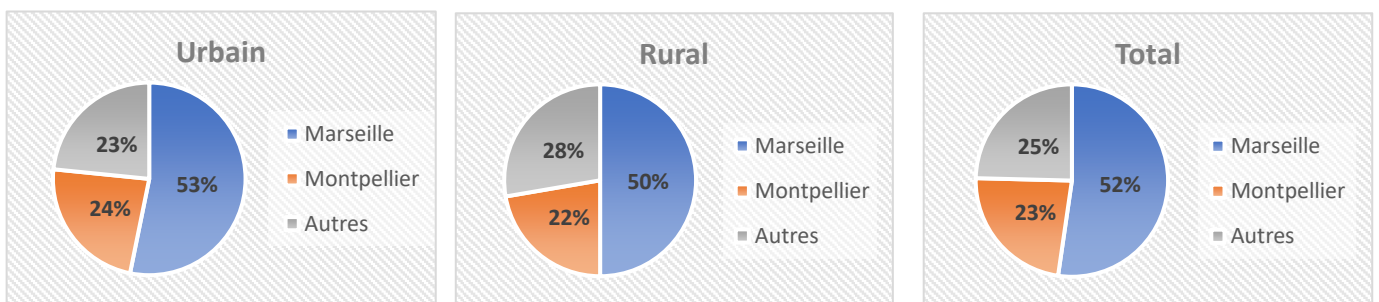


Figure 34 : Question n°4 - Répartition par lieu de formation initiale

Afin de mettre en relief les résultats observés par la suite, il nous a semblé pertinent de nous intéresser à la « **génération** » des pharmaciens titulaires (le contenu de la formation évoluant avec le temps), ainsi qu'à leur lieu de **formation initiale** (pour s'assurer de l'homogénéité de constitution de nos échantillons).

Il en résulte que leur année moyenne de diplôme est l'année **1997** (1998 pour le milieu urbain et 1992 pour le milieu rural). En moyenne, les pharmaciens de milieu rural ont été diplômés **moins récemment** que les pharmaciens de milieu urbain, ce qui semble cohérent avec la démographie observée précédemment.

Pour rappel, la formation aux premiers secours n'est devenue **obligatoire** dans la formation initiale que depuis l'**arrêté du 20 avril 2007**<sup>174</sup> (modifiant l'article 6 de l'arrêté du 17 juillet 1987 relatif au Diplôme d'État de Docteur en pharmacie<sup>175</sup>), soit **10 ans après** l'année moyenne d'obtention du diplôme des pharmaciens répondants à ce questionnaire.

Lors de la formation initiale de la plupart des pharmaciens ayant répondu à ce questionnaire, la formation au premier secours n'était donc **pas obligatoire** pour l'obtention de leur diplôme.

Pour ce qui est des lieux de formation initiale nous remarquons qu'environ :

- **Un pharmacien sur deux** a été formé à **Marseille**,
- **Un pharmacien sur quatre** a été formé à **Montpellier**,
- Un pharmacien **sur quatre** a été formé **dans une autre ville** telle que : Lyon et Grenoble (n = 3), Paris Descartes et Lille (n = 2), Angers, Bordeaux, Rouen, Clermont-Ferrand, Dijon, Amiens (n = 1).

Nous remarquons une répartition assez homogène entre le milieu rural et le milieu urbain.

Les pharmaciens titulaires interrogés ont été principalement formés **dans la région PACA** (à Marseille) ou à Montpellier, seul **un quart** d'entre eux a été formé dans une ville hors-région sud-est.

Une différence majeure entre les générations et le lieu de formation initiale aurait pu constituer un **biais d'échantillonnage**, mais l'**homogénéité** de ces données nous permet de l'exclure.

---

<sup>174</sup> Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques – Légifrance

<sup>175</sup> Arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie – Légifrance

**Question 5 : Dans quel département de la région PACA se situe votre officine ?**

Tableau 9 : Question n°5 - Répartition par département et par milieu d'exercice

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>5</b>	<b>Répartition par région</b>							
	04 – Alpes-De-Haute-Provence	1	2,1	3	16,7	4	6,1	-14,6
	05 – Hautes-Alpes	0	0	4	22,2	4	6,1	-22,2
	06 – Alpes-Maritimes	8	17	2	11,1	10	15,4	+5,9
	13 – Bouches-du-Rhône	17	36,2	5	27,8	22	33,9	+8,4
	83 – Var	8	17	2	11,1	10	15,4	+5,9
	84 – Vaucluse	13	27,7	2	11,1	15	23,1	+26,6

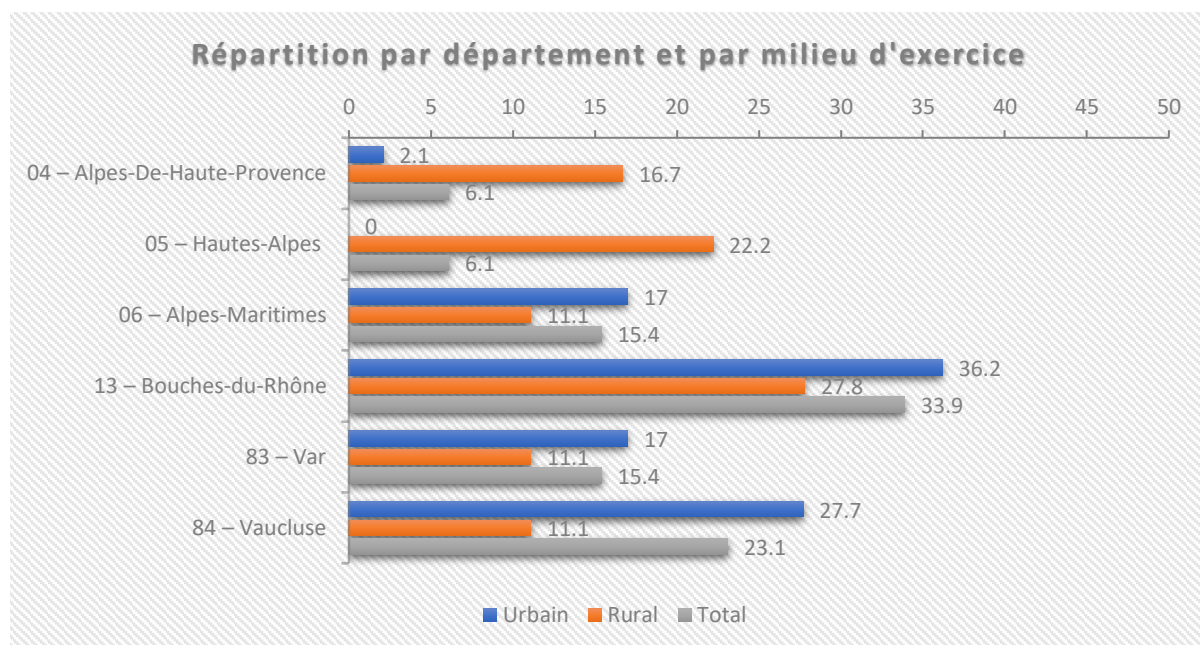


Figure 35 : Question n°5 - Répartition par région et par milieu d'exercice

Pour les deux questions suivantes, portant sur le lieu d'exercice des répondants nous avons décidé de nous appuyer uniquement sur le **département** et le **type de commune** (cf. Tableau 3 : Classification des communes de l'INSEE : région PACA [Source : Insee, Recensement de la population 2010]) afin de **garantir l'anonymat** et de constituer deux échantillons sur la base de critères sociodémographiques définis, à savoir le **degré de densité** des communes et les **aires d'influences des pôles d'emploi**.

Ainsi, nous observons que l'exercice est majoritairement **urbain** dans les Alpes-Maritimes (06), les Bouches-du-Rhône (13), le Var (83) et le Vaucluse (84), alors que celui-ci est principalement **rural** dans les Alpes-de-Haute-Provence (04) et les Hautes-Alpes (05).

Si nous croisons ces données avec le maillage territoriale de la région (cf. Figure 29 : Nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2020), nous pouvons remarquer que :

- Les Alpes-Maritimes (06), le Var (83) et le Vaucluse (84), le CNOP dénombre entre **32,9 et 35,9 officines** pour 100 000 habitants.
- Les Alpes-de-Haute-Provence (04), les Hautes-Alpes (05) et les Bouches-du-Rhône (13), le CNOP dénombre **plus de 35,9 officines** pour 100 000 habitants.

Exception faite des Bouches-du-Rhône (13), nous pouvons remarquer que les départements pour lesquels nous retrouvons un exercice majoritairement **urbain** se superposent avec les zones de plus **faible densité d'officine** par habitant et **inversement** pour l'exercice **rural**.



**Question 6 : Dans quel type de commune exercez-vous ?**

(Cf. Figure 30 : Typologie des communes de PACA selon leur densité et les aires d'influence des pôles emploi)

Tableau 10 : Question n°6 - Répartition par type de commune

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>6</b>	<b>Répartition par type de commune</b>							
	Commune urbaine dense (CUD)	16	24,6	-	-	16	24,6	-
	Commune urbaine intermédiaire (CUI)	23	35,4	-	-	23	35,4	-
	Commune périurbaine intermédiaire (CPI)	3	4,6	-	-	3	4,6	-
	Commune urbaine peu dense (CUPD)	5	7,7	-	-	5	7,7	-
	Grande commune rurale périurbaine (GCRP)	-	-	4	6,2	4	6,2	-
	Grande commune rurale isolée (GCRI)	-	-	8	12,3	8	12,3	-
	Petite commune rurale périurbaine (PCRP)	-	-	5	7,7	5	7,7	-
	Petite commune rurale isolée (PCRI)	-	-	1	1,5	1	1,5	-

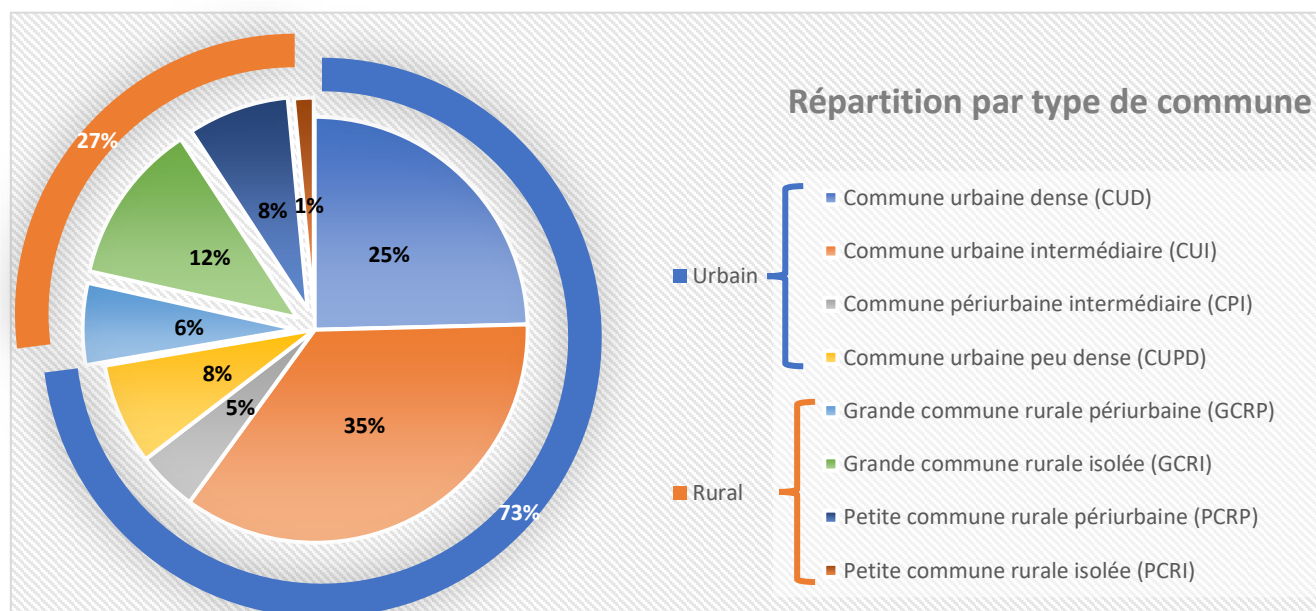


Figure 36 : Question n°6 - Répartition par type de commune

Afin de constituer nos deux groupes (Urbain et Rural), nous avons recueilli la **typologie des communes** dans lesquels se situent les officines.

Nous avons ensuite regroupé ces sous-groupes de la manière suivante :

- D'un côté le **groupe urbain** représenté par l'ensemble des :
  - Communes Urbaines Denses (CUD),
  - Communes Urbaines Intermédiaires (CUI),
  - Communes Périurbaines Intermédiaires (CPI),
  - Communes Urbaines Peu Denses (CUPD).
  
- De l'autre, le **groupe rural** représenté par l'ensemble des :
  - Grandes Communes Rurales Périurbaines (GCRP),
  - Grandes Communes Rurales Isolées (GCRI),
  - Petites Communes Rurales Périurbaines (PCRP),
  - Petites Communes Rurales Isolées (PCRI).

Nous pouvons noter que parmi les réponses **tous les sous-groupes** ont été représentés.

Ainsi constitués, les pharmaciens exerçant en **milieu urbain** représentent **72,3%** des réponses (n = 47) et ceux exerçant en **milieu rural** représentent **27,7%** des réponses (n = 18).

Bien que les communes rurales occupent plus des **trois quarts** du territoire de PACA, les pharmaciens y exerçant ne représentent qu'approximativement **un quart** des réponses.

**Question 7 : Dans quelle tranche de chiffre d'affaires annuel Hors Taxes se situe votre officine ?**

Tableau 11 : Question n°7 - Répartition par tranche de chiffre d'affaires

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
7	<b>Répartition par tranche de chiffre d'affaires annuel HT</b>							
	Inférieur à 1,1 millions d'euros	7	14,9	5	27,8	12	18,5	-12,9
	Entre 1,1 et 2,2 millions d'euros	30	63,8	9	50	39	60	+13,8
	Entre 2,2 et 2,6 millions d'euros	3	6,4	0	0	3	4,6	+6,4
	Entre 2,6 et 3,9 millions d'euros	4	8,5	4	22,2	8	12,3	-13,7
	Supérieur à 3,9 millions d'euros	3	6,4	0	0	3	4,6	+6,4

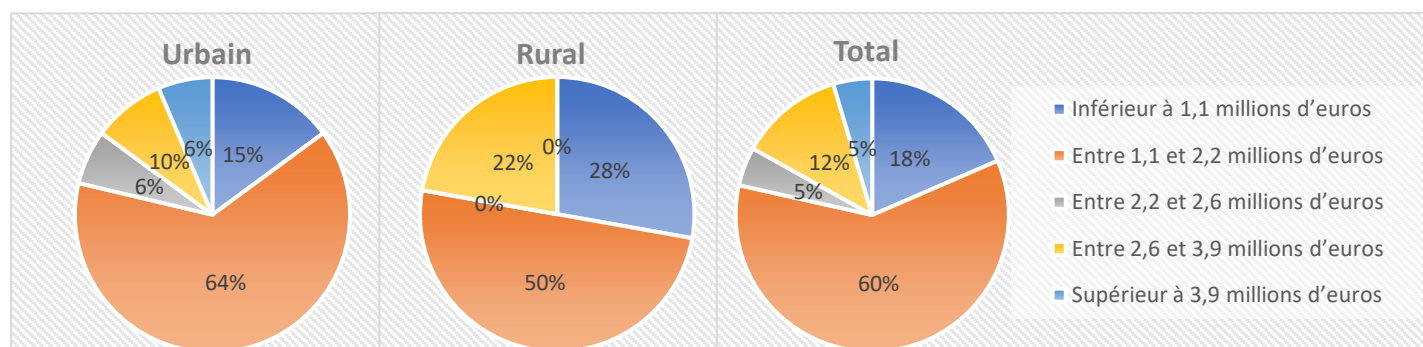


Figure 37 : Question n°7 : Répartition par tranche de chiffre d'affaires

Pour mieux caractériser les officines de chaque milieu, nous nous sommes ensuite intéressés à leur répartition par **tranche de chiffre d'affaires annuel Hors Taxes**.

Que ce soit pour le milieu urbain ou rural : environ **quatre officines sur cinq** possèdent un chiffre d'affaires annuel hors taxes **inférieur à 2,2 millions d'euros**, avec **plus de la moitié** des officines **entre 1,1 et 2,2 millions d'euros**.

Nous observons également qu'environ **deux fois plus** d'officines ont un chiffre d'affaires annuel hors taxe **inférieur à 1,1 million d'euros** en milieu **rural** qu'en milieu urbain.

Du point de vue du chiffre d'affaires, la répartition des officines est assez **hétérogène** d'un milieu à l'autre, bien qu'en dessous et au-delà de 2,2 millions d'euros nous distinguons bien **deux groupes** d'effectifs proportionnellement **égaux** (respectivement et en moyenne 78,5% et 21,5%).

De plus, nous constatons qu'il y a environ **deux fois plus** d'officines avec un chiffre d'affaires inférieur à 1,1 millions d'euros en milieu rural. Or, d'après l'ARS, **61% des fermetures** d'officines en 2020 touchaient des pharmacies avec un chiffre d'affaires **inférieur à 1 millions d'euros** (38% entre 1 millions et 500 000 euros)<sup>176</sup>.

---

<sup>176</sup> Typologie des fermetures en fonction du chiffre d'affaires en 2020, données ARS, Brochure démographie pharmaceutique 2020

**Question 8 : Parmi ces "nouvelles" missions, votre pharmacie est-elle impliquée dans :**

Tableau 12 : Question n°8 - Implication dans les nouvelles missions

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>8</b>	<b>Implication dans les nouvelles missions</b>							
	Vaccination antigrippale	44	93,6	17	94,4	61	93,8	-0,8
	Vaccination anti-covid-19	38	80,9	10	55,6	48	73,8	+25,3
	Entretien pharmaceutique	25	53,3	9	50	34	52,3	+3,3
	Bilan Partagé de Médication	18	38,3	9	50	27	41,5	-11,7
	Test Rapide d'Orientation Diagnostique	25	53,2	9	50	34	52,3	+3,2
	Test antigénique Covid-19	27	57,4	11	61,1	38	58,5	-3,7

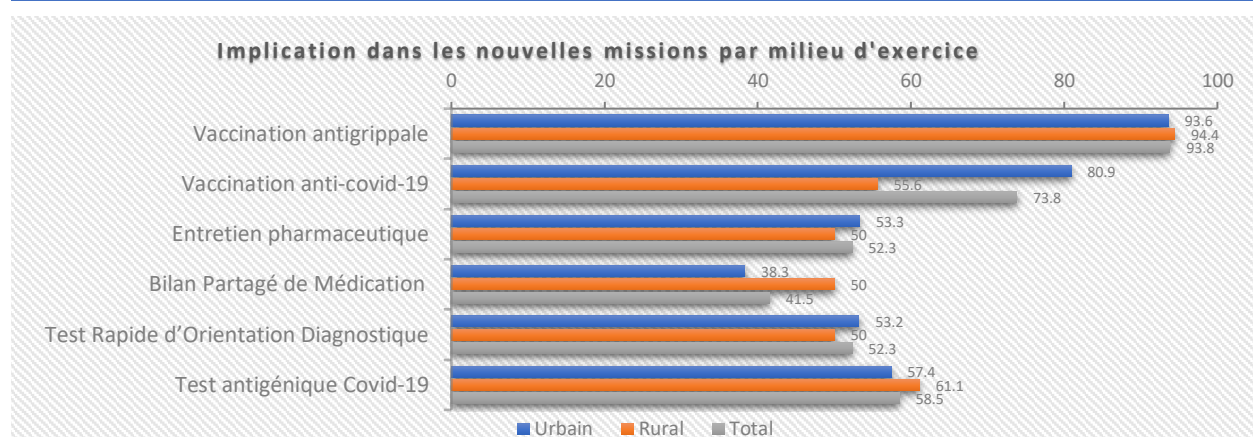


Figure 38 : Question n°8 - Implication dans les nouvelles missions par milieu d'exercice

**Questions 9, 10 et 11 : Combien d'employé(e)s compte votre officine ?**

**Combien de pharmaciens(ciennes) compte votre officine ? (Titulaires inclus)**

**Combien de préparateurs(trices) compte votre officine ? (Apprenti(e)s exclu(e)s)**

Tableau 13 : Questions n°9-10-11 - Composition de l'équipe officinale

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		m	σ	m	σ	m	σ	Δm
<b>9</b>	<b>Nombre d'employés par officine</b>							
	Moyenne	5,64	3,64	5,50	3,67	5,6	3,60	+0,14
<b>10</b>	<b>Nombre de pharmaciens par officine</b>							
	Moyenne	2,47	0,95	2,44	1,34	2,46	1,06	+0,03
<b>11</b>	<b>Nombre de préparateurs par officine</b>							
	Moyenne	3,21	2,03	2,94	2,16	3,14	2,05	+0,27

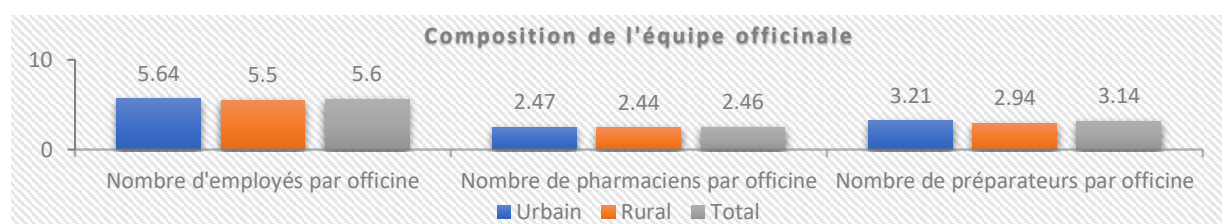


Figure 39 : Questions n°9-10-11 - Composition de l'équipe officinale

Dans cette question, nous souhaitons faire état de l'implication des officines dans les nouvelles missions et services proposés à l'officine.

Ce bilan reflète en partie le rôle de première ligne des officines, mais il est important de noter que la crise sanitaire par laquelle nous sommes passés a sans aucun doute fait évoluer les données depuis le traitement de ce sujet.

Néanmoins, nous pouvons souligner une certaine **homogénéité des pratiques** entre le milieu urbain et le milieu rural (variation inférieure à 4%). A l'exception toutefois de la vaccination anti-covid qui était en pleine évolution au moment de la publication de ce questionnaire et du Bilan Partagé de Médication qui semble plus développé en milieu rural qu'en milieu urbain.

Bien que les contraintes liées au maillage territorial et à l'environnement médical des officines soient différentes d'un milieu à l'autre, les services pharmaceutiques semblent se déployer assez indépendamment d'elles.

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'impact du milieu d'exercice sur la composition de l'équipe officinale.

En moyenne d'après les réponses, les équipes officinales sont composées de 5,6 employés avec 3,1 préparateurs pour 2,5 pharmaciens (soit 1 titulaire + 1,5 adjoints), indépendamment du milieu d'exercice.

D'après les données du CNOP en région PACA-Corse pour la section D, les officines compteraient en moyenne 1,34 adjoints.

Pour rappel, un titulaire n'est dans l'obligation de faire appel à au moins un pharmacien adjoint que lorsque son chiffre d'affaires annuel Hors Taxe est compris entre 1,3 et 2,6 millions d'euros (cf. PARTIE 1.I.2.c – Le pharmacien adjoint).

Les réponses ne montrent donc **pas de divergence** majeure dans la composition des équipes officinales entre le milieu urbain et le milieu rural.

**Questions 12 et 13 :**

*Avez-vous déjà été formé(e) aux premiers secours ?*

*A quand remonte votre dernière formation aux premiers secours ?*

Tableau 14 : Questions n°12-13 – Formation des pharmaciens titulaires aux premiers secours

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>12</b>	<b>Pharmaciens formés aux premiers secours</b>							
	Nombre	38	80,9	18	100	56	86,2	-19,1
<b>13</b>	<b>Temps écoulé depuis la dernière formation</b>							
	1 an (ou moins)	0	0	1	5,6	1	1,8	-5,6
	2 ans	3	7,9	2	11,1	5	8,9	-3,2
	3 ans	4	10,5	2	11,1	6	10,7	-0,6
	4 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Entre 4 et 8 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Plus de 8 ans	27	71	9	50	36	64,3	+21

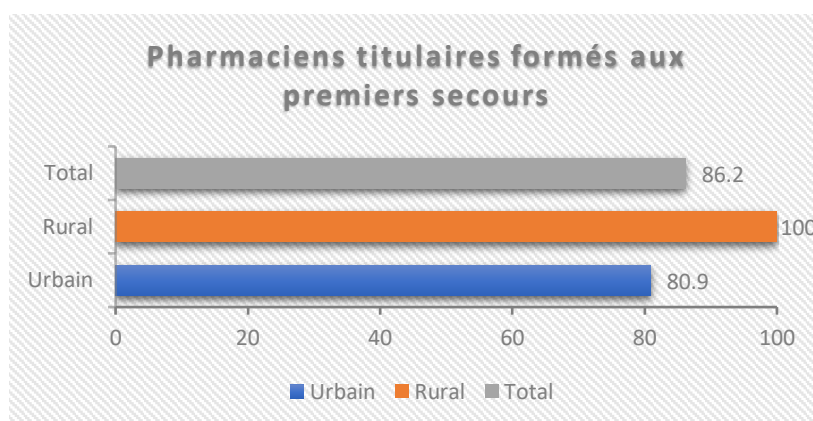


Figure 41 : Question n°12 - Pharmaciens titulaires formés aux premiers secours

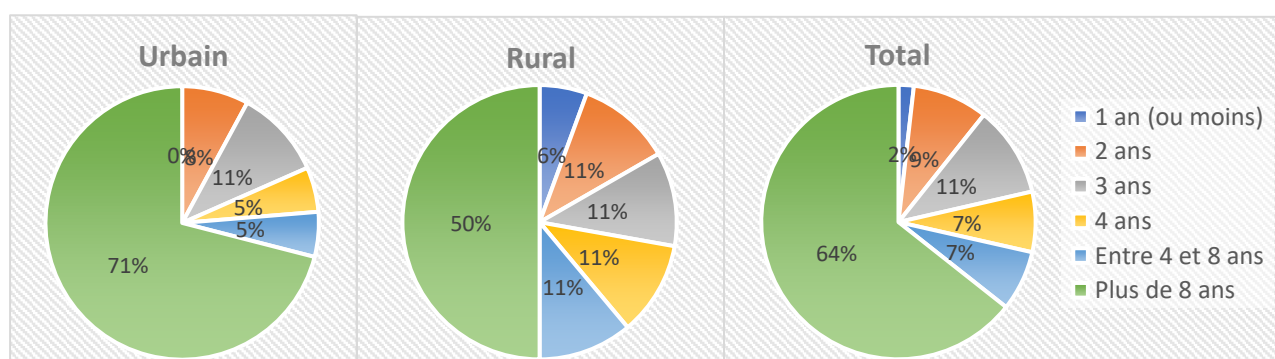


Figure 40 : Question n °13 - Temps écoulé depuis la dernière formation

### 3. Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19]

Dans cette partie, nous avons abordé la thématique générale de la formation aux premiers secours. Pour ce faire, nous nous sommes intéressés uniquement aux formations **complètes** (incluant théorie et pratique), **reconnues** et délivrées par des **organismes agréés**.

Par reconnues, nous considérons uniquement celles qui ont permis l'obtention d'un certificat reconnu tel que l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (**AFGSU**), le Brevet National de Secourisme (**BNS**) devenu Attestation de Formation aux Premiers Secours (**AFPS**) ou le diplôme de Prévention et Secours Civique (**PSC**)<sup>177</sup>.

En ce qui concerne les organismes agréés, ils doivent répondre à des critères de qualité stricts qui constituent les **normes minimales** à respecter. Ces organismes (et leurs formateurs habilités) répondent à l'**arrêté du 24 avril 2012** relatif au fonctionnement des Centres d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU)<sup>178</sup> qui découle de l'**article 3 du décret n°91-834 du 30 août 1991** relatif à la formation aux premiers secours<sup>179</sup>.

Il en résulte, concernant la formation des pharmaciens titulaires d'officines, qu'en moyenne :

- **86,2%** d'entre eux ont été **formés** aux premiers secours avec 80,9% exerçants en milieu urbain contre 100% en milieu rural ;
- **71,4%** d'entre eux ont une formation qui date de **plus de 4 ans**, soit 76,3% exerçants en milieu urbain et 61,1% en milieu rural.

Ce qui signifie d'une part, que les pharmaciens titulaires d'officines en milieu **urbain** sont proportionnellement **moins nombreux** à être formés aux premiers secours qu'en milieu rural (tous formés) ; d'autre part, que la formation des pharmaciens titulaires exerçant en milieu **urbain** est **moins régulièrement actualisée** que celle des pharmaciens titulaires exerçant en milieu rural.

---

<sup>177</sup> Arrêté du 23 août 2019 modifiant l'arrêté du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques de niveau 1 – Légifrance

<sup>178</sup> Arrêté du 24 avril 2012 relatif au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) – Légifrance

<sup>179</sup> Décret n°91-834 du 30 août 1991 relatif à la formation aux premiers secours – Légifrance



**Questions 12 et 13 :**

*Avez-vous déjà été formé(e) aux premiers secours ?*

*A quand remonte votre dernière formation aux premiers secours ?*

Tableau 15 : Questions n°12-13 – Formation des pharmaciens titulaires aux premiers secours

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>12</b>	<b>Pharmaciens formés aux premiers secours</b>							
	Nombre	38	80,9	18	100	56	86,2	-19,1
<b>13</b>	<b>Temps écoulé depuis la dernière formation</b>							
	1 an (ou moins)	0	0	1	5,6	1	1,8	-5,6
	2 ans	3	7,9	2	11,1	5	8,9	-3,2
	3 ans	4	10,5	2	11,1	6	10,7	-0,6
	4 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Entre 4 et 8 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Plus de 8 ans	27	71	9	50	36	64,3	+21

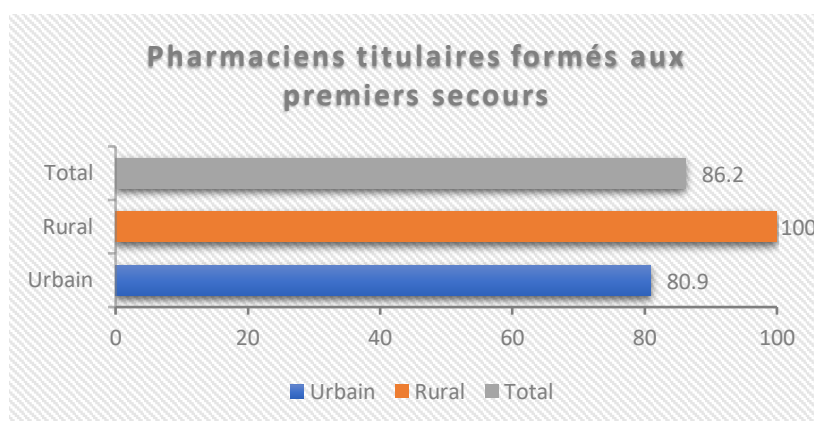


Figure 42 : Question n°12 - Pharmaciens titulaires formés aux premiers secours

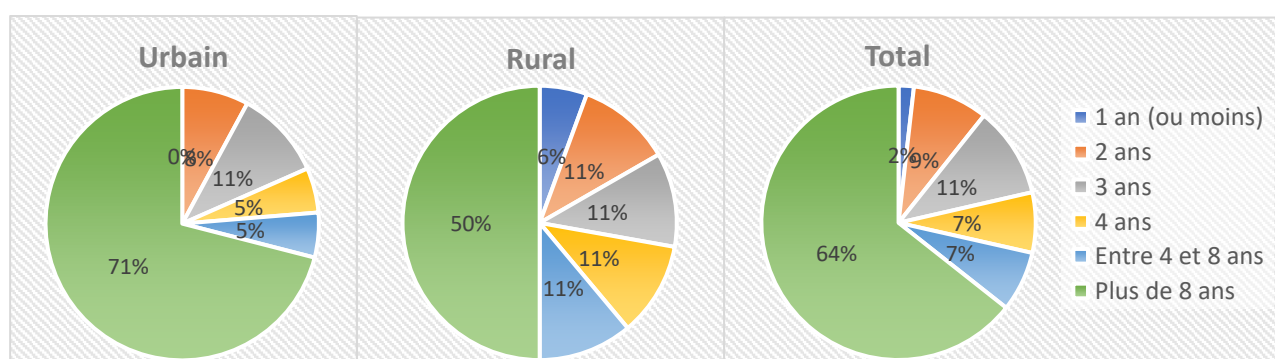


Figure 43 : Question n °13 - Temps écoulé depuis la dernière formation

A noter que la **durée de validité de 4 ans** de la formation aux premiers secours à destination des professionnels de santé (AFGSU niveau 2) est fixée par l'**article 5 de l'arrêté du 30 décembre 2014** relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence<sup>180</sup>, modifié par l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2019<sup>181</sup>.

En conséquence, si nous rapportons l'effectif de pharmaciens titulaires ayant une formation datant de moins de quatre ans à l'effectif total des répondants, seulement **24,6% des pharmaciens** titulaires d'officines ont une formation aux premiers secours **en cours de validité** (19,1% pour le milieu urbain et 38,9% pour le milieu rural, soit approximativement deux fois plus).

A noter par ailleurs qu'il est possible de **proroger** cette attestation pour une durée équivalente. Il suffit pour cela de suivre une **formation de sept heures** réalisées par un formateur habilité, portant sur l'**actualisation des connaissances** relatives aux gestes, à l'actualité scientifique et sanitaire des urgences collectives et situations sanitaires exceptionnelles (conformément à l'article 6 de l'arrêté du 24 avril 2012<sup>182</sup>). Néanmoins, en l'absence de « recyclage » et passé le délai de quatre ans, la formation initiale doit à nouveau être effectuée dans son intégralité.

En somme, si **bon nombre** de pharmaciens titulaires ont déjà **suivi une formation** aux premiers secours, **très peu** d'entre eux l'ont **renouvelée** ou **actualisée**. Néanmoins, nous pouvons noter que ceux exerçant en **milieu rural** témoignent d'un **meilleur taux de formations** (19,1% non-formés en milieu urbain, aucun en milieu rural) et d'un meilleur taux de formations **en cours de validité**.

---

<sup>180</sup> Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence – Légifrance

<sup>181</sup> Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence – Légifrance

<sup>182</sup> Arrêté du 24 avril 2012 relatif au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) – Légifrance

**Question 14 : Cette formation était dans le cadre de :**

Tableau 16 : Question n°14 - Cadre de la formation aux premiers secours

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>14</b>	<b>Cadre de la formation</b>							
	Formation initiale	19	50	7	38,9	26	46,4	+11,1
	Développement Professionnel Continu	6	15,8	3	16,7	9	16,1	-0,9
	Démarche personnelle	13	34,2	8	44,4	21	37,5	-10,2

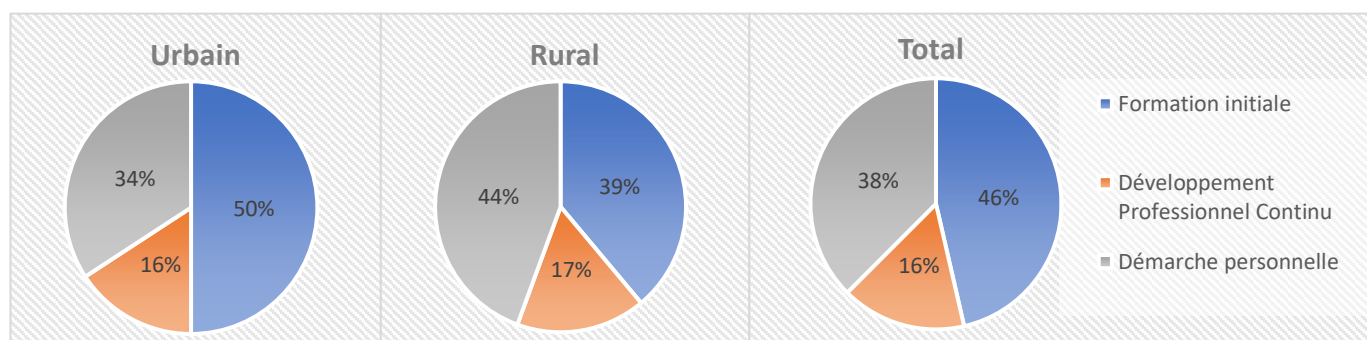


Figure 44 : Question n°14 - Cadre de la formation

Puis, nous nous sommes intéressés aux **modes de formation** des pharmaciens titulaires.

Il en ressort que leur formation a eu lieu dans le cadre :

- De la formation initiale pour **46,4 %** d'entre eux (50% exerçant en milieu urbain, 38,9% exerçant en milieu rural) ;
- Du Développement Professionnel Continue (DPC) pour **16,1 %** d'entre eux (15,8% exerçant en milieu urbain et 16,7% en milieu rural) ;
- D'une démarche personnelle pour **37,5%** d'entre eux (34,2% exerçant en milieu urbain et 44,4% exerçant en milieu rural).

A savoir que depuis 2010, l'obtention de l'AFGSU est obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en pharmacie (circulaire du 27 mai 2010<sup>183</sup>). Par ailleurs, le prix des formations d'AFGSU de niveau 2 varie en moyenne entre 190 et 500 euros ou entre 80 et 200 euros pour le recyclage, mais qu'il est aussi possible de bénéficier de dispositifs d'aides au financement (par le Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux (FIF PL), par exemple) dès lors que la formation est réalisée par un organisme certifié par Qualiopi.

Bien que l'AFGSU ne fût pas encore obligatoire lors de la **formation initiale** de la majorité des répondants, elle représente une **part majeure** des modes de formation aux premiers secours. Même si elle a été intégrée pendant plusieurs années dans les orientations prioritaires du DPC (jusqu'en 2017), c'est plutôt par une **démarche personnelle** que les pharmaciens se sont majoritairement formés (surtout en milieu rural).

---

<sup>183</sup> Circulaire n°DGOS/DGS/RH1/MC/2010/173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé

Questions 15, 16, 17 et 18 :

*Au sein de votre officine, d'autres personnes sont-elles formées aux premiers secours ? Combien sont-ils à y être formés ? Parmi eux, combien de préparateurs(trices) sont concerné(e)s ? Parmi eux, combien de pharmacien(nes) sont concerné(e)s ?*

Tableau 17 : Questions n°15-16-17-18 - Autres personnels de l'équipe formés aux premiers secours

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n / m	% / σ	n / m	% / σ	n / m	% / σ	
<b>15</b>	<b>Autre personnel de l'équipe formé</b>							
	Oui	28	59,6	12	66,7	<b>40</b>	<b>61,5</b>	-7,1
<b>16</b>	Effectif moyen de personnels formés par officine	2,43	1,7	3,17	2,3	<b>2,65</b>	<b>1,79</b>	-0,6
<b>17</b>	Effectif moyen de préparateurs formés par officine	0,96	1	1,33	1,2	<b>1,08</b>	<b>1,16</b>	-0,2
<b>18</b>	Effectif moyen de pharmaciens formés par officine	1,36	1	1,83	1,5	<b>1,50</b>	<b>1,18</b>	-0,5

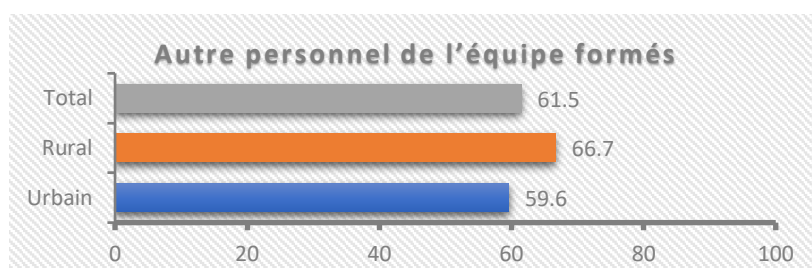


Figure 45 : Question n°15 - Autres personnels de l'équipe formés

Tableau 18 : Questions n°15-16-17-18 - Répartition par profession

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
	<b>Répartition par profession :</b>	28	59,6	12	66,7	<b>40</b>	<b>61,5</b>	-7,1
	Pharmacien(s) et préparateur(s)	13	46,4	7	58,3	<b>20</b>	<b>50,0</b>	-11,9
	Pharmacien(s) uniquement	11	39,3	4	33,3	<b>15</b>	<b>37,8</b>	+6
	Préparateur(s) uniquement	4	14,3	1	8,3	<b>5</b>	<b>12,5</b>	+6

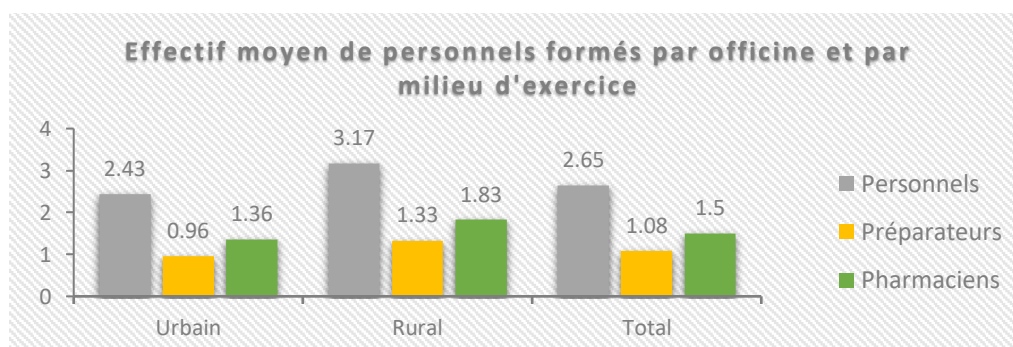


Figure 46 : Questions n°16-17-18 : Nombre moyen de pharmaciens/préparateurs formés par officine

Nous nous sommes ensuite intéressés à la formation des **membres de l'équipe officinale**.

Parmi les pharmaciens titulaires d'officines, **61,5%** disposent d'**au moins une personne** formée dans leur équipe (59,6% du côté urbain et 66,7% du côté rural).

En moyenne, nous retrouvons, **1,08 préparateurs** formés aux premiers secours (0,96 coté urbain et 1,33 coté rural) pour **1,5 pharmaciens** employés (1,36 coté urbain et 1,86 coté rural).

Si nous nous intéressons plus en détail à la répartition des données, nous pouvons relever que dans :

- **50%** des cas, au moins **un préparateur et un pharmacien** sont formés aux premiers secours (46,4% en milieu urbain, 58,3% en milieu rural).

Dans ces cas, 60% ont une formation de moins de quatre ans (61,5% en milieu urbain, 57,1% en milieu rural).

- **37,5%** des cas, **seul(s) le(s) pharmacien(s)** employé(s) est(ont) formé(s) aux premiers secours (39,3% en milieu urbain, 33,3% en milieu rural).

Dans ces cas, 33% ont une formation de moins de quatre ans (39,3% en milieu urbain, 25% en milieu rural).

- **12,5%** des cas, **seul(s) le(s) préparateur(s)** de l'équipe est(ont) formé(s) aux premiers secours (14,3% en milieu urbain, 8,3% en milieu rural).

Dans ces cas, 40% ont une formation de moins de quatre ans (25% en milieu urbain, 100% en milieu rural).

A noter que sur l'ensemble des réponses, **sept pharmacies** (de milieu urbain) ne rapportent **aucun professionnel formé** aux premiers secours (ni pharmacien, ni préparateur) **soit 10,7%** des répondants, et **deux pharmacies** (de milieu urbain) possèdent, **à défaut du pharmacien titulaire**, un ou deux employés formés aux premiers secours, **soit 3,1%**.

Nous relevons également que pour douze pharmacies de milieu urbain (25,5%) et six pharmacies de milieu rural (33,3%), **seul le pharmacien titulaire** est formé. De plus, pour **la plupart** d'entre eux (n = 14), la formation remonte à **plus de huit ans**, **deux** d'entre eux ont une formation qui remonte **entre quatre et huit ans**, et seulement **deux** (de milieu rural) ont une formation de **moins de quatre ans**.

**Question 19 : Parmi eux, à quand remonte la formation la plus récente ?**

Tableau 19 : Question n°19 - Temps écoulé depuis la dernière formation

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>19</b>	<b>Temps écoulé depuis la dernière formation du personnel</b>							
	1 an (ou moins)	1	3,6	1	8,3	2	5	-4,7
	2 ans	2	7,1	3	25	5	12,5	-17,9
	3 ans	5	17,9	1	8,3	6	15	+9,6
	4 ans	5	17,9	1	8,3	6	15	+9,6
	Entre 4 et 8 ans	10	35,7	2	17,7	13	30	+18,0
	Plus de 8 ans	5	17,9	4	33,3	9	22,5	-15,4

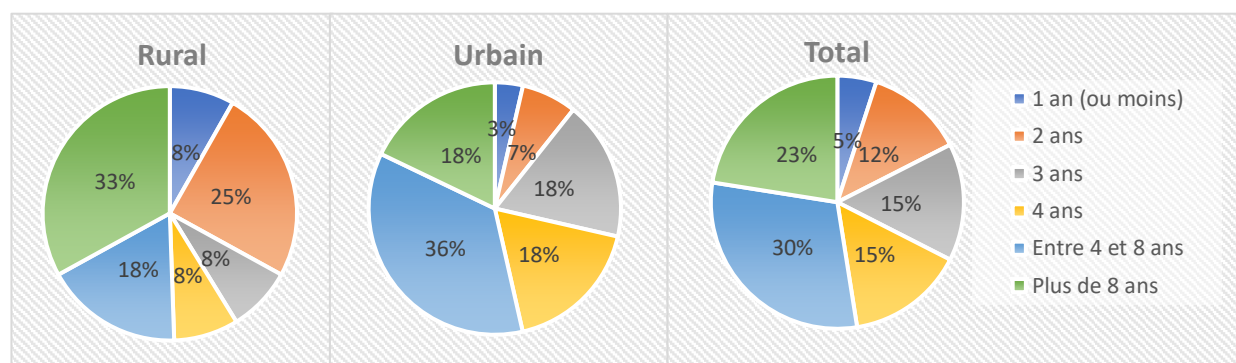


Figure 47 : Question n°19 - Temps écoulé depuis la dernière formation

De manière plus globale, nous pouvons souligner qu'en moyenne **52,5%** des **formations du personnel** remontent à **plus de quatre ans** (52,6% en milieu urbain et 51% en milieu rural) contre **71,4%** pour les **pharmaciens titulaires** (76,3% exerçants en milieu urbain et 61,1% exerçants en milieu rural).

Ce qui signifie que dans le cas où l'équipe officinale compte des personnels formés aux premiers secours, leur formation est généralement **plus récente** que celle du pharmacien titulaire.

D'après ces résultats, il ressort que dans **plus de la moitié** des officines, **au moins un membre** de l'équipe (titulaire exclu) est formé aux premiers secours.

Pour la majeure partie d'entre-elles, il s'agit d'au moins **un pharmacien et d'un préparateur**, sinon du (ou des) pharmacien(s) uniquement et plus rarement du (ou des) préparateur(s) employés uniquement.

Les équipes dont un membre est formé aux premiers secours présentent un taux de formation **en cours de validité** (de moins de quatre ans) **plus important** que celui des titulaires.

Il semble important de noter par ailleurs que dans un peu **plus d'un cas sur dix**, **aucun membre** de l'équipe officinale (y compris le titulaire) n'est formé aux premiers secours.



Questions 20 à 41 : Concernant la fréquence et votre niveau de préparation à prendre en charge des :

- **Plaies**
  - Plaie simple (sans facteur de gravité)
  - Plaie grave (avec facteur de gravité)
- **Brûlures**, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?
  - Brûlure simple : du 1er ou 2ème degré sans facteur de gravité
  - Brûlure grave : 2ème degré avec facteur de gravité ou 3ème degré
- **Saignements :**
  - Saignement simple : de faible intensité et pouvant s'arrêter spontanément (coupure superficielle, épistaxis, etc.)
  - Saignement chez un patient sous anticoagulant (AVK, AOD, ...) ou présentant des troubles de l'hémostase
  - Saignement grave : hémorragie externe, extériorisée (par un orifice naturel) ou interne
- **Traumatismes**
  - Musculaire : contusion, élongation, claquage, déchirure, etc.
  - Articulaire : entorse, luxation, etc.
  - Osseux au niveau des membres supérieurs ou inférieurs
  - Osseux au niveau du rachis ou de la tête
- **Urgences contraceptives :**
  - Pour un défaut d'usage de sa méthode contraceptive : oubli de prise de sa contraception orale, oubli ou perte de son patch ou de son anneau contraceptif, etc.
  - Pour une demande de contraception d'urgence
- **Détresses cardio-vasculaires :**
  - Malaise cardiaque (bradycardie, tachycardie, arythmie, etc.)
  - Crise hypotensive (malaise vagal) ou hypertensive
  - Angine de poitrine (crise d'angor stable)
  - Crise cardiaque (arrêt circulatoire, Infarctus Du Myocarde (IDM), etc.)
- **Détresses respiratoires**, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?
  - Obstruction des voies aériennes (étouffement, fausse route, ...)
  - Crise d'asthme aiguë grave
- **Détresses neuro-psychiatriques :**
  - Malaise (Personne consciente qui ressent une sensation pénible, désagréable et inhabituelle)
  - Perte de connaissance
  - Crise d'épilepsie
- **Détresses métaboliques :**
  - Déshydratation
  - Hypoglycémie
- **Intoxications :**
  - Alimentaire par champignons
  - Médicamenteuse involontaire avec les médicaments à marges thérapeutiques étroites
  - Gazeuse par le monoxyde de carbone (CO)
- **Chocs allergiques :** Œdème de Quincke et choc anaphylactique

#### 4. Premiers secours dans la pratique officinale : évaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41]

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés en pratique à la prise en charge des premiers secours à l'officine.

Pour cela, nous avons interrogé l'ensemble des pharmaciens sur une liste **non-exhaustive** mais volontairement diversifiée de situations (présentées ci-contre) auxquels ils peuvent-être (ou ont déjà été) confrontés dans leur pratique.

Pour chacune de ces situations, les pharmaciens ont été questionnés sur la **Fréquence d'Exposition (FE)** allant de "**jamais**" à "**très souvent**", puis sur le **Niveau De Préparation (NDP)** allant de "**pas du tout préparé**" à "**très bien préparé**" pour prendre en charge ces situations.

Sur la base d'une auto-évaluation pour ces deux critères nous avons utilisé respectivement deux échelles :

- Pour la **Fréquence d'Exposition (FE)** :

0	1	2	3	4
Jamais	C'est déjà arrivé	Parfois	Souvent	Très souvent

- Pour le **Niveau De Préparation (NDP)** :

0	1	2	3	4
Pas du tout préparé	Pas suffisamment préparé	Moyennement préparé	Suffisamment préparé	Très bien préparé

L'ensemble des situations évoquées s'accompagnaient de **précisions, de définitions ou d'exemples** pour limiter les **biais d'interprétation**. Ces éléments sont consultables en détail dans le questionnaire original présenté en annexe.

A des fins de simplification et de lisibilité, les données recueillies seront présentées selon **deux graphiques** (les tableaux de valeurs sont disponibles en annexe) :

- Le premier qui représente la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens ;
- Le deuxième qui représente la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens entre milieu urbain et rural.

Tableau 20 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

**French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage**

**DESCRIPTION GENERALE DES TRIS**

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

Enfin, pour apprécier le **degré de « risque »** lié à la prise en charge d'une situation, nous avons analysé chacune d'entre elle en nous appuyant sur l'échelle « FRENCH »<sup>184</sup> (pour « French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage ») qui est l'échelle de tri élaborée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et utilisée par les urgences hospitalières françaises.

Cette échelle (présentée ci-contre), a été créée à destination des Infirmiers d'Orientation et d'Accueil (IOA). Elle classe les tris de **1 à 5** (du plus urgent au moins urgent) en fonction du pronostic et de la complexité/ sévérité des motifs de recours aux soins. Le tri 3 étant subdivisé en deux niveaux selon que le patient ait une (des) comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours aux soins ou qu'il ait été adressé par un médecin (3A) ou pas (3B), le premier conférant une priorité par rapport au deuxième.

Ainsi, pour chaque motif de recours aux urgences correspond un niveau de Tri médian (*a priori*) défini par un consensus d'experts.

Ce tri est ensuite ajusté à l'aide de divers « modulateurs de tri », recueillis par l'IOA pendant l'examen clinique tels que : les paramètres vitaux, les données circonstancielles, les facteurs déclenchants, le/les mécanisme(s) de survenu, ou les comorbidités. Ces éléments vont permettre d'affiner le niveau de tri (*a posteriori*) qui sera alors égal, inférieur ou supérieur au premier tri.

---

<sup>184</sup> Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. Disponible sur : [https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm u/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref\\_id/39](https://www.sfm.u.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm u/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref_id/39)

## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

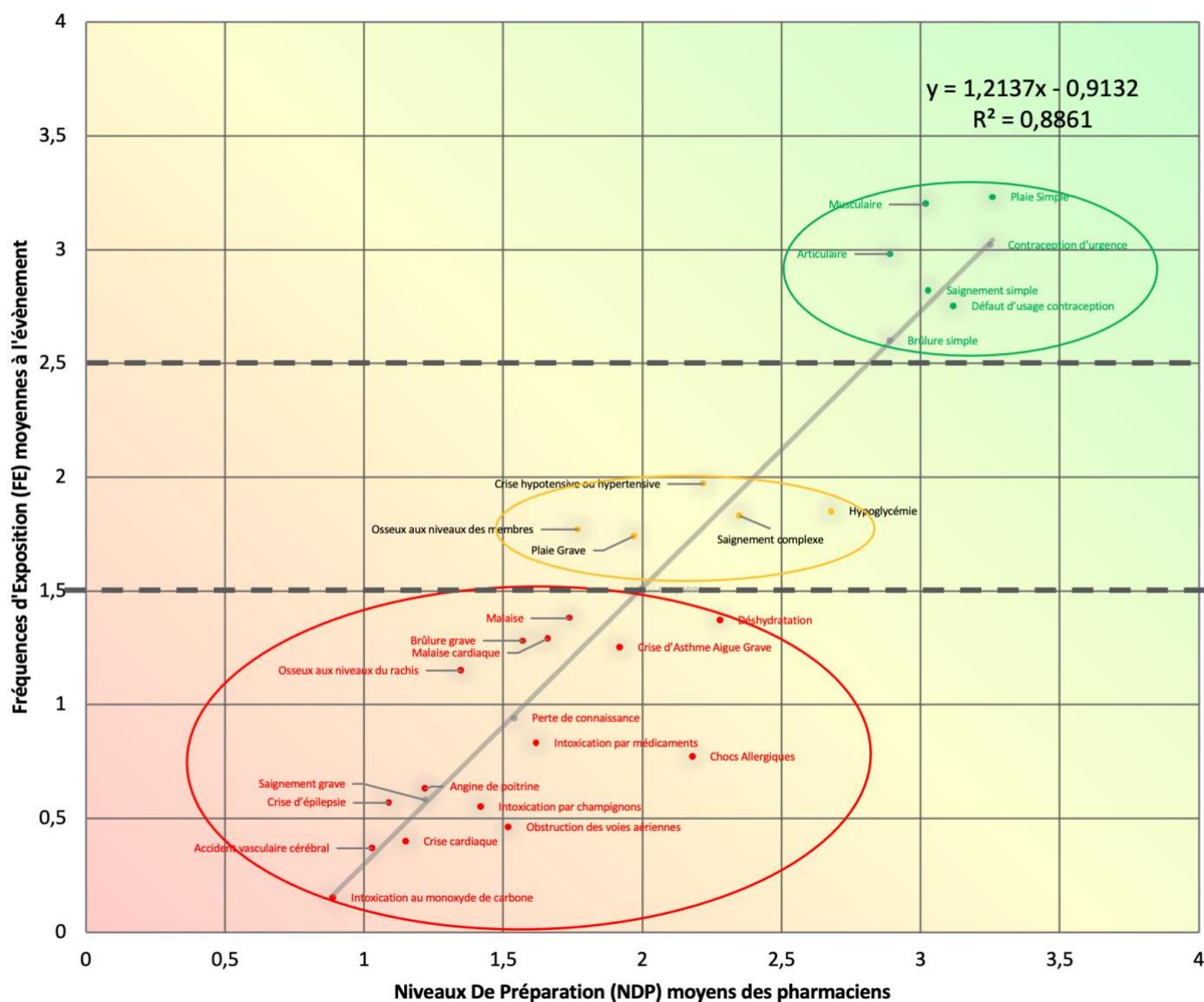


Figure 48 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 21 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

a. *FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens*

Sur cette première représentation, nous avons illustré pour chaque situation la **FE moyenne en fonction du NDP moyen** de l'ensemble des pharmaciens ayant répondu au questionnaire.

Ne sont représentés ici que les résultats de l'**ensemble des participants**, ceux des sous-groupes urbains et ruraux seront présentés par la suite.

Nous retrouvons aussi modélisé sur cette représentation un fond dégradé **du rouge au vert**, en passant par le jaune, **proportionnellement à la FE et au NDP**. De plus, nous avons délimité par des **cercles de couleurs** les situations selon trois groupes (rouge, jaune et vert) d'après leur position dans des **zones de FE croissantes** (FE inférieure à 1,5, comprise entre 1,5 et 2,5 ou supérieure à 2,5).

Ainsi représenté, nous avons commencé par vérifier s'il existait une corrélation entre la FE et le NDP. Pour ce faire, nous avons utilisé le test par rang du Rhô de Spearman. Appliqué à notre population générale, il confirme que la **FE et le NDP sont significativement corrélés** ( $\rho = 6.10^{-14}$ ). Le même constat étant fait en milieu urbain ( $\rho = 2.10^{-12}$ ) et rural ( $\rho = 2.10^{-16}$ ), non représentés ici.

Ce qui signifie que le NDP augmente avec la FE et qu'à l'inverse, le NDP sera d'autant plus faible que la FE diminuera.

En d'autres termes :

⇒ Les pharmaciens sont mieux préparés aux situations fréquentes.

Si nous nous intéressons en détail aux événements dont la FE moyenne est centrée ou supérieure à « **souvent** » (en vert), soit une moyenne **supérieure à 2,5**, nous retrouvons par ordre décroissant de FE les :

*Plaies simples > Traumatismes musculaires > Demandes de contraception d'urgence  
> Traumatismes articulaires > Saignements simples > Défauts d'usages de méthodes  
contraceptives > Brulures simples.*

Nous remarquons qu'il s'agit principalement d'événements qui impliquent une prise en charge relativement « **simple** » ne nécessitant **pas systématiquement** une consultation médicale en urgence. En effet, d'après l'échelle FRENCH, il s'agit principalement de situations de niveau 4 (Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable) ou de niveau 5 (Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente), pour lesquelles il n'y a **pas nécessairement de risques d'aggravation** et qui nécessitent parfois un acte thérapeutique et/ou diagnostic limité, sinon aucun des deux.

## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

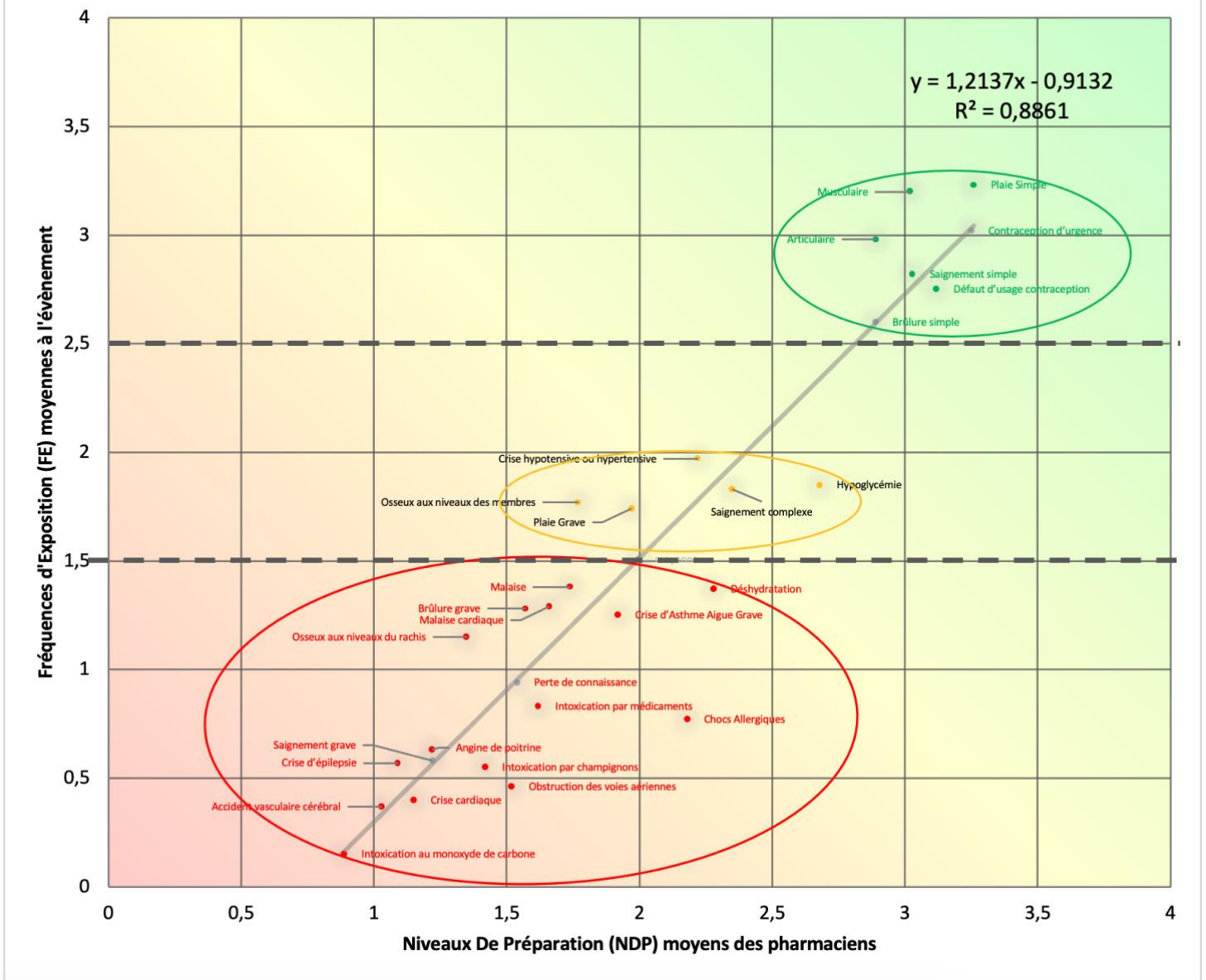


Figure 49 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 22 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

A noter, les exceptions suivantes :

- La demande de contraception d'urgence pour laquelle le risque de grossesse non prévue augmente avec le temps de prise en charge et peut-être pris en charge directement par le pharmacien avec la dispensation d'une contraception d'urgence hormonale.
- Le défaut d'usage de méthodes contraceptives pour lequel le risque de grossesse non prévue et le risque de contracter une infection sexuellement transmissible nécessite une évaluation et une prise en charge médicale rapide.

Si nous regardons maintenant les **NDP moyens** à ces événements fréquents, nous pouvons noter qu'ils sont tous compris **entre 2,89** (*Brûlure simple et traumatisme articulaire*) **et 3,26** (*Plaie simple*) avec une moyenne **égale à 3,1**. Donc pour l'ensemble de ces événements, et en moyenne, les pharmaciens s'estiment « **suffisamment préparés** ».

Les situations les **plus fréquentes** à l'officine sont des situations qui présentent un faible risque pour le patient, elles n'impliquent pas nécessairement d'interventions médicales et **les pharmaciens se sentent suffisamment préparés** pour les prendre en charge. Dans ces cas, ils sont d'ailleurs bien souvent les **premiers et les seuls** acteurs de la prise en charge. Néanmoins, cela **n'exclut pas** et ne doit pas exclure, **ni retarder, la consultation médicale** lorsqu'elle est nécessaire (par exemple, en cas de défaut d'usage de méthodes contraceptives), devant les risques propres à chaque situation.

⇒ Les pharmaciens sont **moins bien préparés** aux situations **rare**s.

Une nouvelle fois, si nous nous intéressons en détail aux événements dont la FE moyenne est centrée ou inférieure à « **c'est déjà arrivé** » (en rouge), soit une moyenne **inférieure à 1,5**, nous retrouvons, toujours par ordre décroissant de FE :

*Malaise > Déshydratation > Malaise cardiaque > Brûlure grave > Crise d'Asthme Aigue Grave > Traumatisme osseux au niveau du rachis > Perte de connaissance > Intoxication médicamenteuse involontaire > Choc Allergique > Angine de poitrine > Saignement grave > Crise d'épilepsie > Intoxication par champignons > Obstruction des voies aériennes > Crise cardiaque > Accident vasculaire cérébral > Intoxication au monoxyde de carbone.*

Nous remarquons dans ce cas qu'il s'agit principalement d'événements **graves** qui nécessitent **systématiquement** un avis, une consultation, si ce n'est une intervention médicale en urgence.



## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

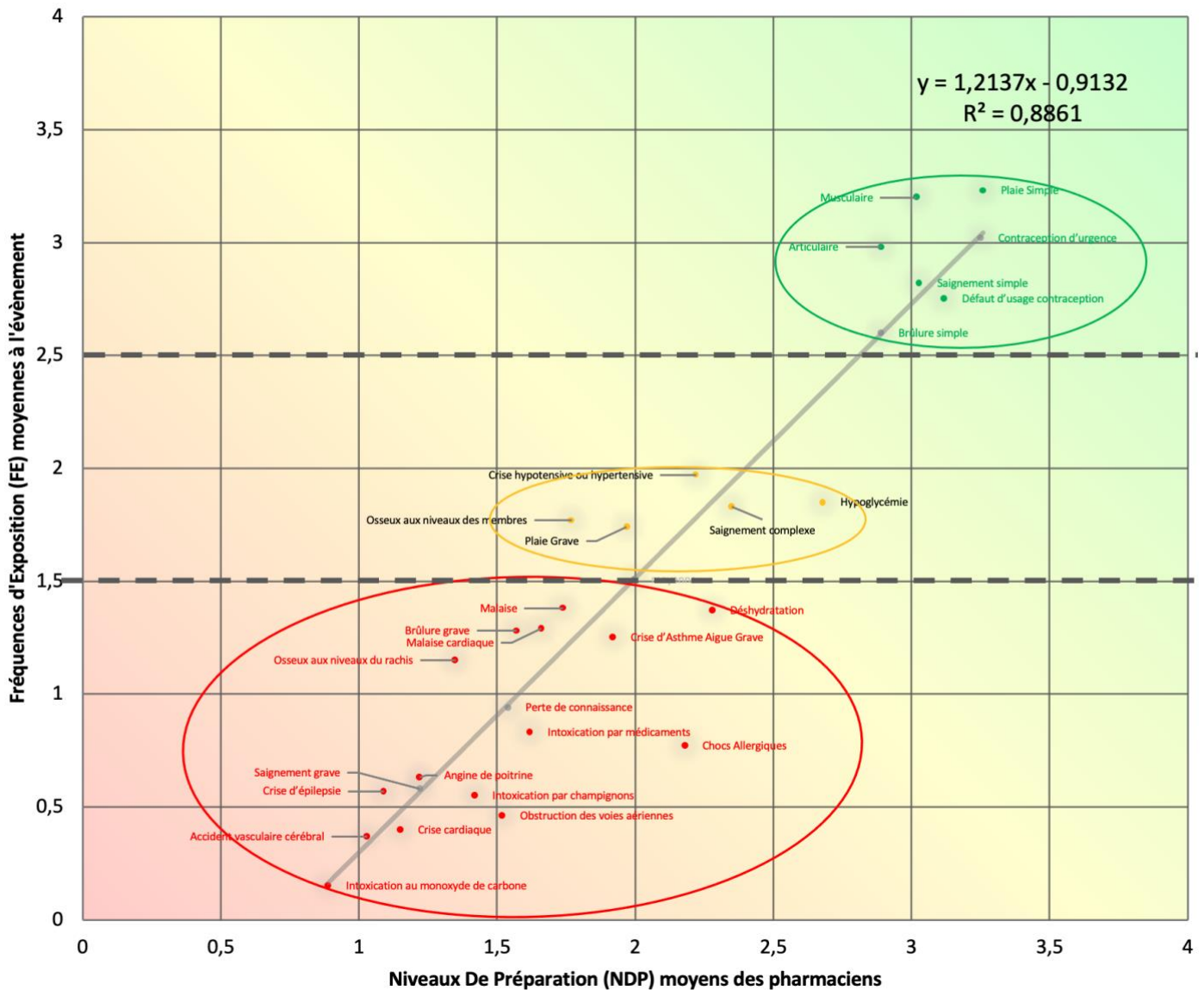


Figure 50 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 23 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

En effet, d'après l'échelle FRENCH, il s'agit principalement de situations de niveau 1, 2 ou au mieux de niveau 3 qui présentent respectivement une perte de chance majeure, importante ou modérée en cas d'attente.

De plus, si nous regardons les NDP moyens pour ces situations, ils sont compris **entre 2,28** (Déshydratation) **et 0,89** (Intoxication au monoxyde de carbone) avec une moyenne **égale à 1,5**. Donc pour ces événements les pharmaciens s'estiment plutôt « **moyennement** » sinon « **pas suffisamment préparés** » à leur prise en charge.

Bien qu'elles soient **plus rares**, certaines situations rencontrées à l'officine peuvent être **graves** jusqu'à mettre en jeu le **pronostic vital** du patient. L'intervention du pharmacien dans ces situations est celle du **premier maillon** de la chaîne des secours. Elle doit permettre de faire **gagner du temps** au secours et au patient par un déclenchement rapide de l'alerte et la mise en place de gestes d'urgences adaptés et efficaces sur la base des indications du SAMU. Néanmoins, pour ces situations les pharmaciens estiment être « moyennement » ou « pas suffisamment préparés ».

⇒ Les pharmaciens sont **moyennement** préparés aux situations de FE **moyennes**.

Si nous prêtons enfin attention au détail des événements dont la FE moyenne est située autour de « **Parfois** » (en orange), soit une FE comprise **entre 2,5 et 1,5** (zone entre les tirets blancs), nous retrouvons toujours par ordre décroissant de FE les :

*Crise hypotensive ou hypertensive > Hypoglycémie > Saignement complexe > Traumatisme osseux au niveau des membres > Plaie Grave*

**A l'inverse** des événements fréquents qui présentent peu de risque d'aggravation (surtout s'ils sont pris en charge par des pharmaciens « suffisamment préparés »), ces événements moins fréquents **nécessitent** un avis, une consultation ou une prise en charge médicale en urgence. En effet, d'après l'échelle FRENCH, ces situations correspondent à des niveaux intermédiaires (principalement 3A ou 3B sinon 4) *a priori*, qui peuvent rapidement être réévalués à des niveaux de risque plus importants (niveau 2), *a posteriori*. De fait, ce sont des situations qui, d'après cette même échelle, nécessitent une « évaluation diagnostique et pronostic en complément d'un traitement ».

## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

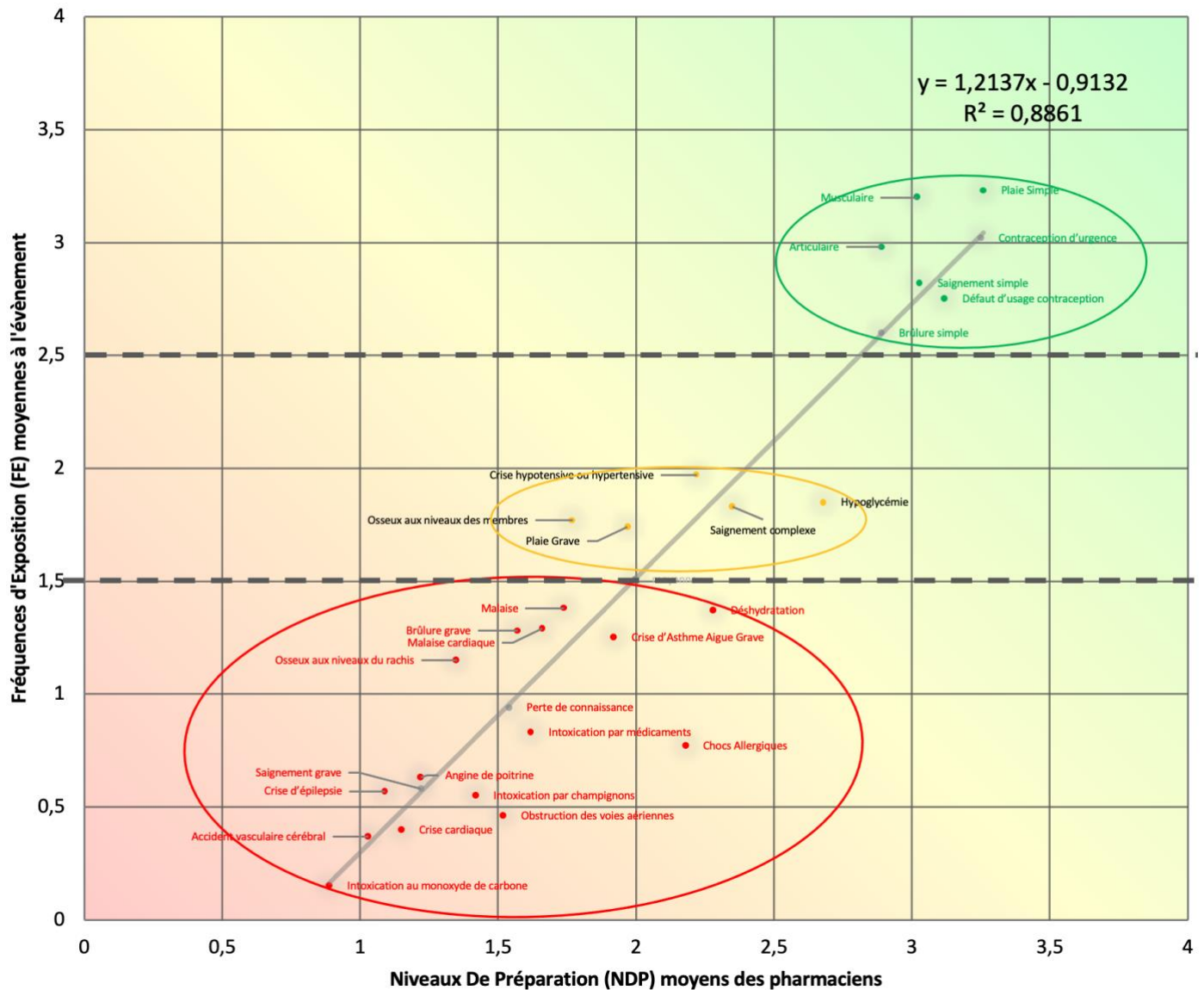


Figure 51 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 24 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

De plus, pour prendre en charge ces situations, les pharmaciens s'estiment « **moyennement préparés** » (NDP moyen égal à **2,2**) avec un NDP compris **entre 1,77** (Traumatisme osseux) **et 2,68** (Hypoglycémie), ce qui les rends d'autant plus à risque.

La FE moyenne et le NDP moyen retiennent d'autant plus notre attention que la perte de chance en cas d'attente et le risque d'aggravation peuvent être assez rapidement importants en l'absence d'une prise en charge adaptée.

Certaines situations ne sont **pas si rarement** rencontrées à l'officine. Les risques liés à celles-ci impliquent de **savoir réagir** quand nous y sommes confrontés. Alors que la **perte de chance en cas d'attente** et le **risque d'aggravation** peuvent être rapidement majorés en l'absence de prise en charge adaptée, les pharmaciens estiment pourtant n'y être que « **moyennement préparés** ».

⇒ Qu'en est-il du NDP moyen minimal des pharmaciens ?

D'après l'équation de la droite de régression nous pouvons déduire l'abscisse à l'origine. Égale à 0,75, elle nous indique que pour un événement qui n'arriverait quasiment **jamais** (FE tendant vers 0), les pharmaciens se sentiraient malgré tout un **minimum préparé** (bien qu'insuffisamment).

Si les pharmaciens ne s'estiment pas prêts à prendre en charge **toutes les situations** qui peuvent se présenter à l'officine, ils y semblent, malgré tout, un **minimum préparés** (bien que de manière « insuffisante »).

⇒ Qu'en est-il des points éloignés de la droite de régression ?

Nous pouvons remarquer que certains points **s'éloignent** de la droite de régression.

Pour ces situations, notamment celles dont le point s'éloigne en dessous de la droite de régression et vers la droite, le NDP des pharmaciens **s'améliore** tout en étant moins influencé par la FE.

C'est le cas, par exemple, du choc allergique dont la FE est faible (0,77) et le NDP (égal à 2,2) est plus important que celui auquel nous aurions pu nous attendre d'après la droite de régression (NDP moyen calculé égal à 1,5).

## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

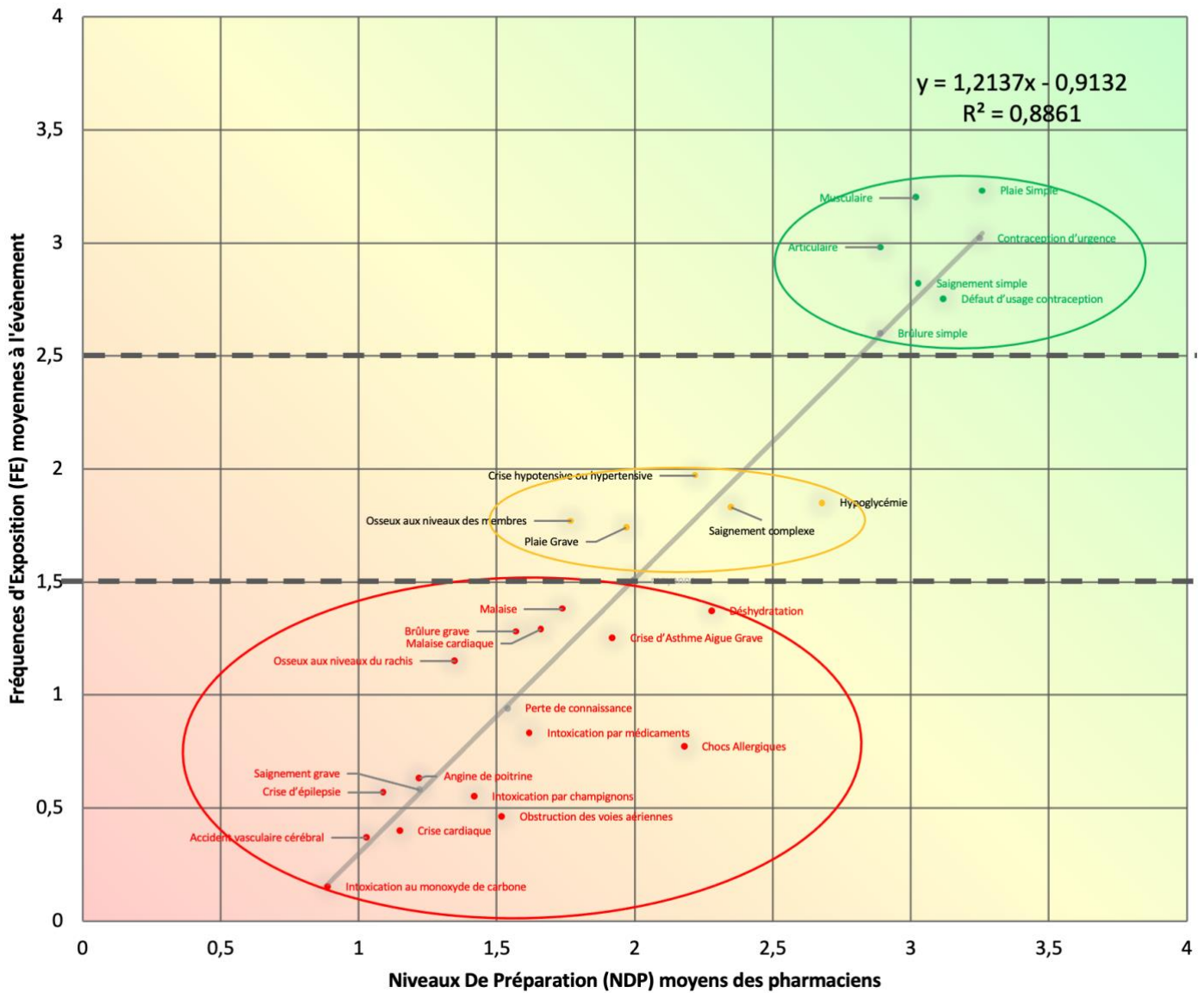


Figure 52 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 25 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

Nous avons pu mettre en évidence que le NDP des pharmaciens pour une situation donnée dépend de la fréquence à laquelle ils y sont confrontés. Mais pour certains cas particuliers, il semblerait qu'ils soient mieux préparés que ce que la FE moyenne pourrait suggérer, c'est le cas notamment du **choc allergique**.

⇒ Que pouvons-nous dire des moyennes générales de la FE et du NDP, toutes situations confondues ?

Après calcul, elles sont centrées sur 1,51 pour la FE et sur 1,99 pour le NDP. Nous pouvons remarquer que le NDP est donc plus médian que la FE, pour autant le faible effectif des sous-groupes (urbain et rural) ne nous permet pas de comparer les mêmes moyennes d'un milieu d'exercice à l'autre.

Les faibles effectifs qui composent nos sous-groupes ne nous permettent pas de comparer statistiquement les différences de moyennes globales de FE et de NDP entre les milieux d'exercices.

#### Discussion :

Dans cette première analyse, nous avons pu mettre en évidence les tenants et aboutissants de la corrélation entre la FE et le NDP. De plus, nous avons également pu confronter ces observations au « degré d'urgence » lié à la prise en charge de différentes situations.

Sur la base de ces trois critères, la modélisation du « niveau de risque » que nous avons choisi de représenter en fond par un gradient de couleur (du rouge au vert), pouvait se faire selon trois points de vue :

- Celui du risque **pour un patient donné** (lié à la qualité de la prise en charge à l'officine). Ce risque augmente indépendamment de la FE et quand le NDP diminue ;
- Celui du risque **pour le plus grand nombre** de patients (lié à la fréquence et à la qualité de la prise en charge à l'officine). Ce risque augmente quand la FE augmente et quand le NDP diminue ;
- Celui du **risque pronostic** incluant la gravité clinique des situations. Ce dernier augmente quand la FE diminue (car le risque d'aggravation et la perte de chance augmente) et le NDP diminue.

Bien que discutable, c'est ce dernier point de vue que nous avons retenu pour la représentation du « niveau de risque » (orientation du dégradé à 45 degrés).

## FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

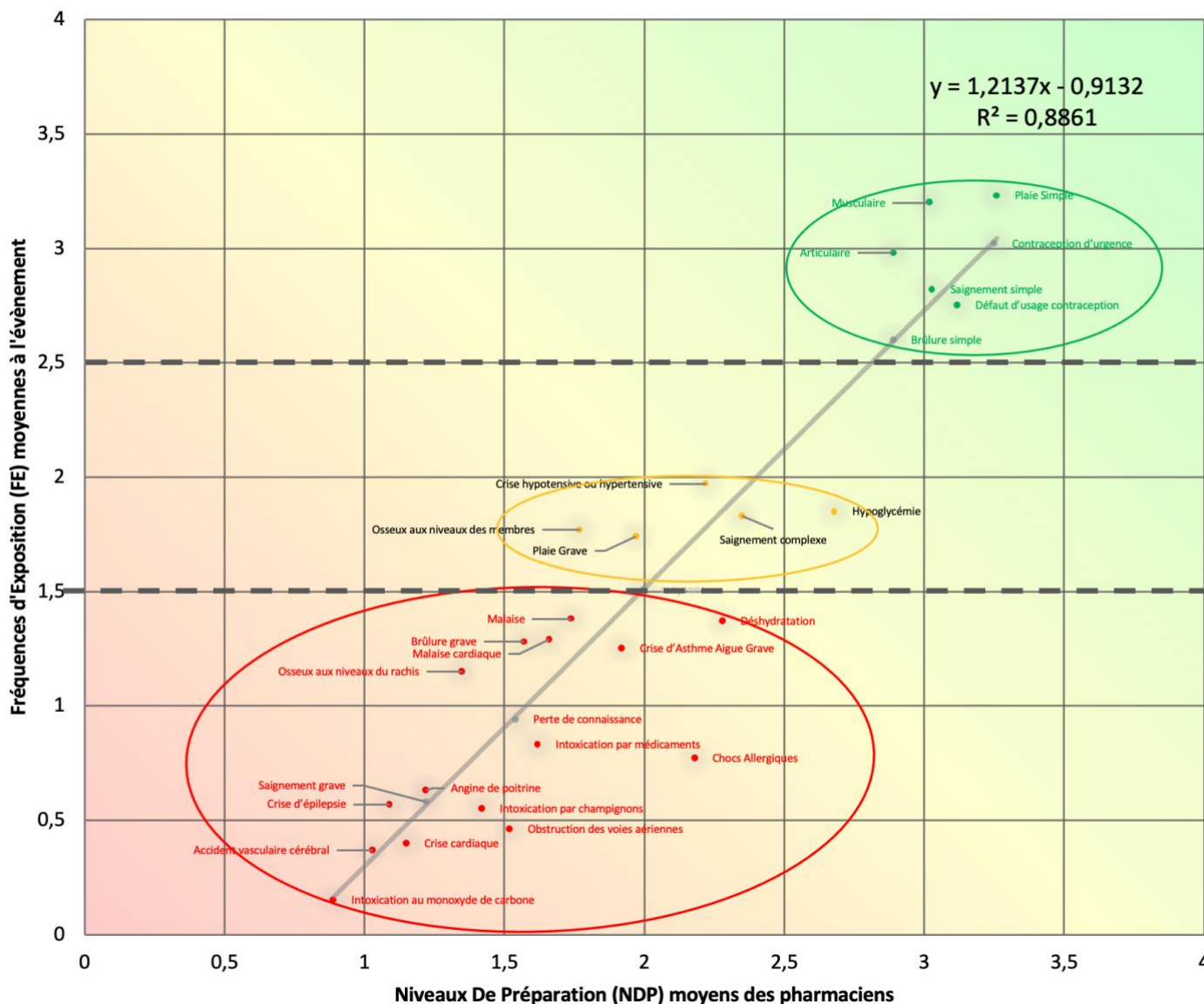


Figure 53 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens

Tableau 26 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

### FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

#### DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

\* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

\*\* patient adressé par médecin le jour même aux urgences

De plus, nous pouvons noter que les situations les plus fréquemment rencontrées à l'officine sont des situations pour lesquelles les pharmaciens s'estiment « préparés », bien qu'elles ne nécessitent pas de prise en charge médicale.

De fait, la prise en charge de ces situations souvent regroupées sous le terme péjoratif de « bobologie » au sens de « maux bénins qui occasionnent des interventions ou des consultations médicales souvent abusives »<sup>185</sup> semble n'avoir que peu d'intérêt médical.

Pourtant, elles permettent entre autres :

- **D'améliorer le suivi des patients :**

- En augmentant la fréquence des échanges patient-pharmacien qui permettent une meilleure connaissance du patient et favorise la relation de confiance et le rôle de conseil du pharmacien ;
- En permettant au pharmacien d'identifier certains risques : par exemple, la récurrence de situations cliniques bénignes peut-être le point d'appel de certaines pathologies, de conduites à risque, de mésusages ou de iatrogénies auxquels le pharmacien sera sensible, et sur la base de quoi il peut orienter le patient vers une consultation médicale ;

- **Une meilleure efficacité du recours aux soins** en limitant les consultations « non nécessaires », tout en apportant une réponse au besoin de santé du patient et en **libérant du temps médical** ;

- **Faciliter la prise en charge de certaines situations** comme les demandes de contraception d'urgence tout en favorisant le **rôle de prévention** et d'acteur de santé publique du pharmacien.

Par ailleurs, ces résultats nous permettent également de constater que parmi les situations abordées, il n'y en a aucune qui arrive fréquemment et à laquelle le pharmacien ne se sentirait pas du tout prêt à prendre en charge (cadrant supérieur gauche).

---

<sup>185</sup> Larousse É. Définitions : bobologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bobologie/186884>



## Différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

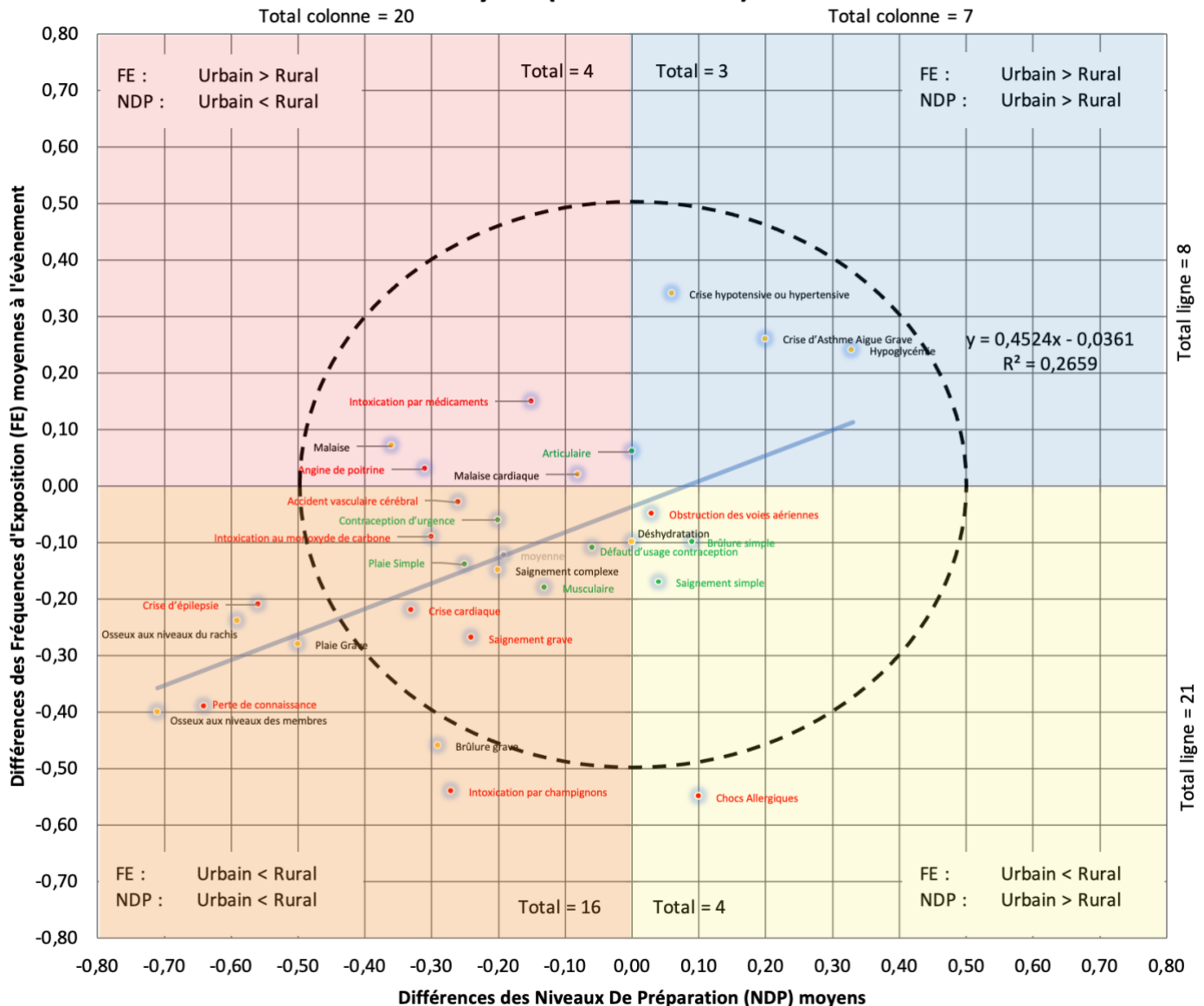


Figure 54 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

Pour faciliter la lecture :

- En négatif sur l'axe des abscisses (colonne de gauche **en rouge**) les situations pour lesquelles les pharmaciens exerçant en milieu **rural** présentent un **meilleur NDP** moyen ;
- En négatif sur l'axe des ordonnées (sur la ligne du bas **en jaune**) les situations qui présentent une **FE** moyenne **supérieure** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant inférieur gauche (**en orange** par superposition du rouge et du jaune) les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant supérieur droit (**en bleu**), les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu urbain.

*b. Différences des FE moyennes en fonction des différences de NDP moyens  
(Urbain moins Rural)*

Afin de mettre en avant les divergences qui pourraient exister dans la prise en charge des premiers secours de certaines situations d'un milieu d'exercice à l'autre, nous avons soustrait les FE moyennes et NDP moyens du milieu rural à celles et ceux du milieu urbain.

Les nouvelles valeurs ainsi obtenues nous permettent de représenter les mêmes situations (en conservant les couleurs utilisées précédemment) selon de nouvelles coordonnées représentées ci-contre.

Si nous nous intéressons dans un premier temps à la **répartition par rapport à l'origine**, nous pouvons noter que tous les points ne s'en rapprochent pas. Or au plus on s'en rapproche, au moins il y a de différence notable entre le milieu rural et le milieu urbain.

En effet, la plupart des situations ont une **FE moyenne plus importante** en milieu **rural** qu'en milieu urbain (21 évènements sous l'axe des abscisses contre 8 au-dessus).

⇒ Une **FE plus importante** en milieu **rural** peut s'expliquer par le fait, par exemple, de pouvoir **accéder plus facilement** à une pharmacie qu'à un médecin ou un hôpital en milieu rural qu'en milieu urbain, ou par un **risque plus élevé** de survenu de ces situations (par exemple, les cas d'intoxications par champignons en milieu rural).

De plus, les **NDP moyens** des pharmaciens semblent **plus importants** en milieu **rural** qu'en milieu urbain (20 évènements à gauche de l'axe des ordonnées contre 7 à droite).

⇒ Le **NDP plus élevé** en milieu **rural** peut s'expliquer par le fait d'une **FE plus élevée** (d'après la corrélation présentée dans la partie précédente), mais aussi par d'autres facteurs comme par exemple, un meilleur taux de formation (ou de formation actualisée).

Néanmoins, il nous est difficile de mettre en évidence une **différence significative** entre les moyennes générales de la FE et des NDP de chaque groupe (urbain et rural).

En effet, les effectifs des échantillons sont trop faibles pour en faire la vérification par un **test paramétrique** et, lorsque nous appliquons un **test non paramétrique** tel que le test de **Wilcoxon-Mann-Whitney**, nous ne mettons pas en évidence de différences (pour FE  $\rho = 0.5493$ , pour NDP  $\rho = 0.2371$ ). Néanmoins, la grande variabilité de certains points rend la mise

## Différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

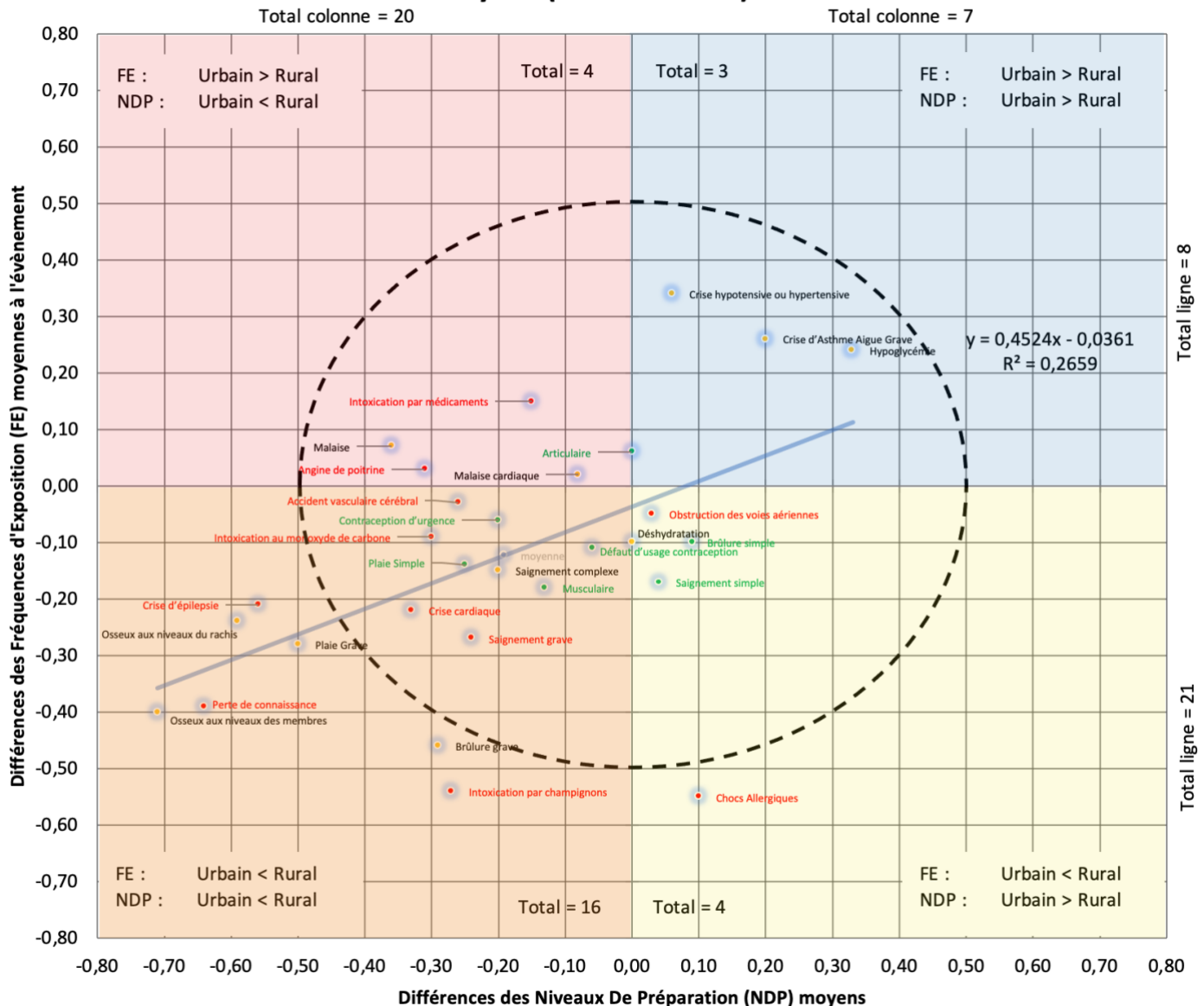


Figure 55 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

Pour faciliter la lecture :

- En négatif sur l'axe des abscisses (colonne de gauche **en rouge**) les situations pour lesquelles les pharmaciens exerçant en milieu **rural** présentent un **meilleur NDP** moyen ;
- En négatif sur l'axe des ordonnées (sur la ligne du bas **en jaune**) les situations qui présentent une **FE** moyenne **supérieure** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant inférieur gauche (**en orange** par superposition du rouge et du jaune) les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant supérieur droit (**en bleu**), les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu urbain.

en évidence d'une différence plus difficile, car au plus la variance augmente, au plus les différences à mettre en évidence doivent être importantes pour être significative.

Les situations de FE importantes (points **verts**) sont plus proches de l'origine. Partant de ce constat, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'au plus une situation est **fréquente** au plus les **écarts de NDP** entre les milieux sont **faibles**, mais nos données ici ne nous permettent pas d'en faire la vérification statistique.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à la **répartition par rapport à la droite de régression**.

Nous pouvons dans ce cas remarquer que du fait de la corrélation entre le NDP et la FE :

⇒ Certaines situations semblent **plus fréquentes** en milieu **rural** et les pharmaciens semblent y être **mieux préparés**.

C'est le cas principalement, et par ordre décroissant de FE : des traumatismes osseux au niveau des membres, des pertes de connaissance, des plaies graves, des saignements grave, des traumatismes osseux au niveau du rachis, de la crise cardiaque et de la crise d'épilepsie.

⇒ Certaines situations semblent **plus fréquentes** en milieu **urbain** et les pharmaciens semblent y être **mieux préparés**.

C'est le cas principalement, et par ordre décroissant de FE : de la crise hypo- ou hypertensive, de la crise d'asthme aigue grave, de l'hypoglycémie, etc.

Néanmoins, les faibles effectifs de nos échantillons ne nous permettent pas d'effectuer de comparaisons statistiques entre les différents milieux d'exercice, ni de définir de seuils objectifs à partir desquels la FE ou le NDP moyens seraient significativement différents.

Il est difficile de mettre en évidence une véritable différence de NDP des pharmaciens entre les milieux pour une situation donnée. Néanmoins, il semblerait qu'en **milieu rural** les pharmaciens d'officines soient plus souvent confrontés et donc mieux préparés à la prise en charge de situations telles que les **traumatismes accidentels** ou les **situations rares et imprévisibles**. Tandis que les pharmaciens de milieu **urbain** semblent plus concernés par les situations liées à des **décompensations de maladies chroniques**.

## Différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

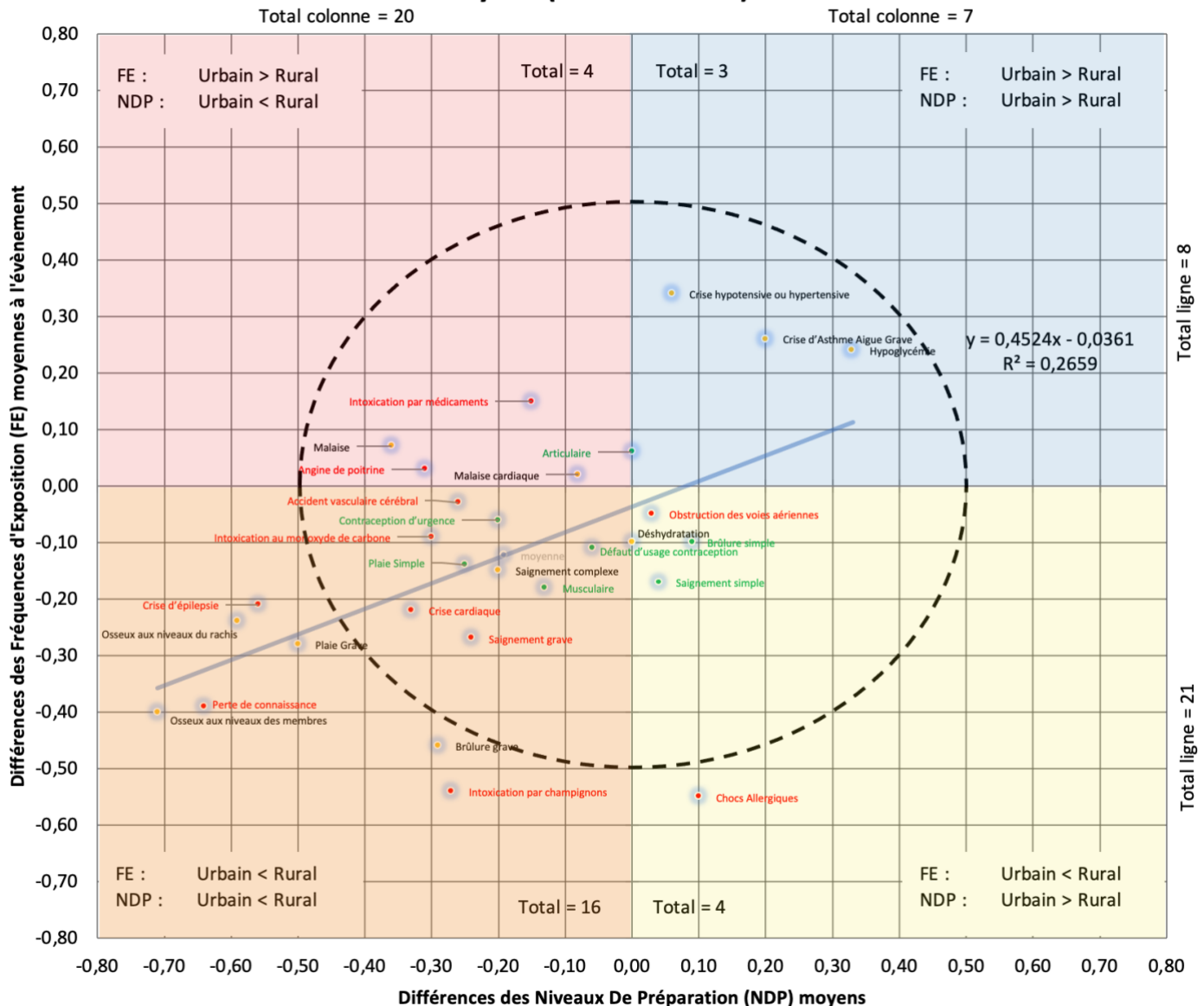


Figure 56 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

Pour faciliter la lecture :

- En négatif sur l'axe des abscisses (colonne de gauche **en rouge**) les situations pour lesquelles les pharmaciens exerçant en milieu **rural** présentent un **meilleur NDP** moyen ;
- En négatif sur l'axe des ordonnées (sur la ligne du bas **en jaune**) les situations qui présentent une **FE** moyenne **supérieure** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant inférieur gauche (**en orange** par superposition du rouge et du jaune) les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant supérieur droit (**en bleu**), les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu urbain.

Nous avons ensuite cherché à mettre en évidence certaines **atypies de répartition** par rapport à la droite de régression.

Pour ce faire, nous avons calculé les **écarts à la valeur théorique calculée** d'après la droite de régression. Cela nous a permis d'identifier les points qui s'écartent le plus de ce que nous aurions pu attendre du fait de la corrélation entre le NDP et la FE. Cette méthode nous permet donc d'apprécier la « distance » à la droite de régression.

Ainsi, nous pouvons remarquer que les situations les plus divergentes ( $\Delta > 0,5$ ) sont, par ordre décroissants :

*Choc Allergique ( $\Delta = 1,28$ ) > Intoxication par champignons ( $\Delta = 0,89$ ) > Crise hypotensive ou hypertensive ( $\Delta = 0,73$ ) > Brûlure grave ( $\Delta = 0,69$ ) > Malaise ( $\Delta = 0,55$ ) > Intoxication par des médicaments ( $\Delta = 0,52$ ).*

Parmi ces situations, nous pouvons déjà noter que la crise **hypo- ou hypertensive**, les **brûlures graves** et le **malaise** ne sont pas des situations rarement rencontrées à l'officine (couleur orange).

De plus, si nous regardons la différence de NDP, nous remarquons que :

- Pour les intoxications par champignons et les brûlures graves, le NDP moyen semble **peu corrélé** à la FE moyenne, bien que les deux soient **plus élevés** en milieu **rural** qu'en milieu urbain.  
Pour la crise hypo- ou hypertensive, nous faisons le **même constat** entre le NDP moyen et la FE moyenne mais dans ce cas les deux sont **plus élevés** en milieu **urbain** qu'en milieu rural.
- Pour le choc allergique, bien que la FE moyenne semble légèrement **supérieure** en milieu **rural**, le NDP moyen semble, à l'inverse, **plus important** en milieu **urbain**.  
Pour les malaises et les intoxications médicamenteuses, nous faisons le **même constat** mais cette fois-ci, la FE moyenne semble supérieure en milieu **urbain**, tandis que le NDP moyen semble, quant à lui, **plus important** en milieu **rural**.

## Différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

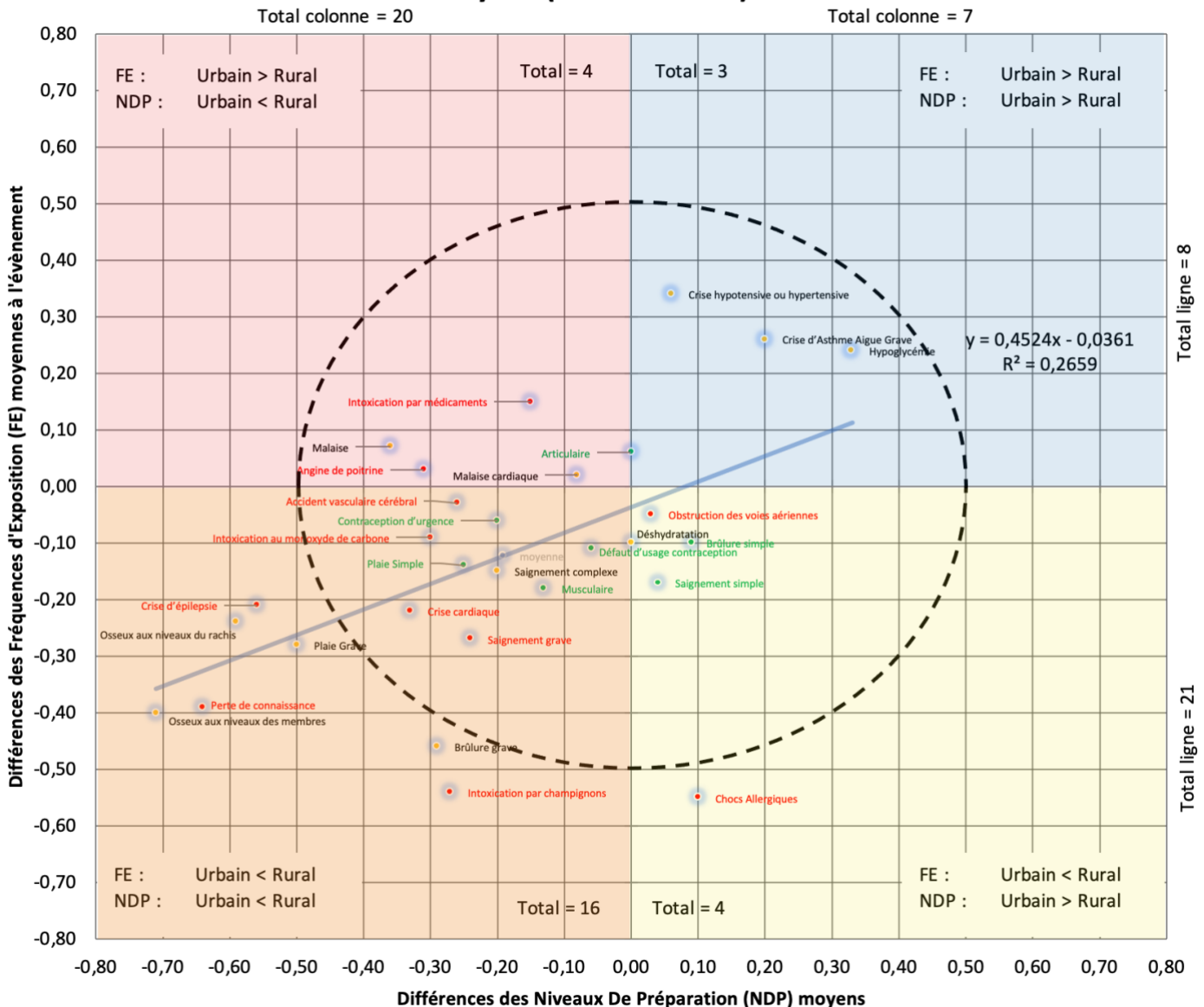


Figure 57 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural)

Pour faciliter la lecture :

- En négatif sur l'axe des abscisses (colonne de gauche **en rouge**) les situations pour lesquelles les pharmaciens exerçant en milieu **rural** présentent un **meilleur NDP** moyen ;
- En négatif sur l'axe des ordonnées (sur la ligne du bas **en jaune**) les situations qui présentent une **FE** moyenne **supérieure** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant inférieur gauche (**en orange** par superposition du rouge et du jaune) les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu **rural** ;
- Dans le quadrant supérieur droit (**en bleu**), les situations qui présentent une **FE** moyenne **et un NDP** moyen **supérieurs** en milieu urbain.

D'un milieu à l'autre et pour certaines situations, le NDP des pharmaciens ne semble pas toujours, sinon pas autant, corrélé à la FE que ce à quoi nous pourrions nous attendre.

Dans certain cas, le NDP évolue dans le **même sens** que la FE mais de manière **plus importante**, dans d'autres cas, le NDP évolue **en sens inverse** de manière contre-intuitive.



Questions 42, 43 et 44 : Possédez-vous une trousse d'urgence ?

*Si oui, est-elle vérifiée, actualisée et complétée (gestion des périmés, des manquants, etc.) ?*

*Si oui, est-elle bien repérable, signalisée et connue des membres de l'équipe officinale ?*

Tableau 27 : Questions n°42-43-44 - Organisation des premiers secours à l'officine : trousse d'urgence

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
	<b>Pharmacie équipée d'une :</b>							<b>Δ%</b>
42	Trousse d'urgence	42	89,4	17	94,4	63	90,8	-5,0
43	Vérifiée, actualisée et complétée	32	76,2	17	100	49	83,1	-23,8
44	Repérable, signalisée, et connue du personnel	35	83,3	15	88,2	50	84,7	-4,9

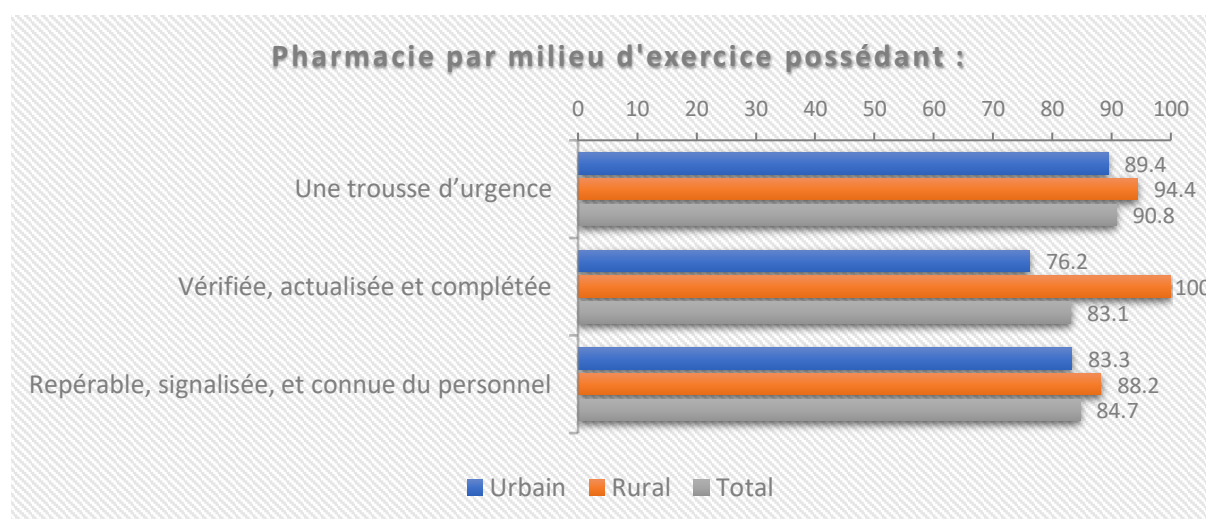


Figure 58 : Questions n°42-43- 44 - Organisation des premiers secours à l'officine : trousse d'urgence

## 5. Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 47]

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés aux moyens disponibles dans les officines pour la prise en charge des premiers secours.

Dans un premier temps, nous avons questionné les titulaires sur la constitution d'une **trousse d'urgence**.

Pour cela, nous avons rappelé que par trousse d'urgence était entendu : « Contenant où nous retrouvons à la fois des **médicaments** et des **instruments, accessible** à tout moment, permettant de prendre en charge des **urgences** et de prodiguer les **premiers soins** en cas de maladie ou d'accident »<sup>186</sup>.

Il en résulte, parmi les titulaires interrogés, que :

- **90,8%** possèdent une **trousse d'urgence** (89,4 % en milieu urbain et 94,4% en milieu rural) ;
- Cette trousse est **vérifiée, actualisée et complétée** (gestion des périmés, des manquants, etc.) dans **83,1%** des cas (76,2% en milieu urbain contre 100% en milieu rural) ;
- Cette trousse est **repérable, signalisée et connue** du personnel dans **84,7%** des cas (83,3% en milieu urbain et 88,2% en milieu rural).

Si la proportion de pharmacies équipées d'une trousse d'urgence semble rassurante, elle reste néanmoins discutable. En effet, la majeure partie des éléments qui composent cette trousse appartenant au **monopole pharmaceutique**, et le pharmacien étant un professionnel de santé de proximité, nous pourrions nous attendre à trouver une trousse d'urgence dans **toutes** les pharmacies.

De plus, nous remarquons que celle-ci n'est **pas toujours** repérable, signalisée et connue du personnel, **ni fréquemment** entretenue.

Enfin, sur la base de ces trois critères, il semble que les pharmacies de milieu rural soient **mieux équipées** que celles de milieu urbain. Pour rappel, d'après l'**article R4224-14 du Code du travail**<sup>187</sup> : « les lieux de travail sont **équipés** d'un matériel de premiers secours **adapté** à la **nature** des risques et facilement **accessible** ».

---

<sup>186</sup> [1] Définition de trousse de secours | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. Disponible sur : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/trousse-de-secours>

<sup>187</sup> Article R4224-14 du code du travail - Chapitre IV, sécurité des lieux de travail, section 3 Matériel de premier secours et secouriste – Légifrance

**Question 45 :** Dans cette trousse d'urgence ou dans votre pharmacie, avez-vous toujours à disposition en état de marche et prêt à l'emploi :

Tableau 28 : Question n°45 - Organisation des premiers secours à l'officine : vérifier les constantes

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
<b>Organisation et matériel pour :</b>								
<b>45 Analyser la situation</b>								
	Auto-tensiomètre	46	97,9	17	94,4	63	<b>96,9</b>	+3,4
	Oxymètre de pouls	35	74,5	15	83,3	50	<b>76,9</b>	-8,9
	Thermomètre	41	87,2	16	88,9	57	<b>87,7</b>	-1,7
	Lecteur de glycémie avec nécessaire	44	93,6	17	94,4	61	<b>93,8</b>	-0,8

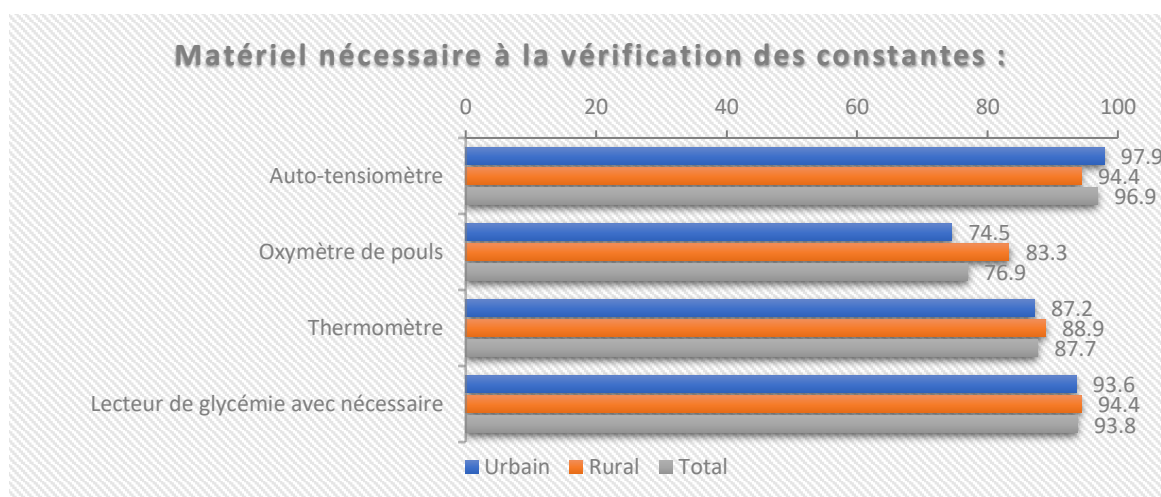


Figure 60 : Question n°45 – Matériel nécessaire à la vérification des constantes

Pour rappel, la prise en charge<sup>188</sup> de situation d'urgence repose sur le fait de :

- **Sécuriser** : se protéger et protéger la victime ;
- **Examiner**, apprécier l'état de la victime (saignement, conscience, respiration, ...)
- **Faire alerter ou alerter**, demander de l'aide (SAMU (15), pompiers (18), appel d'urgence européen (112)) ;
- **Secourir** : effectuer les gestes de premiers secours.

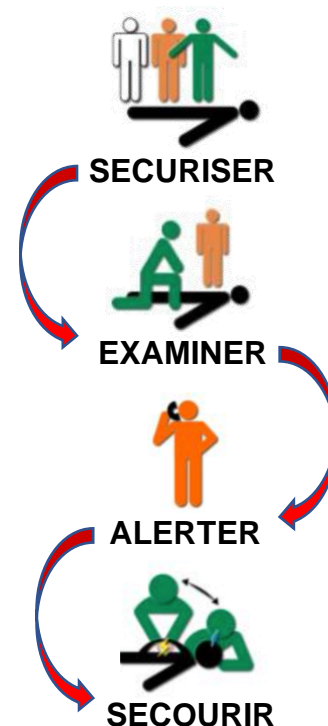


Figure 59 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir

<sup>188</sup> Figure 59 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir. Disponible sur : <https://www.securinorme.com/prevention-au-travail/251-comment-se-former-aux-gestes-de-premiers-secours->

Comme nous avons pu le voir précédemment, toutes les pharmacies ne sont pas littéralement équipées de « trousse d'urgence », pour autant elles ne sont **pas dépourvues** de moyens matériels pour la prise en charge des premiers secours.

Dans les questions qui suivent, nous nous sommes donc intéressés aux différents **matériels** qui pourraient s'avérer nécessaires au cours des **différentes étapes** de prise en charge d'une situation impliquant des premiers secours à l'officine.

A noter que nous ne nous sommes pas restreints à **l'urgence vitale** et avons choisi de prendre en compte **diverses situations** plus ou moins fréquemment rencontrées à l'officine.

Les éléments que nous allons aborder ont donc vertu à permettre le **recueil d'informations** indispensable à l'appréciation de la situation, au **déclenchement de l'alerte**, à la mise en place de **secours appropriés** et de **gestes de premiers secours** dans l'attente d'une éventuelle prise en charge médicale, si nécessaire.

Dans un premier temps, nous aborderons la question des **outils** (en état de marche et prêts à l'emploi) permettant de **vérifier les constantes** du patient et de **caractériser l'urgence** (vitale ou relative).

Ainsi, dans les officines interrogées nous retrouvons :

- Un **auto-tensiomètre** dans **96,9%** des cas (97,9% en milieu urbain, 94,4% en milieu rural) ;
- Un **oxymètre de pouls** dans **76,9%** des cas (74,5% en milieu urbain, 83,3% en milieu rural) ;
- Un **thermomètre** dans **87,7%** des cas (87,2 en milieu urbain, 88,9% en milieu rural) ;
- Un **lecteur de glycémie** avec son nécessaire dans **93,8%** des cas (93,6% milieu urbain et 94,4% en milieu rural).

Ces outils globalement présents dans les officines peuvent permettre de **révéler des situations à risque** telles que la crise hypotensive ou hypertensive, la décompensation d'une crise d'asthme, la fièvre ou encore l'hypoglycémie sévère. Les informations recueillies peuvent alors **orienter la prise en charge du patient** vers le professionnel correspondant, et/ou selon le degré d'urgence, **d'informer les secours** sur l'état du patient.

Question 46 : Le nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours ?

Tableau 29 : Question n°46 - Organisation des premiers secours à l'officine : matériel nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>Organisation et matériel pour :</b>								
<b>46</b>	<b>Alerter, orienter vers les secours :</b>							
	Téléphone à portée de main	47	100	18	100	65	100	0,0
	Numéros à contacter en cas d'urgence	45	95,7	18	100	63	96,9	-4,3
	Coordonnées des secours de proximité (urgences spécialisée (ou non), etc.)	38	80,9	15	83,3	53	81,5	-2,5

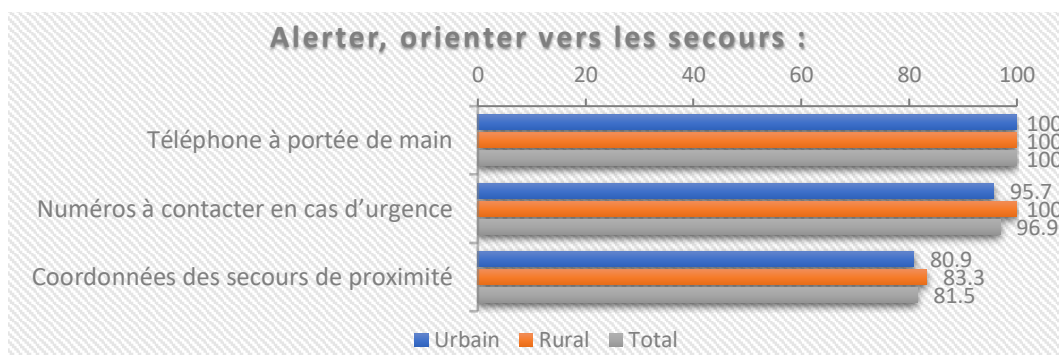


Figure 61 : Question n°46 - Organisation des premiers secours à l'officine : matériel nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours

Rappel des numéros à contacter en cas d'urgence<sup>189</sup> :



Figure 62 : Téléphone - Les numéros d'urgence à connaître | Service-public.fr

<sup>189</sup> Figure 62 : Téléphone -Les numéros d'urgence à connaître | Service-public.fr [Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15841>

Alerter, faire alerter ou plus simplement demander de l'aide est un élément indispensable dans la prise en charge des premiers secours.

Si toutes les pharmacies ont un téléphone à portée de main, toutes n'ont pas les numéros à contacter en cas d'urgence (c'est le cas de 3,1% d'entre-elles) et encore moins les coordonnées des secours de proximité (cela correspond à 18,5% d'entre-elles).

Pour ce qui est des urgences « absolues », l'appel des numéros d'urgence doit-être rapide et efficace. Faire gagner du temps au secours, c'est aussi faire gagner du temps à la victime. Il est donc important que tout le monde puisse connaître ou avoir à disposition les numéros à contacter en cas d'urgence et la liste des informations à communiquer que nous détaillerons dans une autre partie (cf. PARTIE 3.I.3. Alerter).

Il conviendra également de **répondre aux questions** posées et d'**attendre** l'aval de l'interlocuteur **avant de raccrocher**.

Dans le cadre de l'exercice coordonné et du rôle de pharmacien « correspondant », nous pourrions également imaginer que chaque officine possède une liste de contacts auxquels adresser les patients se présentant dans le cadre d'une **urgence non vitale** mais qui impliquerait une prise en charge spécialisée plus ou moins rapide.

Question 47 : Le nécessaire pour intervenir auprès de la victime.

Tableau 30 : Question n°47 – Organisation des premiers secours à l'officine : intervenir auprès de la victime

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>Organisation et matériel pour :</b>								
<b>47</b>	<b>Intervenir auprès de la victime :</b>							
	Prendre des notes	38	80,9	16	88,9	54	83,1	-8,0
	Se protéger (EPI)	47	100	17	94,4	64	98,5	+5,6
	Protéger la victime	32	68,1	13	72,2	45	69,2	-4,1
	Nettoyer et protéger une plaie simple	47	100	18	100	65	100	0,0
	Nettoyer et protéger une plaie grave	39	83	14	77,8	53	81,5	+5,2
	PEC* d'une hémorragie	29	61,7	10	55,6	39	60	+6,1
	Immobiliser un membre supérieur	26	55,3	13	72,2	39	60	-16,9
	Récupérer un membre sectionné	8	17	6	33,3	14	21,5	-16,3
	« Resucrer » la victime	33	70,2	14	77,8	47	72,3	-7,6
	PEC* d'une crise d'asthme	37	78,5	14	77,8	51	78,5	+0,9
	PEC* d'une réaction allergique	44	93,6	17	94,4	61	93,8	-0,8
	PEC* de la douleur	44	93,6	16	88,9	60	92,3	+4,7
	PEC* d'un arrêt cardiaque (DAE)	8	17	6	33,3	14	21,5	-16,3

\*PEC : Prise En Charge

Représentation graphique ci-après.

Dans cette question nous avons abordé une liste **non exhaustive** de matériels qui pourraient être nécessaires à l'intervention auprès d'une victime. L'usage de certains des items peut nécessiter **l'aval du SAMU**.

D'après les réponses, nous pouvons observer que :

- **Plus de 80 %** des officines disposent de quoi :
  - Nettoyer et protéger une plaie/brûlure simple (100%),  
*Par exemple : ciseaux, sérum physiologique, eau oxygénée, antiseptiques, compresses, pansements, bandages, etc.*
  - Se protéger avec des Équipements de protection individuelle (EPI) (98,5%),  
*Par exemple : Gants, masques chirurgicaux, etc.*
  - Prendre en charge une réaction allergique (93,8%),  
*Par exemple : anti-histaminique H1, seringue pré-remplie d'adrénaline, etc.*
  - Prendre en charge la douleur (92,3%),  
*Par exemple : antalgiques, anti-inflammatoire, bombe de froid, etc.*
  - Prendre des notes (83,1%),
  - Protéger une plaie grave (81,5%),  
*Par exemple : pansements américains stériles, etc.*
  
- **Entre 60 à 80 %** des officines disposent de quoi :
  - Prendre en charge une crise d'asthme (78,5%),  
*Par exemple : bêta-2-mimétiques, chambre d'inhalation.*
  - Resucrer une victime en hypoglycémie (72,3%),  
*Par exemple : sucre en morceaux.*
  - Protéger une victime (69,2%),  
*Par exemple : couverture de survie, etc.*
  - Prendre en charge une hémorragie (60%),  
*Par exemple : pansements hémostatiques ou compressifs, garrot, etc.*
  - Immobiliser un membre supérieur (60%),  
*Par exemple : écharpe triangulaire, orthèse d'immobilisation, etc.*



Question 47 : Le nécessaire pour intervenir auprès de la victime.

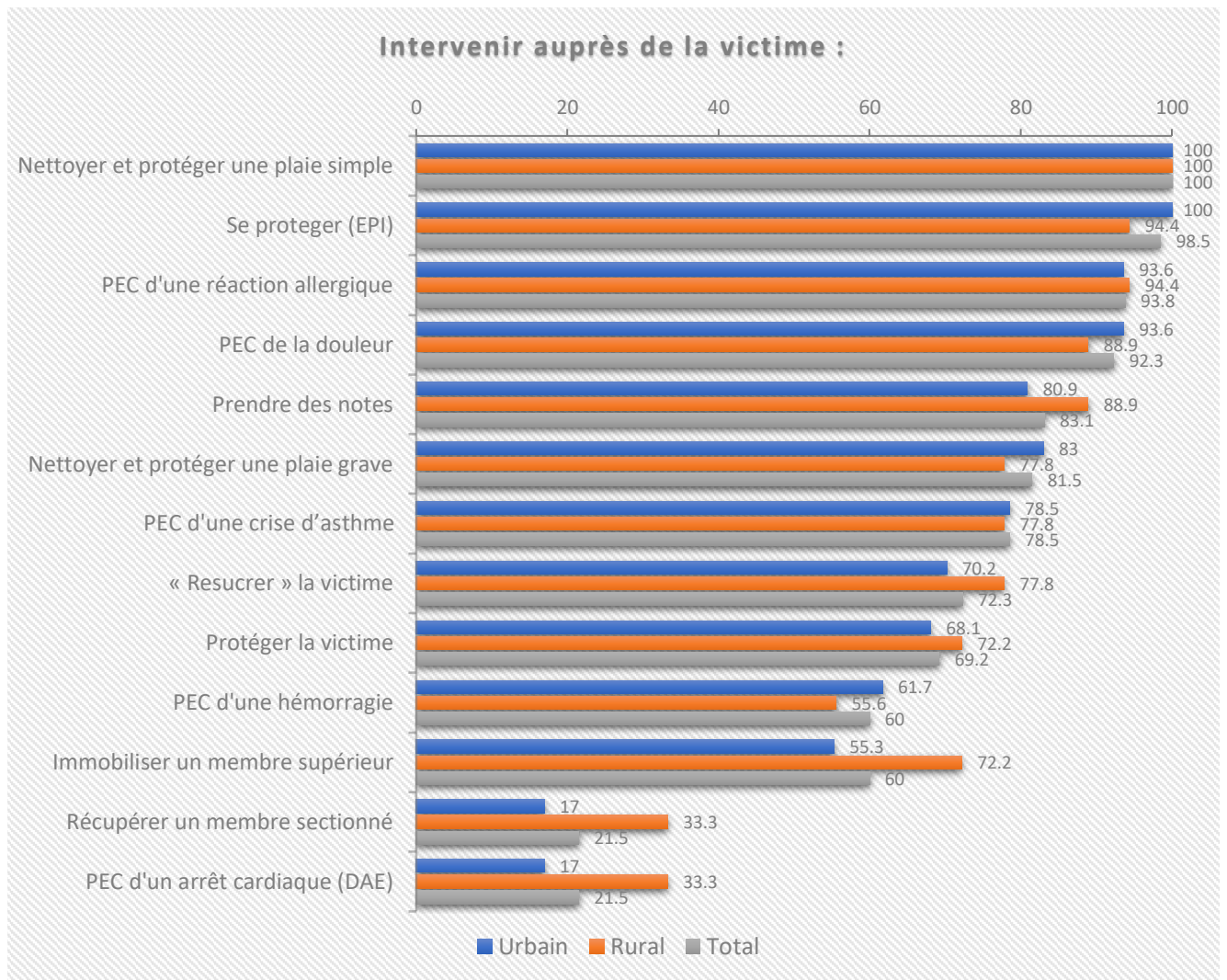


Figure 63 : Question n°47 – Organisation des premiers secours à l'officine : intervenir auprès de la victime

- **Moins de 30%** des officines disposent de quoi :
  - Récupérer un membre sectionné (21,5%),  
*Par exemple : sac plastique type congélation.*
  - Prendre en charge un arrêt cardiaque (21,5%),  
*Avec un Défibrillateur Automatisé Externe (DAE) disponible dans son officine ou à proximité immédiate.*

Nous pouvons relever que, dans l'ensemble, les réponses ont été homogènes (variation **inférieure à 10%** entre les différents milieux d'exercice), à l'exception de ce qui concerne le matériel pour :

- **Immobiliser un membre supérieur** (55,3% en milieu urbain contre 72,2% en milieu rural) ;
- **Récupérer un membre sectionné** (17% en milieu urbain contre 33,3% en milieu rural) ;
- **Prendre en charge un arrêt cardiaque avec un DAE** (17% en milieu urbain contre 33,3% en milieu rural).

Ce qu'il en ressort d'une manière générale c'est que la majeure partie des officines disposent du matériel nécessaire à la prise en charge des cas d'urgences les plus « fréquents ».

Néanmoins, nous pouvons remarquer que :

- Pour **l'arrêt cardiaque**, évènement certes rare mais pour lequel chaque seconde compte, l'élément matériel principal de sa prise en charge (le DAE) n'est que très **rarement présent** dans ou à proximité des officines, bien qu'il le soit **deux fois plus** en milieu rural qu'en milieu urbain.
- Pour certaines prises en charge, des items simples peuvent manquer, comme pour récupérer un membre sectionné où un sac plastique de type congélation et de la glace pourraient suffire.
- Certaines réponses sont surprenantes, dans le sens où les éléments qu'implique la prise en charge de certaines situations appartiennent au **monopole pharmaceutique** et font partie de ce que nous pourrions nous attendre à toujours trouver dans une pharmacie. Par exemple, plus de 20% des pharmacies ne disposeraient pas de bêta-2-mimétiques et de chambre d'inhalation alors que cela constitue la base de la prise en charge d'une crise d'asthme. Mais ces réponses peuvent être aussi l'expression d'un biais méthodologique.

**Question 48 :** Seriez-vous intéressé(e) par :

- Des fiches types "arbres décisionnels" d'aide à la prise en charge des situations d'urgence à l'officine ?
- Une fiche récapitulative des principaux items à avoir systématiquement dans une trousse d'urgence à l'officine ?
- Un mémo des éléments d'organisation à mettre en place pour optimiser la prise en charge des situations d'urgences à l'officine ?

Tableau 31 : Question n°48 – Perspective pédagogique : intérêt des participants

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>48</b>	<b>Intérêt des participants pour :</b>							
	Arbres décisionnels de PEC	45	95,7	16	88,9	61	93,8	+6,9
	Liste des principaux items à avoir	44	93,6	15	88,3	59	90,8	+10,3
	Éléments d'organisation à mettre en place	45	95,7	15	83,3	60	92,3	+12,4

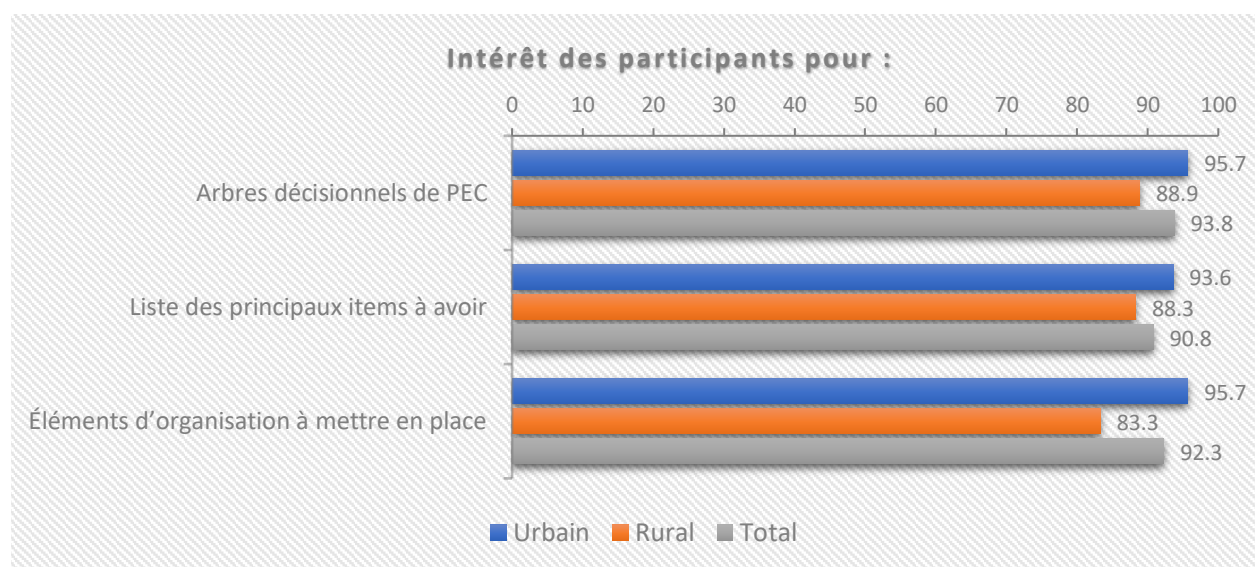


Figure 64 : Question n°48 – Perspective pédagogique : intérêt des participants

## 6. Perspectives pédagogiques [questions 48 à 49]

A l'issue de ce sondage auprès des pharmaciens, il apparaît que plus de 90% d'entre eux seraient intéressés par des outils tels que :

- Des **arbres décisionnels** d'aide à la prise en charge des situations d'urgence à l'officine ;
- Une **fiche récapitulative** des principaux items à avoir dans une trousse d'urgence à l'officine ;
- Une aide sur les **éléments d'organisation** à mettre en place à l'officine pour optimiser la prise en charge des situations d'urgences à l'officine.

Cela montre que les pharmaciens titulaires sont à la recherche d'éléments théoriques et structurants pour améliorer la prise en charge des premiers secours à l'officine.

**Question 49 :** Enfin, la lecture de ce questionnaire vous a-t-elle donné l'intention :

- De faire (ou de réactualiser) votre formation aux premiers secours (ou celle des membres de votre équipe) ?

- De constituer (ou de vérifier/réactualiser) le contenu de votre trousse d'urgence à l'officine ?

Tableau 32 : Question n°49 – Perspective pédagogique : motivation suite à la participation au questionnaire

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>49</b>	<b>Participants motivés par ce questionnaire à :</b>							
	Faire ou réactualiser sa formation aux premiers secours	39	83	13	72,2	52	80,0	+10,8
	Constituer une trousse d'urgence	34	72,3	15	83,3	49	75,4	-11,0
	Organiser les premiers secours à l'officine	30	63,8	11	61,1	41	63,1	+2,7

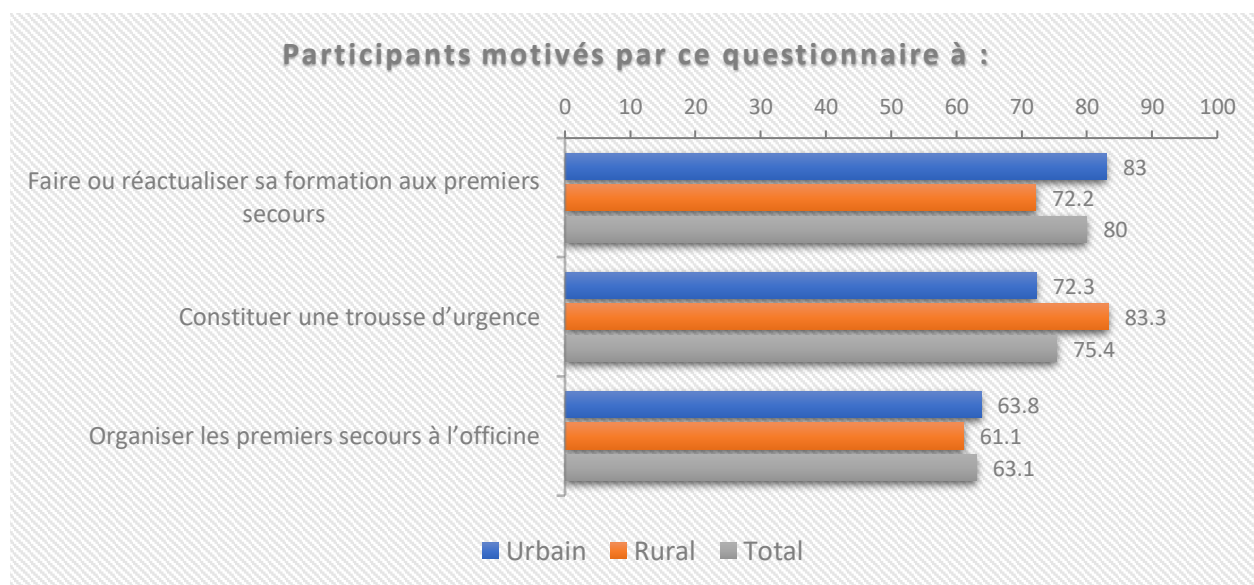


Figure 65 : Question n°49 – Perspective pédagogique : Participant motivés par ce questionnaire à

Enfin, nous pouvons également noter qu'à la fin de ce questionnaire :

- **80%** des participants souhaitent se **(re-)former au premier secours** ou (re-)faire former son équipe ;
- **75,4%** des participants souhaitent constituer, vérifier ou réactualiser **sa trousse d'urgence** à l'officine ;
- **63,1%** des participants souhaitent organiser ou revoir l'**organisation des premiers secours** dans leur officine.

En somme, évoquer la question de la prise en charge des premiers secours à l'officine semble susciter **l'intérêt des pharmaciens** (indépendamment du milieu d'exercice) et être vecteur de motivation pour **améliorer leur pratique**.



## **PARTIE 3 : Prendre en charge les premiers secours : de la théorie à la pratique officinale**

Les diverses situations que les pharmaciens d'officine et leurs équipes sont amenées à gérer n'impliquent ni les mêmes risques, ni les mêmes modalités de prise en charge.

Pourtant, la manière d'appréhender chacune d'entre-elle repose sur les mêmes connaissances et savoir-faire acquis lors de la formation aux premiers secours (AFGSU niveau II). Mais elle implique aussi une organisation claire et efficiente de l'officine pour leur prise en charge.

Mais comme nous avons pu le mettre en évidence précédemment, les pharmaciens et leurs équipes manquent de formation ou de réactualisation de leurs connaissances en la matière. De plus, les pharmaciens nous ont rapporté un faible niveau de préparation vis-à-vis des situations à la fois moins fréquentes et plus à risque pour le patient. Il existe donc un véritable enjeu de santé publique à leur montée en compétence pour la prise en charge de ces situations.

Néanmoins, les limites ne semblent pas être motivationnelles mais plutôt organisationnelles (manque de temps, méconnaissance des modalités de formation) et financières (complexité du mode de financement et/ou absence de valorisation financière des actes de premiers secours à l'officine).

Dans cette troisième partie, nous discuterons donc de l'organisation théorique de la prise en charge d'une demande de soins non programmés à l'officine ainsi que des éléments pratiques pouvant contribuer à l'efficacité de cette prise en charge.

### **I. Principe de prise en charge d'un patient en détresse**

Bien que la méthode en quatre temps (Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir<sup>190</sup>) soit plutôt destinée à la prise en charge de situations d'urgences vitales, nous verrons qu'elle peut se décliner à la majeure partie des situations rencontrées à l'officine.

<sup>190</sup> Figure 66 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir. Disponible sur : <https://www.securinorme.com/prevention-au-travail/251-comment-se-former-aux-gestes-de-premiers-secours->



Figure 66 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir



## 1. Sécuriser

Avant d'entreprendre toute action, il est impératif d'écarter tout risque d'exposition à un danger pour **le patient**, pour **soi** et pour **d'autres**. Cela passe avant tout par l'analyse de la situation, l'évaluation des risques et le respect de certaines règles de **sécurité** et **d'hygiène**.

**La sécurité** implique de se prémunir du danger (protection), si possible de l'écarter et s'il n'est pas contrôlable, de prévoir un périmètre de sécurité avant d'agir et/ou d'extraire le patient (dégagement d'urgence, lorsque c'est possible). Dans tous les cas, le pharmacien et son équipe ne doivent pas s'exposer au danger sous quelque forme que ce soit.

**L'hygiène** permet de se protéger et de protéger le patient d'un risque infectieux, il est donc essentiel de respecter certaines règles et mesures de protection telles que :

- **Se laver les mains** (avec du savon ou de la solution hydroalcoolique), avant et après le contact avec le patient ;
- **Mettre des gants à usage unique** (à changer et jeter dans un container DASRI une fois souillés)
- **Porter un masque** pour éviter les risques de contamination du patient ou du soignant.

A l'officine, sur la base de ces deux principes, en fonction de la situation et dans la mesure du possible, il sera préférable de prendre en charge le patient avec des équipements de protection individuelle (EPI), dans un **espace adapté, à distance** d'autres patients comme par exemple, dans un espace de confidentialité.

## 2. Examiner

Dès lors que le danger a été écarté, il faudra apprécier rapidement l'état du patient afin de considérer tout risque, potentiel ou avéré, d'engagement du pronostic vital à plus ou moins long terme. Nous discernons donc deux situations, celle de l'urgence vitale, où le pronostic vital est rapidement engagé, et celle de l'urgence potentielle où il peut exister un risque de répercussion à plus ou moins long terme.

**En situation d'urgence vitale**<sup>191</sup>, il faudra commencer par un bilan de ses fonctions vitales (neurologique, respiratoire et cardio-vasculaire) en répondant à ces trois questions :

---

<sup>191</sup> AFGSU Gestes et soins d'urgence - Niveaux 1 & 2, François Bouhdiba, 2010

- **Le patient est-il conscient ?**

Pour s'en assurer, nous pouvons vérifier la réponse à une stimulation verbale ou tactile en demandant au patient :

« Est-ce que vous m'entendez ? » « Ouvrez les yeux. » « Serrez-moi la main. »

- **Le patient respire-t-il ?**

Pour s'en assurer nous pouvons compter le nombre de cycles respiratoires (inspiration et expiration) mesurés pendant dix secondes et rapportés à une minute (entre 15 et 20 cycles attendus pour un adulte), en s'assurant préalablement que les voies aériennes soient bien dégagées.

- **Le patient a-t-il un pouls ?**

Pour s'en assurer, nous pouvons exercer une légère pression à l'aide de l'index, du majeur et de l'annulaire sur la gouttière carotidienne en comptant le nombre de pulsations sur dix secondes et en le rapportant à une minute (entre 60 et 90 pulsations par minutes attendues pour un adulte).

Dans certaines situations, des **gestes de mise en sécurité** peuvent s'avérer nécessaires tels que la mise en Position Latérale de Sécurité (PLS), l'arrêt d'un saignement important, la libération ou la désobstruction des voies aériennes supérieures.<sup>192</sup>



Figure 67 : Gestes de mises en sécurité

Le recueil d'autres éléments par l'identification du patient, de l'environnement, de la douleur, de l'agitation ou des circonstances peuvent enrichir le message d'alerte et le déclenchement de moyens adaptés.

**En situation d'urgence potentielle**, il convient d'évaluer les besoins du patient au regard de son état général et médico-pharmaceutique (notamment si le patient est connu de la pharmacie), afin de pouvoir l'orienter vers le professionnel de santé ou le centre d'urgence le plus adapté à la situation (si nécessaire).

A l'officine, il est donc primordial de bien **connaître l'environnement médical et l'organisation des services d'urgences** à proximité et/ou de disposer d'un **accès simple à ces informations**.

<sup>192</sup> Figure 67 : Gestes de mises en sécurité. Les gestes qui sauvent | Ville de Marseille [Internet]. Disponible sur : <https://www.marseille.fr/sante/urgences-et-adresses-utiles/les-gestes-qui-sauvent>

Lorsque le patient est connu de la pharmacie, il conviendra d'examiner sa situation au regard des connaissances médicaux-pharmaceutiques disponibles, notamment vis-à-vis de sa demande de soins, des facteurs de risque et de la prise en charge qu'elle implique.

### 3. Alerter

**Dans le cas d'une situation d'urgence vitale**, après avoir effectué le bilan des fonctions vitales du patient et effectué les gestes de mise en sécurité, il conviendra **d'alerter** ou de **faire alerter** les secours.

La rapidité d'intervention dépendra de la **qualité** et de la **précocité** de l'alerte :

- Au plus le recueil d'informations est **précis**, au plus les moyens engagés seront **adaptés** ;
- Au plus l'alerte est donnée **rapidement**, au plus le délai d'intervention sera **court**.

#### Qui appeler ?

Dans le cas d'une urgence de santé, il conviendra d'appeler le SAMU au numéro 15 pour un secours médicalisé. L'interconnexion des numéros d'urgences en France fait qu'il ne sera pas nécessaire de contacter d'autres numéros dans le cas où la situation pourrait nécessiter d'autres services d'urgences.

#### Que dire ?

- **Se présenter** : donner son nom, sa fonction, et un numéro de contre-appel,
- **Se localiser** : donner l'adresse précise et complète du lieu de l'évènement,
- **Expliquer le motif de l'appel** : décrire la nature du problème, les risques éventuels, le nombre, l'état du(des) patient(s) concerné(s) et si possible son(leur) identité.
- **Indiquer les premiers gestes effectués** et demander conseil,
- **Répondre aux questions** du médecin régulateur et suivre ses indications,
- **Ne pas raccrocher** sans son autorisation et rappeler en cas d'évolution du patient.

**Dans le cas de l'urgence potentielle**, selon l'examen de la situation, il conviendra :

- De demander un avis médical (par un appel au 15), selon la même méthodologie,
- D'adresser directement le patient à un secours de proximité en faisant suivre les informations pouvant orienter ou justifier une prise en charge médicale (comme les éventuels facteurs de risques médico-pharmaceutiques identifiés, par exemple).

A l'officine, il est possible de mettre à disposition du personnel une fiche rappelant les « **bonnes pratiques d'alerte** » précisant les numéros à contacter en cas d'urgence, les numéros et adresses des secours de proximité, et les informations à communiquer aux secours.

## 4. Secourir

Toujours en respectant les règles **de sécurité et d'hygiène**, il conviendra ensuite de porter secours à la victime.

Dans cette partie, nous avons fait le choix de ne pas détailler chaque situation et leur prise en charge respective car la formation aux premiers secours (AFGSU de niveau II) doit rester la référence. D'autre part, ce sujet a déjà été abordé dans de nombreux travaux et livres auxquels notre travail ne prétend pas se substituer.

Ci-après, nous vous présenterons quelques exemples de situations et de prises en charge non exhaustives à titre, uniquement, d'illustration de notre propos.

**Dans le cas d'une situation d'urgence vitale**, il s'agira de prodiguer les gestes de premiers secours adaptés à la situation dans l'attente d'une prise en charge par le SAMU, par exemple en cas de :

- **Plaie ou de brûlure grave** : mettre le patient en position d'attente et de confort, arroser si nécessaire la brûlure, mettre en place une protection stérile, vérifier les fonctions vitales et couvrir le patient avec une couverture isotherme.
- **Saignement abondant** : allonger le patient, comprimer la plaie, poser un garrot (si nécessaire) et noter l'heure de pose, couvrir le patient avec une couverture isotherme.
- **En cas de traumatisme** : maintenir la tête (si nécessaire), pratiquer une immobilisation adaptée à la situation, vérifier les fonctions vitales et couvrir le patient avec une couverture isotherme.
- **Arrêt cardio-respiratoire** : faire rechercher un défibrillateur, démarrer immédiatement un massage cardiaque.

**En cas d'urgence potentielle**, il s'agira de prodiguer des soins visant à prendre en charge les symptômes et prévenir les complications, par exemple en cas :

- **De plaie simple** : nettoyer et protéger la plaie, vérifier le statut vaccinal (tétanos) et de conseiller au patient de surveiller l'évolution de la plaie.
- **De brûlure simple** : refroidir et rincer la brûlure avec de l'eau tempérée sans pression pendant 10 à 15 minutes, enlever les vêtements (qui n'adhèrent pas à la peau), les montres, bijoux, ceinture, en fonction de la zone, en prévention du risque d'œdème ; protéger la zone avec un pansement stérile, vérifier le statut vaccinal (tétanos) et conseiller au patient de surveiller l'évolution de la zone brûlée.
- **De saignement simple** comme l'épistaxis : faire asseoir le patient la tête penchée en avant, lui faire comprimer la narine avec les doigts pendant 10 min, vérifier l'arrêt du saignement et en cas d'échec appeler le SAMU.
- **De malaise bénin** : mettre le patient au repos, si les signes disparaissent après quelques minutes, il faut conseiller au patient de se reposer.

**Dans tous les cas**, il faudra inviter le patient à **suivre l'évolution** des symptômes et en fonction, à **consulter son médecin traitant**, conformément à l'article R\*5015-44 du CSP<sup>193</sup> qui précise que « chaque fois qu'il est nécessaire, le pharmacien doit inciter ses clients à consulter un médecin ».

Pour conclure, l'article R4224-16 du code du travail<sup>194</sup> prévoit que « l'employeur prend, après avis du médecin du travail, les mesures nécessaires pour assurer les premiers secours aux accidentés et aux malades. Ces mesures qui sont prises en liaison notamment avec les services de secours d'urgence extérieurs à l'entreprise sont adaptées à la nature des risques.

Ces mesures sont consignées dans un document tenu à la disposition de l'agent de contrôle de l'inspection du travail. ». Le pharmacien titulaire doit donc mettre en place et s'assurer du respect de ces dispositions au sein de son officine.

A l'officine, porter secours au patient implique tant le « **savoir** » que le « **savoir-faire** » et le « **savoir-être** » face à sa détresse. Lorsque le pronostic vital est engagé, il faudra maîtriser les gestes qui sauvent pour être rapide et efficace, d'où l'importance d'y être régulièrement formé et préparé. En dehors de l'urgence, la prise en charge des situations plus bénignes nécessite de connaître les gestes et conseils simples à prodiguer au patient. Pour cela, il est possible de mettre

---

<sup>193</sup> Article R\*5015-44 du Code de la santé publique, Paragraphe 4 : Des règles à observer dans les relations avec le public – Légifrance

<sup>194</sup> Article R4224-16 du Code du travail, Section 3 : Matériel de premier secours et secouriste – Légifrance

à disposition de l'équipe des fiches reflexes, spécifiques à chaque situation auxquelles l'ensemble du personnel serait préalablement sensibilisé.

A noter que comme tout employeur, le pharmacien titulaire doit rédiger un document précisant la conduite à tenir en cas d'urgence.

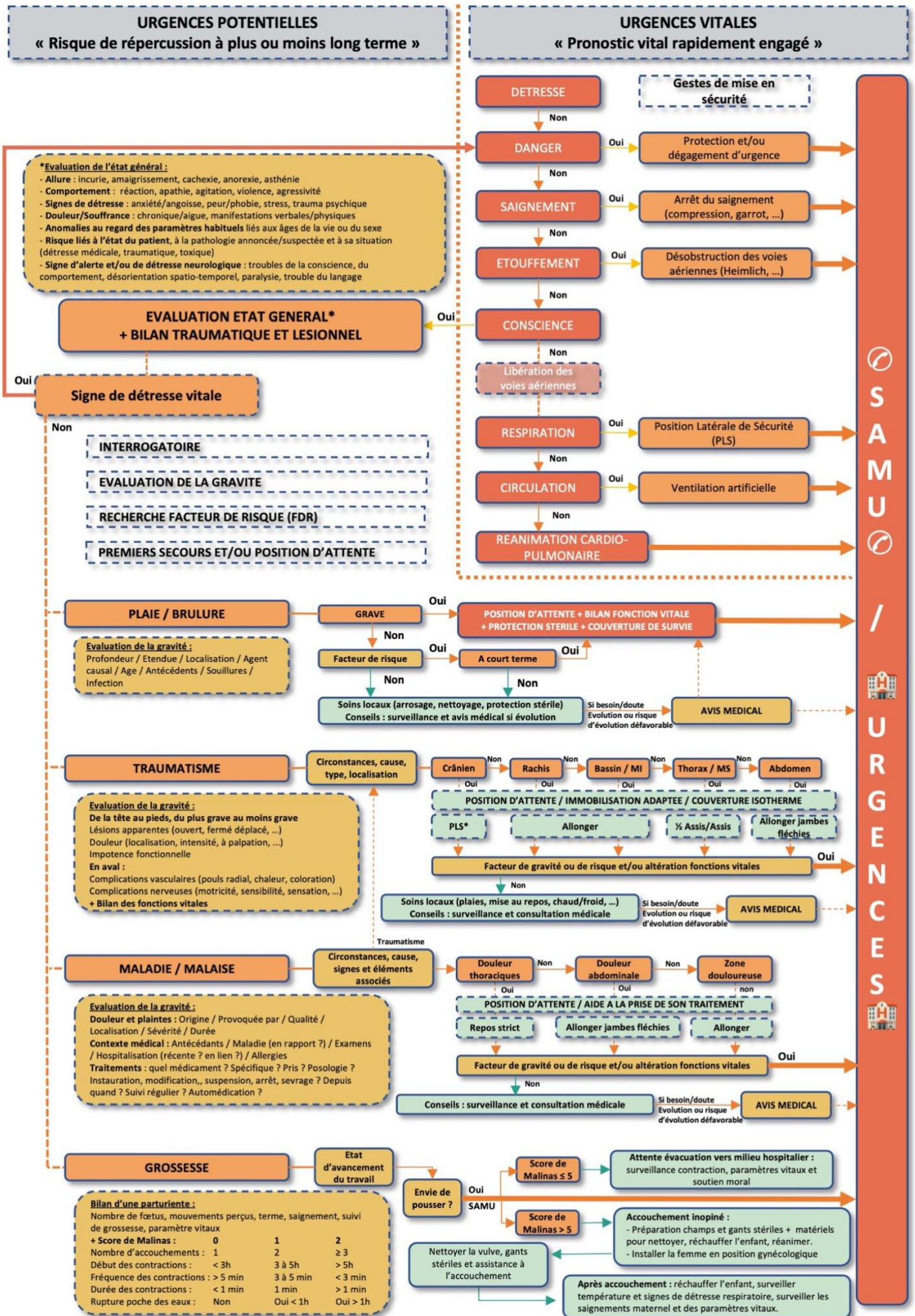


Figure 68 : Proposition de logigramme de prise en charge des premiers secours à l'officine

## 5. Exemple d’algorithme de prise en charge des premiers secours à l’officine

A titre d’exemple, voici une proposition de logigramme, issu de notre synthèse, de la littérature et de référentiels du diplôme d’Etat d’ambulancier<sup>195</sup>, sur lequel nous avons fait figurer :

- **En rouge**, les éléments faisant référence à l’urgence vitale ;
- **En orange**, les éléments faisant référence à la mise en sécurité et l’urgence potentielle ;
- **En jaune**, les éléments faisant référence aux informations en lien avec la prise en charge ;
- **En vert**, les actions à entreprendre à la pharmacie pour répondre aux besoins du patient ou dans l’attente d’une intervention médicale.

A noter que ce logigramme n’est pas exhaustif, il pourrait, notamment, être complété par d’autres situations, comme la prise en charge des victimes d’agressions, des détresses mentales ou encore des urgences contraceptives.

D’autres logigrammes, de type « fiche reflexe », plus simple et le plus souvent mis à disposition par les municipalités, permettent de rappeler comment réagir face à certaines situations. Voici par exemple celui proposé par la ville de Marseille<sup>196</sup> :



Figure 69 : Les gestes qui sauvent | Ville de Marseille

<sup>195</sup> L’ambulancier diplômé d’Etat – Manuel de formation théorique et pratique – 3<sup>e</sup> édition – Setes 2013

<sup>196</sup> Figure 69 : Les gestes qui sauvent | Ville de Marseille [Internet]. Disponible sur : <https://www.marseille.fr/sante/urgences-et-adresses-utiles/les-gestes-qui-sauvent>



## 6. Préparation de l'arrivée des secours

Lorsque la prise en charge par des secours est nécessaire, le rôle du pharmacien consiste également à faciliter et optimiser leur intervention.

Pour cela, le pharmacien doit préparer :

- **L'environnement du patient**, si possible, en l'installant dans un endroit calme et accessible, sinon en déplaçant les obstacles pouvant gêner l'intervention des secouristes.
- **Le patient** à être examiné, soigné, dans le respect de la pudeur, de son intimité et en dégagant un espace au niveau de sa tête en cas de détresse vitale.
- **Le dossier médical du patient**, avec le patient lui-même, son entourage (si présent), sinon à partir des informations (administratives et médico-pharmaceutiques) disponibles à la pharmacie.
- **La transmission d'information** car un bilan et une transmission de qualité améliorent la prise en charge du patient.
- **L'arrivée du SMUR** : en demandant à un membre de l'équipe ou de l'entourage (si présent) d'attendre le SMUR à l'extérieur pour le guider.

Dès lors que les secours prennent le relais auprès du patient, le pharmacien doit rester à disposition de l'équipe médicale tout en restant en retrait, lorsqu'il n'est pas sollicité, pour ne pas gêner l'intervention.

## II. Matériel nécessaire à la prise en charge des premiers secours à l'officine

Savoir comment porter secours est indispensable à la prise en charge des demandes de soins non programmés à l'officine. En pratique, la mise en œuvre des gestes de secours et d'urgences selon la situation du patient est aussi facilitée par le fait de disposer rapidement de matériel adéquat.

Il est donc capital de disposer d'une trousse de secours adaptée, efficiente, entretenue, maîtrisée par l'équipe, et à laquelle est ajouté, dans l'idéal, un DAE.

## 1. La trousse de secours

### a. Définition et intérêt

La trousse de secours peut être définie comme un « contenant où on retrouve à la fois des médicaments et des instruments, accessible à tout moment et permettant de prendre en charge des urgences et de prodiguer les premiers soins en cas de maladie ou d'accident »<sup>197</sup> quel que soit leur degré de gravité.

En somme, elle doit permettre au pharmacien et son équipe de prodiguer les gestes de premiers secours permettant de temporiser l'intervention du SAMU lors d'une urgence potentielle ou avérée, ou plus simplement d'épargner le recours à un secours de proximité lorsque la gravité et/ou l'urgence de la situation ne le nécessite pas.

Elle se doit d'être adaptée au mode d'exercice (rural ou urbain), au lieu d'exercice, aux nécessités liées à l'éloignement des secours de « proximité » et au délai théorique nécessaire à l'intervention des pompiers ou du SAMU.

A noter qu'à ce jour, nous pouvons déplorer l'absence de standardisation et d'encadrement réglementaire spécifique à la constitution d'une trousse d'urgence à l'officine. De fait, même si la majorité des pharmacies en sont équipées, leur forme, leur contenu et leur organisation sont très hétérogènes, peu optimisées et parfois mal entretenues.

### b. Contenant

Retrouvée dans les officines sous forme de tiroir, de placard, de caisse ou de sac, la trousse d'urgence doit, pour garantir l'efficacité de son utilisation, répondre à certains impératifs, notamment :

- Être **simple d'utilisation**,
- Être facilement **repérable** et **accessible** (de la même manière que son contenu),
- Être **résistante**, **pratique** et facilement **transportable**.

Les contenants qui répondent le mieux à ces critères étant :

---

<sup>197</sup> Définition de trousse de secours | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. Disponible sur: <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/trousse-de-secours>

- **Le sac à dos multi-compartiments**<sup>198</sup> dont le coût est souvent non négligeable et étudié principalement pour un usage médical.



Figure 70 : Trousse d'urgence : sac à dos multi-compartiments

- **La caisse « à outils »**<sup>199</sup> compartimentée avec des plateaux ou des séparateurs. Elle est généralement moins couteuse mais plus difficilement modulable.



Figure 71 : Trousse d'urgence : caisse "à outils"

### c. Contenu

Le contenu d'une trousse de secours permet généralement de traiter des blessures légères ou des brûlures superficielles, de comprimer une blessure ou une hémorragie plus sérieuse en attendant l'arrivée des secours, ou encore de faire face à une crise d'hypoglycémie ou une hypothermie.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il n'existe pas de liste officielle indiquant le contenu en matériel et médicaments d'une trousse d'urgence à l'officine.

Néanmoins, il existe des textes réglementaires fixant le nécessaire de secourisme d'urgence pour les véhicules affectés au transport sanitaire terrestre, au transport aérien ou maritime.

<sup>198</sup> Figure 70 : Trousse d'urgence : sac à dos multi-compartiments. Disponible sur : [https://www.medisafe.fr/media/cache/medisafe\\_product\\_zoom\\_thumbnail/product/17418-image-2-sac-urgence-extreme-elite-bags-235077-1.jpeg](https://www.medisafe.fr/media/cache/medisafe_product_zoom_thumbnail/product/17418-image-2-sac-urgence-extreme-elite-bags-235077-1.jpeg)

<sup>199</sup> Figure 71 : Trousse d'urgence : caisse à outils. Disponible sur : <https://www.amazon.fr/HMF-14701-09-Premiers-multi-usage-pharmacie/dp/B06XRHLBBF>

A titre d'exemple, nous pourrions nous inspirer du nécessaire des véhicules sanitaires légers défini dans l'annexe 3 de l'arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres<sup>200</sup>.

Nous y retrouvons les produits et matériels suivants :

« Pansements et protections :

- a) Bande élastique type Velpeau : largeur 5 cm : 1 ; largeur 10 cm : 1 ;
- b) Compresse de gaze stérile de taille environ 7,5 × 7,5 cm : 20 ;
- c) Pansement stérile absorbant (dit américain) de taille environ 20 × 40 cm : 2 ;
- d) Rouleau de ruban adhésif parapharmaceutique, largeur 2 cm : 2 ;
- e) Paire de gants de soins non stériles : petits, moyens, grands : 5 de chaque ;
- f) Paire de gants stériles usage unique de taille moyenne : 2 ;
- g) Solution antiseptique bactéricide non iodée, en conditionnement d'origine : 100 mL en conditionnement de 20 dosettes de 5 mL (au minimum) ;
- h) Clamp de Barr stérile usage unique : 1 ;
- i) Couverture isotherme : 1 ;
- j) Solution hydroalcoolique pour lavage des mains, en conditionnement d'origine : 100 à 200 mL.

Divers :

- a) Paire de ciseaux universels bouts mousse : 1 ;
- b) Canule oropharyngée : petite, moyenne et grande taille : 1 de chaque ;
- c) Lampe électrique à pile : 1 ;
- d) Sucre en morceaux : 5 (au minimum) ;
- e) Sac poubelle 10 litres : 10 (au minimum) ;
- f) Masque de poche pour insufflation à usage unique : 1 ;
- g) Sac vomitif type vomix : 5 ;
- h) Masque de type chirurgical à usage unique : 2 ;
- i) Masque de type FFP2 à usage unique : 2 ».

---

<sup>200</sup> Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres – Légifrance

Certains éléments comme les canules oropharyngées (dites de Guedel), nécessitent une formation pour leur usage (ce qui n'est pas le cas des pharmaciens y compris dans la formation d'AFGSU), leur intérêt dans une trousse de secours à l'officine serait donc limité.

Par ailleurs nous pourrions y ajouter certains éléments comme par exemples :

- **Des médicaments d'urgences** tels que :
  - L'associations de corticoïdes inhalés avec un bronchodilatateur à longue durée d'action avec une chambre d'inhalation (adulte et pédiatrique) pour la prise en charge des crises d'asthme ;
  - De l'adrénaline en seringue préremplie type EPIPEN<sup>®</sup> pour la prise en charge des chocs allergiques ;
  - Du NATISPRAY<sup>®</sup> pour la prise en charge des crises d'angor stable ;
  - Du GLUCAGON<sup>®</sup> pour la prise en charge des malaises hypoglycémiques ;
  - Du sérum salé isotonique (dit physiologique) pour le nettoyage de plaies, ou faciliter le retrait de pansements.
- **Des dispositifs médicaux** tels qu'un lecteur de glycémie (avec son nécessaire), un autotensiomètre, un oxymètre ou encore un thermomètre pour mieux renseigner l'état du patient et compléter les informations transmises aux secours.
- **De matériel divers** comme un guide des premiers secours, une fiche avec les coordonnées des secours de proximité et numéros d'urgence, de quoi écrire, une pince à écharde, un tire tique, ...

A noter que l'administration de médicaments ou l'utilisation de certains dispositifs médicaux peut impliquer l'aval du SAMU car la mauvaise utilisation d'un médicament ou d'un dispositif médical peut engendrer son inefficacité, voire l'aggravation de l'état du patient.

C'est pourquoi il semble important de rappeler « quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, le pharmacien doit, **dans la limite de ses connaissances**, porter secours à un malade en danger immédiat, si des soins médicaux ne peuvent lui être assurés » (d'après l'article R\*5015-4 du CSP<sup>201</sup>).

---

<sup>201</sup> Article R\*5015-4 du Code de la santé publique : 2) Du concours du pharmacien à l'œuvre de protection de la santé – Légifrance

Enfin, le Docteur Jean-Etienne Cheyroux concluait dans sa thèse intitulé « La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 »<sup>202</sup> que pour les dispositifs médicaux comme pour les médicaments « il n'existe pas de trousse d'urgence standard, mais autant de trousse que de médecins, la seule trousse idéale est celle qui est adaptée au praticien. Celui-ci l'élabore selon ses compétences, l'environnement dans lequel il exerce, sa patientèle, ses responsabilités, sa pratique du moment et sa perception de la prise en charge de l'urgence ».

Au même titre, un pharmacien titulaire doit s'approprier la composition de la trousse d'urgence de son officine à l'instar de ses connaissances, de son expérience et de celle de son équipe.

De plus, comme nous avons pu le mettre en évidence précédemment, les situations rencontrées en milieu rural et urbain divergent. La trousse d'urgence devra donc être adaptée aux besoins propres à chaque mode d'exercice et au type d'évènements qui y surviennent le plus souvent.

Le Code du travail précise d'ailleurs dans l'article R4224-14<sup>203</sup> que les « lieux de travail sont équipés d'un matériel de premiers secours adapté à la nature des risques et facilement accessible ».

La composition présentée ci-dessus n'est donc qu'une proposition qu'il conviendra de modifier et/ou de compléter pour chaque officine.

#### *d. Conservation / Vérification / Coût*

Pour assurer la qualité des médicaments et dispositifs médicaux qu'elle contient, la trousse de secours doit être conservée dans un endroit **sec, à l'abri de la chaleur et de l'humidité**.

Elle doit être facilement **accessible**, son emplacement doit être **signalisé** et **connu** de toute l'équipe afin de pouvoir s'en munir rapidement en cas d'urgence. Mais comme nous l'avons vu précédemment ce n'est le cas que dans **84,7% des cas** (83,3% en milieu urbain et 88,2% en milieu rural).

L'ensemble des éléments qui la compose doit-être **vérifié** et **entretenu** régulièrement et systématiquement après chaque utilisation, du point de vue de : l'état général, la gestion des périmés, le réapprovisionnement, la désinfection, du fonctionnement, .... Cela peut se faire grâce à une feuille de contrôle et de traçabilité. Bien que ce soit indispensable, nous avons pu

---

<sup>202</sup> Cheyroux JE. La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 [Internet]. Limoges; 2010. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-33013>

<sup>203</sup> Article R4224-14 du Code du travail : Section 3 : Matériel de premier secours et secouriste – Légifrance

constater précédemment que ce n'est fait que dans **83,1% des cas** (76,2% en milieu urbain contre 100% en milieu rural).

Or une trousse de secours non fonctionnelle est à risque de faire **perdre du temps**, de s'avérer **inutile** voire **néfaste** pour la prise en charge d'un patient.

Cela a un **coût** (financier et humain car chronophage), raison pour laquelle, peut-être, certaines pharmacies ne sont pas équipées de trousse d'urgence (**9,2%** en moyenne, 10,6% en milieu urbain et 5,6% en milieu rural). D'autant qu'à ce jour, les actes de prise en charge des premiers secours à l'officine ne sont ni valorisés, ni indemnisés ; ils restent donc le plus souvent à la charge de la pharmacie.

Enfin, si nous revenons sur les résultats de notre enquête, il semblerait que les pharmaciens exerçant en milieu rural soient plus sensibles à la question des trousse d'urgences, en lien peut-être avec les problématiques d'accès aux soins des patients dans ce milieu.

## **2. Le Défibrillateur Automatique Externe (DAE)**

Le DAE est un élément clé de la chaîne de survie.

« En France, chaque année, **entre 40 000 et 50 000** personnes sont victimes d'une mort subite, faute d'avoir bénéficié au bon moment de l'intervention d'une personne qui aurait pu leur sauver la vie en pratiquant les gestes de premier secours et en administrant un choc électrique (défibrillation) le temps que les équipes de secours et d'aide médicale d'urgence interviennent »<sup>204</sup>.

Le DAE ne nécessite **pas de formation** pour être utilisé, et accompagné d'un massage cardiaque, il contribue à augmenter fortement les chances de survie (trois à quatre fois).

Après avoir rappelé quelques éléments de contexte, nous aborderons le fonctionnement et la place d'un DAE à l'officine.

### *a. Contexte réglementaire et son évolution*

---

<sup>204</sup> Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

## **L'implémentation des DAE en France**

Depuis 2007 (décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des DAE<sup>205</sup>), le ministère de la santé encourage l'implantation des DAE sur l'ensemble du territoire français.

Pour développer leur accessibilité, la loi n°2018-527 du 28 juin 2018<sup>206</sup> vient renforcer le cadre législatif et réglementaire et est complétée de décrets et d'arrêtés visant :

- **L'obligation d'équipement pour les Établissements Recevant du Public (ERP)**
  - Décret n° 2018 - 1186 du 19 décembre 2018<sup>207</sup> ;
  - Depuis le 1er janvier 2022, l'ensemble des ERP (sauf exceptions) doivent être équipé d'un DAE.
- **Le renforcement de la signalétique**
  - Décret n° 2018 - 1186 du 19 décembre 2018<sup>207</sup> ;
  - Arrêté du 29 octobre 2019<sup>208</sup>.
- **La création d'une base de données nationale des DAE**
  - Décret n° 2018 - 1259 du 27 décembre 2018<sup>209</sup> ;
  - Arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données<sup>210</sup>.

La plupart des pharmacies d'officines font partie des ERP dit de catégorie 5. En effet, les effectifs du public qu'elles accueillent n'atteignent pas les chiffres fixés par la réglementation de sécurité.

Or, le décret du 19 décembre 2018<sup>207</sup> précise les modalités d'application de la loi, notamment la liste des ERP de catégorie 5 soumis à l'obligation d'équipement à compter du 1er janvier 2022, à savoir : les structures d'accueil pour personnes handicapées, les établissements de soins, les gares, les hôtels et restaurants d'altitude, les refuges de montagne, les établissements sportifs clos et couverts ainsi que les salles polyvalentes sportives.

Les pharmacies d'officines n'étant pas citées, elles ne sont donc pas concernées par l'obligation (tout comme les laboratoires d'analyses par exemple).

---

<sup>205</sup> Décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) – Légifrance

<sup>206</sup> LOI n° 2018-527 du 28 juin 2018 relative au défibrillateur cardiaque – Légifrance

<sup>207</sup> Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes – Légifrance

<sup>208</sup> Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public – Légifrance

<sup>209</sup> Décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 relatif à la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes – Légifrance

<sup>210</sup> Arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes (DAE) – Légifrance



Néanmoins, leur non-obligation n'est pas une interdiction, bien au contraire, toute personne est libre d'installer un DAE. D'ailleurs en 2019, entre 2000 et 2500 officines en étaient équipées<sup>211</sup>.

### **Mais quelles obligations cela implique-t-il ?**

Le DAE est avant tout un dispositif médical. Initialement de classe IIB, il est considéré de classe III depuis mai 2020 suite à la nouvelle réglementation européenne publiée au JOUE (Journal Officiel de l'Union Européenne) le 5 mai 2017<sup>212</sup>. En effet, cette nouvelle réglementation (7.9. Règle 22) stipule que « les dispositifs actifs thérapeutiques ayant une fonction de diagnostic intégrée ou incorporée qui détermine largement la prise en charge du patient par le dispositif, tels que les systèmes en circuit fermé ou les défibrillateurs automatisés externes, relèvent de la classe III ».

De plus, au titre de l'article R. 5211-5 du CSP<sup>213</sup>, la pharmacie qui s'en équipe est définie comme « exploitant d'un dispositif médical » et se doit d'assurer « la responsabilité juridique de l'activité requérant l'utilisation de ce dispositif ou rendant ce dispositif accessible aux tiers ».

**Il en ressort trois obligations<sup>214</sup> :**

#### Signalétique

La signalétique doit permettre à tout témoin d'un arrêt cardiaque de s'orienter rapidement vers le DAE le plus proche.



#### Déclaration

Pour participer activement à la géolocalisation, les informations relatives à l'accessibilité et à la localisation de vos DAE sont à déclarer au sein de la base nationale : <https://geodae.atlasante.fr/>

#### Maintenance

Le DAE est un **dispositif médical soumis à une obligation de maintenance.**

Veillez nous référer aux recommandations du fabricant et de l'Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santé.

Figure 72 : Obligations des exploitants de DAE

<sup>211</sup> Défibrillateurs : plus visibles, plus accessibles | Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-de-lofficine/agencement-equipement/defibrillateurs-plus-visibles-plus-accessibles>

<sup>212</sup> Règlement (UE) 2017/745 du Parlement Européen et du Conseil – du 5 avril 2017 - relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/ 42/CEE.

<sup>213</sup> Article R. 5211-5 du Code de la santé publique : Section 2 : Définitions– Légifrance

<sup>214</sup> Figure 72 : Obligations des exploitants de DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

### - L'obligation de signalétique :

Conformément à l'arrêté du 29 octobre 2019<sup>210</sup>, elle a pour objectif de permettre à tout témoin d'un arrêt cardiaque de s'orienter rapidement et facilement vers le DAE le plus proche.

Ce même arrêté prévoit que les pharmaciens « exploitant(s) des DAE sont tenus d'apposer une affiche de signalisation, visible à chaque entrée de l'établissement, d'indiquer l'emplacement et le chemin d'accès au DAE ». Cette affiche doit se conformer à un modèle défini par le même arrêté (présenté ci-contre)<sup>215</sup>.



Figure 73 :  
Signalétique d'un  
DAE

De plus, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, il est obligatoire pour les propriétaires d'ERP exploitant un DAE d'apposer à proximité immédiate de l'appareil une étiquette (modèle ci-contre<sup>216</sup>) permettant de prendre contact avec le responsable du DAE, notamment en cas de dysfonctionnement, de dégradation ou d'utilisation du DAE. D'autres informations jugées utiles par l'exploitant pouvant y être ajoutées.

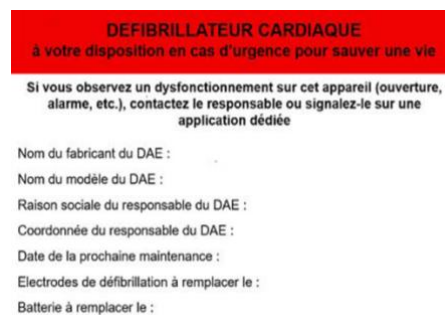


Figure 74 : Exemple d'étiquette pour DAE

### - L'obligation de maintenance :

Le pharmacien « exploitant » doit s'assurer que le DAE est opérationnel, en s'appuyant sur les préconisations du fabricant et en veillant notamment à la mise à jour des composants et du logiciel, au renouvellement des consommables (batteries, électrodes) et au contrôle du témoin d'autotest (voyant lumineux). Ces opérations doivent être effectuées régulièrement et les personnes qui en sont responsables doivent les consigner ainsi que leurs résultats dans un « carnet de vie » de l'appareil. Enfin, il est important de rappeler que tout dysfonctionnement grave observé lors de l'utilisation d'un DAE doit faire l'objet d'un signalement de matériovigilance<sup>217</sup>.

A noter que l'ANSM a regroupé sur son site internet des informations pratiques et réglementaires ainsi que des recommandations à ce sujet.<sup>218</sup>

<sup>215</sup> Figure 73 : Signalétique d'un DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

<sup>216</sup> Figure 74 : Exemple d'étiquette pour DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

<sup>217</sup> Défibrillateurs : un contrôle régulier est nécessaire [Internet]. CNOP. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/defibrillateurs-un-controle-regulier-est-necessaire>

<sup>218</sup> Dossier thématique - Défibrillateurs cardiaques externes [Internet]. ANSM. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/defibrillateurs-cardiaques-externes>

- **L'obligation de déclaration :**

D'après santé.gouv : « Tous les exploitants de DAE ont l'obligation de déclarer les données d'implantation et d'accessibilité de leurs DAE au sein de la base de données nationale pour diffuser aux citoyens et services de secours et d'aide médicale d'urgence. [...] La déclaration des données se fait dans le respect strict du standard défini par l'arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données des DAE [...].

La base de données nationale gérée par le ministère chargé de la Santé répond à quatre objectifs :

- **Diffuser et mettre à disposition les données à tous** pour faciliter la prise en charge de l'arrêt cardiaque ;
- **Détenir une donnée de qualité et fiable** par l'homogénéisation des pratiques et la garantie du respect du standard ;
- **Permettre aux exploitants de répondre à l'obligation légale** de déclaration des données relatives aux DAE ;
- **Créer un effet d'entraînement et mobiliser un ensemble d'initiatives** pour contribuer à sauver des vies »<sup>207</sup>.

*b. Principe et fonctionnement d'un DAE*

**Qui peut l'utiliser ?**

**Tout le monde**, car son utilisation ne nécessite ni d'être professionnel, ni d'avoir de formation. Comme nous l'avons vu précédemment, intervenir auprès d'une victime est un devoir citoyen, mais comme tout acte, il implique des responsabilités rappelées dans le Code civil :

- « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. » - Article 1240 du Code civil <sup>219</sup> ;
- « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » - Article 1241 du Code civil<sup>220</sup>.

Qu'il s'agisse d'une faute de **commission, d'omission** ou **d'abstention**, la responsabilité civile de chacun est engageable.

---

<sup>219</sup> Article 1240 - Code civil : Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général – Légifrance

<sup>220</sup> Article 1241 - Code civil : Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général – Légifrance

Néanmoins, pour mieux **sensibiliser** les citoyens aux gestes qui sauvent et **légitimer** le cadre de leur intervention en cas de besoin, le gouvernement a créé le statut de « **citoyen sauveteur** » au titre duquel l'acteur des premiers secours devient collaborateur occasionnel du service public.

### **Le statut de citoyen sauveteur :**

Créé par la loi du 3 juillet 2020<sup>83</sup>, il s'applique à « quiconque porte assistance de manière bénévole à une personne en situation apparente de **péril grave et imminent** ». Cette loi encourage notamment les personnes témoins d'un arrêt cardiaque à effectuer les gestes qui sauvent (massage cardiaque, l'utilisation du défibrillateur cardiaque ou tout autre geste de premiers secours), car elle les **exonère de toute responsabilité civile** en cas de préjudice porté à la victime qui résulterait de leur intervention (sauf faute intentionnelle ou caractérisée).

### **Comment fonctionne un DAE ?**

Un DAE est un outil d'aide à la réanimation des personnes victimes d'un arrêt cardiaque qui, le plus souvent, est consécutif d'un trouble du rythme appelé « fibrillation ventriculaire du myocarde ». En d'autres termes, le cœur se contracte de façon anarchique, n'arrive plus à jouer son rôle de pompe et ne permet plus l'oxygénation des organes, notamment du cerveau.

Pour aider à la prise en charge de ces situations, le DAE va à la fois **guider** l'intervenant dans la réalisation des gestes de réanimation (grâce à des indications visuelles et vocales), **analyser** l'activité cardiaque de la victime, et si nécessaire, **délivrer un choc électrique externe** (dit « défibrillation ») afin d'interrompre la fibrillation et permettre une « resynchronisation » du cœur. C'est ce qui va permettre, en complément d'une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) efficace, de faire repartir le cœur et/ou de préserver la circulation du sang et l'oxygénation des organes vitaux en attendant l'intervention des secours.

Il existe deux types de défibrillateurs destinés au grand public : le Défibrillateur Automatique Externe (DAE) et le Défibrillateur Semi-Automatique (DSA). Ce qui les différencie, c'est que le premier va délivrer le(s) choc(s) électrique(s) automatiquement, tandis que le second va nécessiter un déclenchement manuel. Ce dernier est généralement préféré car il diminue les risques d'électrocution des intervenants.

*c. Équiper son officine d'un DAE : intérêt et contrainte*

D'après le site internet du Ministère de la Santé (santé.gouv), l'implantation des DAE doit répondre à trois 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 »<sup>221</sup>.

De plus, l'installation doit se faire, de préférence :

- **En extérieur**, pour être toujours accessible ;
- Sur le mur d'un bâtiment facilement **identifiable et connu** des citoyens ;
- Dans un boîtier de **protection** (des intempéries notamment).

Bien que les officines ne fassent pas partie des ERP concernés par l'obligation d'équipement par un DAE, elles n'en restent pas moins un établissement de référence pour les demandes de soins non programmés.

Nous l'avons vu précédemment, les patients identifient clairement le pharmacien comme un professionnel de santé de premier recours **facilement accessible**. C'est donc intuitivement vers la **croix verte** très **connue et reconnaissable** des officines que les citoyens sauveteurs sont susceptibles de venir chercher/trouver de l'aide.

Nous pouvons également souligner que le public qui franchit chaque jour les portes des officines est avant tout constitué de patients qui sont souvent fragiles et, sans doute, plus à risque de présenter un accident cardiaque.

A noter qu'en France, « le taux de survie d'un arrêt cardiaque est au maximum de 8%. [...] [Il est] 4 à 5 fois plus élevé dans les pays où les lieux publics sont équipés en défibrillateurs automatisés externes et où la population est formée aux gestes qui sauvent »<sup>222</sup>.

---

<sup>221</sup> Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>

<sup>222</sup> L'arrêt cardiaque un bilan alarmant [Internet]. Fédération Française de Cardiologie. 2016 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur : <https://fedecardio.org/je-m-informe/l-arret-cardiaque-un-bilan-alarmant/>

S'appuyer sur le **maillage territorial** des officines, surtout dans les régions où la présence médicale est rare, permettrait de simplifier grandement l'accès à un DAE dans un moment où **chaque minute compte** et où l'arrivée des secours peut prendre du temps.

Malheureusement, très peu d'officines françaises semblent avoir franchi le pas, la plupart l'ayant fait avec le soutien de leur **groupement** ou de leur **municipalité**.

En effet, le coût pouvant aller de **500 à 5000 euros** (avec maintenance) et les différentes obligations (voire contraintes) et responsabilités (en cas d'usage ou de dysfonctionnement) liées à l'exploitation d'un DAE, peuvent être autant de freins à l'investissement des officines.

Bien que les pharmaciens soient des professionnels de santé engagés dans la prévention, il semble encore difficile pour eux de reconnaître dans leur « droit » d'équipement un « devoir » de santé publique.



## CONCLUSION

En conclusion, cette thèse met en évidence le rôle essentiel du pharmacien en tant que citoyen et professionnel de santé dans la prise en charge des premiers secours à l'officine. Tout au long de ce travail, nous avons souligné le devoir d'assistance du pharmacien envers la population, ainsi que le devoir de formation continue pour garantir des interventions assurées et adaptées aux besoins des patients. Cependant, notre enquête montre que trop peu de pharmaciens bénéficient d'une formation actualisée.

Il est important de souligner que le rôle du pharmacien peut varier en fonction de l'environnement dans lequel il exerce. En effet, selon le milieu d'exercice (rural ou urbain), la typologie et la fréquence des demandes ainsi que le niveau de préparation des pharmaciens semblent différer.

Si certaines situations sont simples et peuvent être prises en charge directement à l'officine, d'autres sont plus complexes et impliquent, soit un avis médical, soit une intervention des services médicaux d'urgence avec, dans l'attente, la mise en place de gestes de premiers secours pour optimiser les chances de survie et réduire les risques de complications.

A l'heure où l'interprofessionnalité doit être au cœur de la prise en charge des patients, il semble indispensable de développer des initiatives et des protocoles locaux clairs, en lien avec les différents acteurs de santé, afin de guider, encadrer la prise de décision et assurer une orientation et une prise en charge optimale du patient à l'officine. Lorsque cela est nécessaire, une vidéo-assistance pourrait même servir de support supplémentaire. Aux Hospices Civils de Lyon, le SAMU 69 utilise d'ailleurs la vidéo-régulation (avec Urgentime<sup>®</sup>) comme outil d'aide à l'identification du degré de gravité des cas<sup>223</sup>.

Une collaboration entre les services d'urgence médicale et les pharmacies permettrait de répondre rapidement aux demandes de soins et soulager partiellement les services d'urgences lorsque la prise en charge ne relève pas de l'urgence véritable avec, pourquoi pas, une régulation médicale qui orienterait directement les patients vers l'officine ?

---

<sup>223</sup> La vidéo-régulation au Samu, un nouvel outil de diagnostic à distance | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon [Internet]. [cité 22 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.chu-lyon.fr/la-video-regulation-au-samu-un-nouvel-outil-de-diagnostic-distance>



Par ailleurs, nous avons également mis en évidence l'importance d'une bonne organisation. La disponibilité d'une trousse de secours complète, adaptée aux problématiques locales et régulièrement entretenue, associée à un DAE, sont des éléments essentiels pour garantir une intervention rapide et efficace. L'équipe de la pharmacie doit être familiarisée avec cette trousse, son contenu et son mode d'emploi. La mise en place de recommandations spécifiques à l'officine, inexistantes à ce jour, en lien avec les protocoles locaux, permettrait de s'assurer que chaque pharmacie dispose du matériel et des médicaments nécessaires à la prise en charge de la plupart des situations.

Enfin, il est essentiel de reconnaître la valeur des actes de prise en charge des premiers secours réalisés par les pharmaciens, et d'envisager une rémunération adéquate pour ces services qui, à ce jour sont, le plus souvent, à la charge des pharmaciens. Cela encouragerait leur engagement continu dans ce domaine et renforcerait leur rôle en tant que professionnels de santé de premier recours.

En somme, cette thèse met en lumière l'importance cruciale du pharmacien dans la dispensation de premiers secours à l'officine, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Leur expertise et leur accessibilité en font des professionnels de santé clés dans la chaîne de soins d'urgence. L'intégration de protocoles de soins locaux interprofessionnels, la formation continue, l'adaptation aux ressources disponibles, l'émission de recommandations de bonnes pratiques, et la valorisation des actes de premiers secours sont des éléments essentiels à développer pour garantir une prise en charge optimale des demandes de soins non programmés à l'officine et optimiser le recours aux services d'urgence.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] SANOFI – Infographie « La pharmacie d’officine aujourd’hui en France » avec la FSPF et l’USPO – Source IQVIA Pharmastat, juin 2018 [Internet]. [cité 8 mai 2021].  
Disponible sur : [https://www.sanofi.fr/dam/jcr:83de4765-aab2-41a6-9da9-a6f05cbef7db/sanofi\\_infographie\\_PHARMACIE-V6.pdf](https://www.sanofi.fr/dam/jcr:83de4765-aab2-41a6-9da9-a6f05cbef7db/sanofi_infographie_PHARMACIE-V6.pdf)
- [2] « Nombre d’officines - Cartes - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 7 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>
- [3] « Les Français et leurs attentes vis-à-vis des pharmaciens », France, consulté le 10 avril 2021. Disponible sur : [https://harris-interactive.fr/opinion\\_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/](https://harris-interactive.fr/opinion_polls/les-francais-et-leurs-attentes-vis-a-vis-des-pharmaciens/).
- [4] « Article L4211-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000047293602](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047293602)
- [5] « Article L5125-24 - Code de la santé publique - Légifrance ». [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408506](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408506)
- [6] « Chapitre V : Pharmacie d’officine. (Articles L5125-1 à L5125-32) - Légifrance », consulté le 7 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006171370/#LEGISCTA000020890194](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006171370/#LEGISCTA000020890194).
- [7] « Arrêté du 25 avril 2020 modifiant l’arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041821967>
- [8] « Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique – Légifrance ». [cité 9 avr 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/)
- [9] « Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance ». [cité 29 mai 2023].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722)
- [10] « Article R4235-53 - Code de la santé publique – Légifrance ». [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913709/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913709/)

[11] Figure 1 : Croix grecque. Disponible sur :

[http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/mercure-internet/nos-missions/assurer-la-defense-de-l-honneur-et-de-l-independance/la-protection-de-la-croix-verte-et-du-caducee/785-18-fre-FR/La-protection-de-la-croix-verte-et-du-caducee\\_article.jpg](http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/mercure-internet/nos-missions/assurer-la-defense-de-l-honneur-et-de-l-independance/la-protection-de-la-croix-verte-et-du-caducee/785-18-fre-FR/La-protection-de-la-croix-verte-et-du-caducee_article.jpg)

[12] Figure 2 : Caducée pharmaceutique. Disponible sur :

[http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/media/images/caducee/751283-1-fre-FR/Caducee\\_medium.jpg](http://www.ordre.pharmacien.fr/var/mercure/storage/images/media/images/caducee/751283-1-fre-FR/Caducee_medium.jpg)

[13] Figure 3 : Exemple d'une plaque de pharmacie. Disponible sur :

<https://tglcreation.com/>

[14] « Article R4235-52 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913708](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913708)

[15] « Section 2 : Conditions générales d'autorisation (Articles L5125-3 à L5125-5-1) – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000036397919/#LEGISCTA000036401035](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000036397919/#LEGISCTA000036401035)

[16] « Ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie » (s. d.), consulté le 8 mai 2021.

[17] « Article L5125-24 - Code de la santé publique - Légifrance ». [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408506](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408506)

[18] « Une offre de soins pharmaceutiques garantie par un maillage territorial adapté - Communications - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 7 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Une-offre-de-soins-pharmaceutiques-garantie-par-un-maillage-territorial-adapte>.

[19] « Article R4235-55 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000019108655](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019108655)

[20] « Article R5125-8 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037296811](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037296811)

- [21] « Article R5125-9 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037269707](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037269707)
- [22] « Article L5125-3-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036401142](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036401142)
- [23] « Article L5121-5 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032906195](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032906195)
- [24] « Article R5125-9 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037269707](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037269707)
- [25] « Article R4235-55 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000019108655](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019108655)
- [26] « Article R5121-202 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038346125](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038346125)
- [27] Figure 4 : Badge de pharmacien. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24061-large\\_default/badge-pharmacien-avec-caducee.jpg](https://rubex-pharma.fr/24061-large_default/badge-pharmacien-avec-caducee.jpg)
- [28] « Article R4235-50 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913705](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913705)
- [29] « Article R4235-67 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913724](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913724)
- [30] « Chapitre V : Déontologie (Articles R4235-1 à R4235-77) – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/#LEGISCTA000006178625](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/#LEGISCTA000006178625)
- [31] « Officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 8 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine>.
- [32] « Arrêté du 15 mai 2011 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine

- doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires. – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000024402577>
- [33] « Arrêté du 21 février 2022 fixant le nombre de pharmaciens adjoints dont les titulaires doivent se faire assister en raison de l'importance de l'activité de leur officine – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045243788>
- [34] « Article L4241-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006689177](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006689177)
- [35] Figure 5 : Badge de préparateur en pharmacie. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24088-home\\_default/badge-preparateur-avec-mortier.jpg](https://rubex-pharma.fr/24088-home_default/badge-preparateur-avec-mortier.jpg)
- [36] Figure 6 : Badge d'étudiant en pharmacie. Disponible sur : [https://rubex-pharma.fr/24673-large\\_default/badge-luxe-etudiant-en-pharmacie.jpg](https://rubex-pharma.fr/24673-large_default/badge-luxe-etudiant-en-pharmacie.jpg)
- [37] « Article L4241-10 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036515580](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515580)
- [38] « Officine - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 8 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine>.
- [39] « Article L4221-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000021503741](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021503741)
- [40] « Articles R5125-39 à R5125-43 - Sous-section 3 : Remplacement – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196580/#LEGISCTA000006196580](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196580/#LEGISCTA000006196580)
- [41] « Article R5125-34 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006915213](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006915213)
- [42] « Article L5125-20 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408442](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408442)
- [43] « En pratique, que fait l'Ordre ? – Guide de stage de pratique professionnelle en

officine », consulté le 8 mai 2021. Disponible sur : <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/en-pratique-que-fait-lordre/>.

[44] « Article L5125-1-1 A - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 9 avr 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/)

[45] « Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722)

[46] « Article L1434-2 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000045213708/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045213708/)

[47] « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance ».

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

[48] Figure 9 : Dossier pharmaceutique (DP). Disponible sur :

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

[49] « Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007) – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000822417>

[50] « Décret n° 2023-251 du 3 avril 2023 relatif au dossier pharmaceutique. 2023-251 avr 3, 2023 – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047396628>

[51] « Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>

[52] « Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004 – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000625158/#:~:text=%C2%AB%20L'acc%C3%A8s%20au%20dossier%20m%C3%A9dical,sant%C3%A9%20d'une%20des%20parties.>

[53] Mon espace santé disponible depuis janvier 2022 s'enrichit d'un catalogue de services

- [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15264>
- [54] Figure 11 : Mon espace santé. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/>
- [55] « Article L5125-22 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036408533](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408533)
- [56] « Chapitre Ier : Dispositions générales (Articles L1161-1 à L1161-6) – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891756/#LEGISCTA000020892071](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891756/#LEGISCTA000020892071)
- [57] Figure 12 : Pharmacie de Garde. Disponible sur : [https://www.creationsac.com/921-large\\_default/plaque-pharmacie-de-garde-30x21-cm.jpg](https://www.creationsac.com/921-large_default/plaque-pharmacie-de-garde-30x21-cm.jpg)
- [58] « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance ».  
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- [59] Figure 10 : Dossier médical partagé (DMP). Disponible sur :  
<https://www.ordre.pharmacien.fr/>
- [60] « L'éducation thérapeutique - Les pharmaciens - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 9 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>.
- [61] « Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », consulté le 9 mai 2021. Disponible sur :  
<https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>.
- [62] « Article L4011-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038887638](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887638)
- [63] « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009 – Légifrance ».  
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- [64] « Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
- [65] « Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être

- proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037466340>
- [66] « Conciliation Médicamenteuse », Pharmacie-clinique.fr (blog), consulté le 10 mai 2021. Disponible sur : <http://pharmacie-clinique.fr/conciliation-medicamenteuse/>.
- [67] « Bilan de médication », Pharmacie-clinique.fr (blog), consulté le 10 mai 2021. Disponible sur : <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>.
- [68] « Article L1411-11 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722)
- [69] « Article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043499910](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043499910)
- [70] « Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine ».
- [71] « Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste et les conditions des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer et donnant lieu à la tarification d'honoraire en application du 14° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038409885>
- [72] « Décret n° 2021-248 du 4 mars 2021 modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire – Légifrance » [cité 29 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043216584>
- [73] « Campagne de vaccination en officine contre la Covid-19 - Communications - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 9 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Campagne-de-vaccination-en-officine-contre-la-Covid-19>.
- [74] « Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (1). 2022-1616 déc 23, 2022 – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000046796341/2022-12-25/>
- [75] « Arrêté du 21 avril 2022 fixant la liste des vaccins que les pharmaciens d'officine sont autorisés à administrer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la



- santé publique et la liste des personnes pouvant en bénéficier – Légifrance » [cité 4 juin 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045638970>
- [76] « Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019 – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
- [77] « Article L4011-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 10 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038887638](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887638)
- [78] « Section 2 : Protocole national (Articles D4011-2 à D4011-4) – Légifrance » [cité 30 mai 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00041618878/#LEGISCTA000041618878](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00041618878/#LEGISCTA000041618878)
- [79] « Décret n° 2021-23 du 12 janvier 2021 relatif aux conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des médicaments pour certaines pathologies. 2021-23 janv 12, 2021. – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042963228>
- [80] « Article L6314-1 - Code de la santé publique – Légifrance ». [cité 30 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036516239](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516239)
- [81] « Article R6311-1 - Code de la santé publique – Légifrance », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919211/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919211/).
- [82] « Article L721-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance » [cité 21 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042083941/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042083941/)
- [83] « Loi n° 2020-840 du 3 juillet 2020 visant à créer le statut de citoyen sauveteur, lutter contre l'arrêt cardiaque et sensibiliser aux gestes qui sauvent (1), 2020-840 § (2020). – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042079128/>
- [84] « Article 121-3 - Code pénal – Légifrance » [cité 30 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006417208](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417208)
- [85] « Article L721-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042083941/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042083941/).

- [86] « Article L312-13-1 - Code de l'éducation – Légifrance »[cité 30 mai 2023].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042083947/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042083947/)
- [87] « Article L726-1 - Code de la sécurité intérieure – Légifrance » [cité 30 mai 2021].  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042081386](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042081386)
- [88] « Article L1237-9-1 - Code du travail – Légifrance » [cité 30 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000042081264](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042081264)
- [89] « Article L211-3 - Code du sport – Légifrance » [cité 30 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043982900](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982900)
- [90] Figure 15 : Le 18. Disponible sur :  
[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/Sapeurs\\_Pompiers.svg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/25/Sapeurs_Pompiers.svg)
- [91] « Nous connaître », Pompiers.fr, 27 novembre 2015. Disponible sur :  
<https://www.pompiers.fr/pompiers/nous-connaître>
- [92] Figure 13 : Le 15. Disponible sur :  
[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg/110px-Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg/110px-Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg.png)
- [93] « Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512206#:~:text=L'aide%20m%C3%A9dicale%20urgente%20a,urgence%20appropri%C3%A9s%20%C3%A0%20leur%20%C3%A9tat.>
- [94] « Article R6311-1 - Code de la santé publique – Légifrance ». Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919211#:~:text=Lorsqu'une%20situation%20d'urgence,d'incendie%20et%20de%20secours.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919211#:~:text=Lorsqu'une%20situation%20d'urgence,d'incendie%20et%20de%20secours.)
- [95] Figure 14 : Le SAMU. Disponible sur :  
<https://mgl.skyrock.net/art/SHAR.3261.604.2.jpg>
- [96] « Article R6311-3 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033223207/.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033223207/)
- [97] DGOS, « Samu / Smur », Ministère des Solidarités et de la Santé, 21 mai 2021.  
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur.>
- [98] Figure 16 : Le 15. Disponible sur :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service\\_d%27aide\\_m%C3%A9dicale\\_urgente.svg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/1/1f/Service_d%27aide_m%C3%A9dicale_urgente.svg)

[99] « Article R6123-1 - Code de la santé publique - Légifrance ». [cité 31 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000045651272](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045651272)

[100] « Article R6123-15 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006916768/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916768/).

[101] Figure 17 : Le 115. Disponible sur :

[https://www.pagesjaunes.fr/media/ugc/samu\\_social\\_de\\_paris\\_07505600\\_114240461?w=200&h=200&crop=true](https://www.pagesjaunes.fr/media/ugc/samu_social_de_paris_07505600_114240461?w=200&h=200&crop=true)

[102] « adsp n° 52 - Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ? », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp?clef=94>

[103] « Article L6314-1 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 30 mai 2021].

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036516239](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516239)

[104] « Article R6315-1 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 21 mai 2021.

Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022059891/2010-04-01](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022059891/2010-04-01).

[105] Figure 18 : S.O.S Médecins. Disponible sur : [https://encrypted-](https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFpDGjK-e8IIJ9VwTkLnv1_XjtD6P9UQ3Bw&usqp=CAU)

[tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFpDGjK-e8IIJ9VwTkLnv1\\_XjtD6P9UQ3Bw&usqp=CAU](https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFpDGjK-e8IIJ9VwTkLnv1_XjtD6P9UQ3Bw&usqp=CAU)

[106] « La permanence de soins en France », SOS MÉDECINS, consulté le 21 mai 2021.

Disponible sur : <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/la-permanence-de-soins-en-france/>.

[107] Figure 19 : Croix-Rouge française. Disponible sur : <https://www.villejust.fr/wp-content/uploads/2021/02/vitrophanie-croix-rouge-francaise.jpg>

[108] Figure 20 : Protection civile. Disponible sur :

[https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/thumbnails/t\\_5ccacb43ed7ae014558841.jpg](https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/thumbnails/t_5ccacb43ed7ae014558841.jpg)

[109] « Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006. –

Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000788651>

- [110] « Sous-section 1 : Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence (Articles R6123-1 à R6123-12) - Légifrance. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196956/#LEGISCTA000006196956](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196956/#LEGISCTA000006196956)
- [111] « Sous-section 1 : Autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence (Articles R6123-1 à R6123-12) - Légifrance. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196956/#LEGISCTA000006196956](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196956/#LEGISCTA000006196956)
- [112] « Article R6123-18 - Code de la santé publique – Légifrance ». [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006916774](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916774)
- [113] « Paragraphe 1 : Accès direct à un plateau technique spécialisé (Articles R6123-32-1 à R6123-32-6) – Légifrance » [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006198862/#LEGISCTA000006198862](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006198862/#LEGISCTA000006198862)
- [114] « Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) », 2006-576 § (2006) – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000788651>
- [115] Figure 22 : Numéros d'urgence. Disponible sur : <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQ6gN19cByYGvfKmjGn7u7G5HYtt4dCXijYTO&usqp=CAU>
- [116] Figure 23 : Numéro d'urgence pour sourds et malentendants. Disponible sur : <https://www.info.urgence114.fr/>
- [117] « Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>
- [118] « Décret n° 2008-346 du 14 avril 2008 relatif à la réception et à l'orientation des appels d'urgence des personnes déficientes auditives ». 2008-346 avr 14, 2008. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000018650276>
- [119] Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer : Le 114, numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes [Internet]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Archives/Archives-des-dossiers-de-presse/Le-114-numero-d-urgence-pour-les-personnes-sourdes-et-malentendantes>
- [120] Figure 24 : Numéro d'urgence, danger en mer. Disponible sur :

<https://www.saintjeandeluz.fr/fr/securite-des-loisirs-nautiques-numero-durgence-le-196/>

- [121] Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer : Danger en mer : les numéros à connaître [Internet]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actu-du-ministere/danger-en-mer-numeros-a-connaître>
- [122] Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale - « reco2clics\_regulation\_medicale.pdf », consulté le 22 mai 2021. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics\\_regulation\\_medicale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf).
- [123] « Article R6311-2 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 21 mai 2021. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006919212/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006919212/).
- [124] Le référentiel secours à personne et aide médicale urgente (2008) précise les règles d'emploi des équipes de secouristes des sapeurs- pompiers référentiel SAP-AMU 2008
- [125] « Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente » (s. d.), consulté le 21 mai 2021. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020553062>
- [126] « Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2011-940 août 10, 2011 – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033/>
- [127] « Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016 – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
- [128] « Le pharmacien et vous - Les patients - Ordre National des Pharmaciens », consulté le 25 mai 2021. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-patients/Le-pharmacien-et-vous>.
- [129] « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Rapport de Thomas Mesnier – Mai 2018 » [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
- [130] « Prise en charge des soins non programmés à l'officine », consulté le 13 mai 2021. Disponible sur : <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2019/09/PRISE-EN-CHARGE-DES-SOINS-NON-PROGRAMMES-A-L-OFFICINE.aspx>.
- [131] Le panorama des établissements de santé- Édition 2014 | Direction de la recherche, des

- études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2014>
- [132] Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- [133] Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. Sénat. 2023 [cité 31 mai 2023]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
- [134] « Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016-41 janv 26, 2016 – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
- [135] « Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires - Rapport de Thomas Mesnier – Mai 2018 » [Internet]. [cité 16 mai 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
- [136] Études & résultats n°889 (2014), « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation »
- [137] Pacte de refondation des urgences [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 4 juin 2021]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences>
- [138] « Le rôle et la place des pharmaciens dans la crise du Coronavirus ». Enquête de l'Ifop pour le Groupe PHR Avril 2020
- [139] « Prise en charge des soins non programmés à l'officine ». , consulté le 13 mai 2021. Disponible sur : <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2019/09/PRISE-EN-CHARGE-DES-SOINS-NON-PROGRAMMES-A-L-OFFICINE.aspx>.
- [140] « Soins Non Programmés en Officine », consulté le 13 mai 2021. Disponible sur : <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/138>
- [141] Wilcke C, Parenty L, Zamolo H, Sarkozy F. Les pharmaciens d'officine sont aussi des acteurs du 1er recours. Résultats de l'enquête demandes de soins non programmés dans les officines du Grand Est. Annales Pharmaceutiques Françaises. 1 mars 2023;81(2):380-8. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.08.012>
- [142] « Yorick Berger : le pharmacien acteur de la prise en charge des urgences médicales », consulté le 13 mai 2021. Disponible sur : <https://www.celtipharm.com/Pages/Interview/2018/09/Yorick-Berger-le-pharmacien-acteur-de-la-prise-en-charge-des-urgences-medicales.aspx>.

- [143] [Consultation pharmacie et exercice illégal de la médecine [Article] in Droit, déontologie et soins, vol. 12, n° 2, 2012/06, pp. 208-216]
- [144] Éditions Larousse, « Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse », consulté le 16 mai 2021. Disponible sur :  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>.
- [145] Formation aux premiers secours [Internet]. Éditions Tissot. [cité 1 juin 2021].  
Disponible sur : <https://www.editions-tissot.fr/guide/definition/formation-aux-premiers-secours>
- [146] Dietrich Bonhoeffer, Extrait de The Speajer's Electronic Reference collection
- [147] « La responsabilité professionnelle du pharmacien – Guide de stage de pratique professionnelle en officine », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
<https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/la-responsabilite-professionnelle-du-pharmacien/>.
- [148] Guide de stage de pratique professionnelle, CNOP 2016
- [149] « Cahier thématique 11 – Responsabilité du pharmacien-interactif.pdf », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/346605/1695126/version/4/file/Cahier+th%C3%A9matique+11+-+Responsabilit%C3%A9+du+pharmacien-interactif.pdf>.
- [150] « Article L1142-2 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021.  
Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025076559/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025076559/)
- [151] « Article 1240 - Code civil - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032041571/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041571/)
- [152] « Article 1241 - Code civil - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032041565/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041565/)
- [153] D'après « Urgence à l'officine », 4ème édition, par Jean-Marc Agostinucci, Philippe Bertrand, Jean Occulti, paru le 3 janvier 2020
- [154] « Article R4235-1 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913651/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913651/)
- [155] « Article R4234-1 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025788201/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025788201/)
- [156] « Article R4234-34 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai

2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025839624/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025839624/)
- [157] « Article R4234-37 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025840154/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025840154/)
- [158] « Article L4234-6 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000034059260/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034059260/).
- [159] « Article R145-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006748272/1999-12-31/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006748272/1999-12-31/).
- [160] « Article R145-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006748275/1993-03-14/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006748275/1993-03-14/).
- [161] « Article L4161-1 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886735/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886735/).
- [162] Figure 25 : Le DPC. Disponible sur :  
[https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/logo\\_0.jpg](https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/logo_0.jpg)
- [163] « Article R4235-7 - Code de la santé publique – Légifrance » [cité 31 mai 2021]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913657](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913657)
- [164] « Article R4235-63 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913720/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913720/).
- [165] « Article R4235-62 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913719/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913719/).
- [166] « Article R4235-66 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 24 mai 2021. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006913723/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913723/).
- [167] « L'urgence à l'officine » 4e édition, 2020 de Philippe Bertrand, Jean-Marc Agostinucci, Jean Occulti
- [168] « Article 223-6 du Code pénal : Section 3 : De l'entrave aux mesures d'assistance et de



- l'omission de porter secours – Légifrance » [Internet]. Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289588#:~:text=Quiconque%20pouvant%20emp%C3%A4cher%20par%20son,75%20000%20euros%20d'amen de.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588#:~:text=Quiconque%20pouvant%20emp%C3%A4cher%20par%20son,75%20000%20euros%20d'amen de.)
- [169] « Article 1382, 1383, 1384 du Code Civil : Chapitre II : Des délits et des quasi-délits. (Articles 1382 à 1386) – Légifrance », Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006136352/1804-02-19>
- [170] « Article R\*5015-7 du Code de la santé publique : 2) Du concours du pharmacien à l'oeuvre de protection de la santé.- Légifrance » [Internet], Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000006799145/1992-05-20](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006799145/1992-05-20)
- [171] Les pharmaciens - panorama au 1er janvier 2021 [Internet]. CNOP. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2021>
- [172] CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 3 juin 2021]. Disponible sur : [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-285531,7138960,1909384,1139212&c=indicator&f=0&i=gene\\_popage.eft&s=2020&view=map6](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-285531,7138960,1909384,1139212&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&s=2020&view=map6)
- [173] Des territoires ruraux peu peuplés mais dynamiques - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 22 [Internet]. [cité 29 mai 2021]. Disponible sur:  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379802>
- [174] « Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000645383>
- [175] « Arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000657132>
- [176] Typologie des fermetures en fonction du chiffre d'affaires en 2020, données ARS, Brochure démographie pharmaceutique 2020
- [177] « Arrêté du 23 août 2019 modifiant l'arrêté du 24 juillet 2007 fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques de niveau 1 – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/8/23/INTE1926408A/jo/texte>
- [178] « Arrêté du 24 avril 2012 relatif au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025747321/>

[179] « Décret n°91-834 du 30 août 1991 relatif à la formation aux premiers secours – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000356365/1991-09-01/#JORFTEXT000000356365>

[180] « Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030084493>

[181] « Arrêté du 1er juillet 2019 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence – Légifrance ». Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000038734358/2019-07-07/>

[182] « Arrêté du 24 avril 2012 relatif au fonctionnement des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) - Légifrance ». Disponible sur

:<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025747321/>

[183] Circulaire n°DGOS/DGS/RH1/MC/2010/173 du 27 mai 2010 relative à l'obligation d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence pour l'exercice de certaines professions de santé

[184] Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref\\_id/39](https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfm/referentiel-grille-french-2018-de-triage-ioa-version-1-2/ref_id/39)

[185] Larousse É. Définitions : bobologie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bobologie/186884>

[186] Définition de trousse de secours | Dictionnaire français [Internet]. La langue française.

Disponible sur : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/trousse-de-secours>

[187] « Article R4224-14 du code du travail (chapitre IV, sécurité des lieux de travail, section 3 Matériel de premier secours et secouriste) – Légifrance ». Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000018532205](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018532205)

[188] Figure 59 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir. Disponible sur :

<https://www.securinorme.com/prevention-au-travail/251-comment-se-former-aux-gestes-de-premiers-secours->

[189] Figure 62 : Téléphone -Les numéros d'urgence à connaître | Service-public.fr

[Internet]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15841>

- [190] Figure 66 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir. Disponible sur :  
<https://www.securinorme.com/prevention-au-travail/251-comment-se-former-aux-gestes-de-premiers-secours->
- [191] AFGSU Gestes et soins d'urgence - Niveaux 1 & 2, François Bouhdiba, 2010
- [192] Figure 67 : Gestes de mises en sécurité. Les gestes qui sauvent | Ville de Marseille [Internet]. Disponible sur : <https://www.marseille.fr/sante/urgences-et-adresses-utiles/les-gestes-qui-sauvent>
- [193] « Article R\*5015-44 du Code de la santé publique, Paragraphe 4 : Des règles à observer dans les relations avec le public – Légifrance ». Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/LEGIARTI000006799223/1987-09-24](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006799223/1987-09-24)
- [194] « Article R4224-16 du Code du travail, Section 3 : Matériel de premier secours et secouriste – Légifrance ». Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043128580#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2013%20f%C3%A9vrier%202021,-Modifi%C3%A9%20par%20D%C3%A9cret&text=En%20l'absence%20d'infirmiers,aux%20accident%C3%A9s%20et%20aux%20malades.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043128580#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2013%20f%C3%A9vrier%202021,-Modifi%C3%A9%20par%20D%C3%A9cret&text=En%20l'absence%20d'infirmiers,aux%20accident%C3%A9s%20et%20aux%20malades.)
- [195] L'ambulancier diplômé d'Etat – Manuel de formation théorique et pratique – 3e édition – Setes 2013
- [196] Figure 69 : Les gestes qui sauvent | Ville de Marseille [Internet]. Disponible sur :  
<https://www.marseille.fr/sante/urgences-et-adresses-utiles/les-gestes-qui-sauvent>
- [197] Définition de trousse de secours | Dictionnaire français [Internet]. La langue française. Disponible sur : <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/trousse-de-secours>
- [198] Figure 70 : Trousse d'urgence : sac à dos multi-compartiments. Disponible sur :  
[https://www.medisafe.fr/media/cache/medisafe\\_product\\_zoom\\_thumbnail/product/17418-image-2-sac-urgence-extreme-elite-bags-235077-1.jpeg](https://www.medisafe.fr/media/cache/medisafe_product_zoom_thumbnail/product/17418-image-2-sac-urgence-extreme-elite-bags-235077-1.jpeg)
- [199] Figure 71 : Trousse d'urgence : caisse à outils. Disponible sur :  
<https://www.amazon.fr/HMF-14701-09-Premiers-multi-usage-pharmacie/dp/B06XRHLBBF>
- [200] « Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000021241235/2009-11-07/#LEGIARTI000021241235>
- [201] « Article R\*5015-4 du Code de la santé publique : 2) Du concours du pharmacien à

- l'œuvre de protection de la santé – Légifrance ». Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006799139/1987-07-31](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006799139/1987-07-31)
- [202] Cheyroux JE. La trousse d'urgence de médecine générale en Haute-Vienne en 2010 [Internet]. Limoges; 2010. Disponible sur : <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-33013>
- [203] « Article R4224-14 du Code du travail : Section 3 : Matériel de premier secours et secouriste – Légifrance ». Disponible sur :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000018532205](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018532205)
- [204] Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>
- [205] « Décret n°2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000278696>
- [206] « LOI n° 2018-527 du 28 juin 2018 relative au défibrillateur cardiaque – Légifrance ». Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037116260>
- [207] « Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037839290>
- [208] « Arrêté du 29 octobre 2019 relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039363942>
- [209] « Décret n° 2018-1259 du 27 décembre 2018 relatif à la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037864893>
- [210] « Arrêté du 29 octobre 2019 relatif au fonctionnement de la base de données nationale des défibrillateurs automatisés externes (DAE) – Légifrance ». Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039363959>
- [211] Défibrillateurs : plus visibles, plus accessibles | Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/gestion-de-lofficine/agencement-equipement/defibrillateurs-plus-visibles-plus-accessibles>
- [212] Règlement (UE) 2017/745 du Parlement Européen et du Conseil - du 5 avril 2017 -

relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n°178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/ 42/CEE. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745>

- [213] « Article R. 5211-5 du Code de la santé publique : Section 2 : Définitions – Légifrance ». Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037011262](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037011262)
- [214] Figure 72 : Obligations des exploitants de DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>
- [215] Figure 73 : Signalétique d'un DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>
- [216] Figure 74 : Exemple d'étiquette pour DAE. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>
- [217] Défibrillateurs : un contrôle régulier est nécessaire [Internet]. CNOP. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/defibrillateurs-un-controle-regulier-est-necessaire>
- [218] Dossier thématique - Défibrillateurs cardiaques externes [Internet]. ANSM. Disponible : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/defibrillateurs-cardiaques-externes>
- [219] « Article 1240 - Code civil : Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général – Légifrance ». Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032041571/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041571/)
- [220] « Article 1241 - Code civil : Chapitre Ier : La responsabilité extracontractuelle en général – Légifrance ». Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000032041565/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032041565/)
- [221] Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/dae>
- [222] L'arrêt cardiaque un bilan alarmant [Internet]. Fédération Française de Cardiologie. 2016 [cité 13 mai 2023]. Disponible sur : <https://fedecardio.org/je-m-informe/l-arret-cardiaque-un-bilan-alarmant/>
- [223] La vidéo-régulation au Samu, un nouvel outil de diagnostic à distance | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon [Internet]. [cité 22 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.chu-lyon.fr/la-video-regulation-au-samu-un-nouvel-outil-de-diagnostic-distance>

# ANNEXE

## I. TABLEAU COMPARATIF DES PLATEFORMES

Tableau 33 : Tableau Comparatif des plateformes de questionnaire

Critères	GoogleForm®	SurveyMonkey®	EvalAndGo®
<b>Prix :</b>	Totalement gratuit	Payant	Freemium (mais compte étudiant donnant accès à des fonctionnalités « professionnelles »)
<b>Utilisation :</b>	Très simple.	Complexe	Plus complexe mais très intuitive.
<b>Technicité :</b>	<p>Uniquement 11 types de questions dont : choix multiples, cases à cocher, liste déroulante, échelle linéaire.</p> <p><u>Options du questionnaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse obligatoire,</li> <li>- Affichage des questions en mode aléatoire,</li> <li>- Affichage d'une barre de progression,</li> <li>- Notation,</li> <li>- Affichage des bonnes / mauvaises réponses,</li> <li>- Branchement conditionnel qui reste très limité.</li> </ul> <p><u>Design :</u> Une bibliothèque de thèmes très succincte et un design de questionnaire peu personnalisable.</p> <p><u>Publication :</u> 4 moyens de diffusion dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le lien web,</li> <li>- Le partage sur les réseaux sociaux,</li> <li>- Un code d'intégration,</li> <li>- L'envoi par mail.</li> </ul> <p><u>Analyse des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Export des données brutes uniquement sous CSV,</li> <li>- Analyse des résultats très simples (tris à plat avec la répartition seulement en nombre et en pourcentage),</li> </ul>	<p>15 types de questions incluant ceux de GoogleForm®.</p> <p><u>Options du questionnaire :</u> les mêmes que pour le GoogleForm®</p> <p><u>Design :</u> Une bibliothèque de thèmes plus élaborée, un design totalement personnalisable.</p> <p><u>Publication :</u> des liens URL à copier-coller aux publications sur les réseaux sociaux ou sur un site Web, les listes d'adresses email des destinataires pour assurer le suivi des réponses ou encore des fenêtres pop-up sur un site Web. Les abonnements permettent également d'héberger les sondages sur fr.research.net (domaine en marque blanche).</p> <p><u>Analyse des résultats :</u> réponses en temps réel, outils d'analyse des données collectées et de partage des résultats avec d'autres utilisateurs.</p> <p>Possibilité de convertir les données en rapports et graphiques personnalisés pour</p>	<p>16 types de questions en version étudiante incluant ceux de GoogleForm®, mais aussi : l'évaluations (étoiles), par émoticônes ou curseurs, l'insertion d'image et l'utilisation de questions avancées comme des questions classement, répartition ou signature.</p> <p><u>Options du questionnaire :</u> celles du GoogleForm® mais aussi la possibilité d'ajouter une page d'introduction/de conclusion, des options de sauvegarde permettant de quitter et terminer le questionnaire plus tard, des branchements conditionnels sur questions et sur pages, un minuteur, et de masquer la marque EvalAndGo® (marque blanche), de personnaliser l'url du questionnaire, de créer des sondages en ligne dans plusieurs langues, de rediriger les répondants vers un lien url ou vers un rapport en fin de questionnaire.</p> <p><u>Design :</u> Une bibliothèque de thèmes plus élaborée, un design totalement personnalisable avec l'insertion de logo par exemple. Une équipe de graphistes propose également des thème sur-mesure, adapté à l'image et aux couleurs de la charte graphique.</p> <p><u>Publication :</u> celle de GoogleForm® mais incluant aussi l'envoi par mail (jusqu'à 10 000 mails par mois) depuis une plateforme présente sur le logiciel, un QR code, les relances automatiques par mail et également la protection du lien de publication par un mot de passe.</p> <p><u>Analyse des résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Export des données sous tous les formats (CSV, PDF, DOC, PPT, XLS),</li> <li>- Rapport d'analyse automatique, sous forme de graphiques et tableaux, qui s'actualise en temps réel,</li> <li>- Analyses avancées (tris-croisés, filtres selon les critères que vous choisirez comme l'âge, le sexe, ...),</li> </ul>

	Ne permet pas de faire d'analyse croisée et le rapport des résultats n'est pas modifiable. Les données doivent être retraitées manuellement sous Excel® afin de les étudier et les interpréter.	présenter les résultats directement au format souhaité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Options de groupage de plusieurs questions dans un même indicateur,</li> <li>- Personnalisation des rapports et leur partage (avec un mot de passe si nécessaire) en ligne ou leur export sous tous formats.</li> </ul>
<b>Sécurité des données</b>	Les données collectées ne nous appartiennent pas, elles sont la propriété de Google®, basé aux Etats-Unis. De plus, Google Forms® n'est pas conforme à la RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).	Conformité RGPD, mais la sécurisation et le stockage des données n'est pas fait en France, ni nécessairement dans l'UE.	Conforme à la réglementation RGPD sur la protection et la sécurité des données qui sont stockées en France.
<b>Support client et technique</b>	Google Forms® ne dispose pas de support client et technique.	Service Client anglais, disponible pas mail.	Support en ligne illimité (chat, Faq, tickets, vidéos tutorielles, ...) et le tout disponible en Français.
<b>En résumé :</b>	<p>AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratuit,</li> <li>- Prise en main rapide et simple,</li> <li>- Enregistrement des données dans un Google Spreadsheet®.</li> </ul> <p>INCONVENIENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils très limités,</li> <li>- Peu personnalisable,</li> <li>- Traitement et suivi des données très limités,</li> <li>- Non-conformité RGPD.</li> </ul>	<p>AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil professionnel très complet,</li> <li>- Conformité RGPD.</li> </ul> <p>INCONVENIENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Payants</li> <li>- Prise en main complexes</li> <li>- Service clients anglais.</li> </ul>	<p>AVANTAGES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entreprise et logiciel français,</li> <li>- Conforme à la réglementation RGPD,</li> <li>- Accompagnement personnalisé et service client très accessible,</li> <li>- Suivi des données en temps réel, nombreux modes d'exportation avec outils d'analyses pratiques,</li> <li>- Modes de publication nombreux et variés incluant un générateur de QR Code.</li> </ul> <p>INCONVENIENTS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines fonctionnalités sont payantes ou limitées dans la version étudiante,</li> <li>- Prise en main plus complexe mais qui reste intuitive.</li> </ul>

## II. QUESTIONNAIRE

### 1. Introduction



Figure 75 : Entête questionnaire

### **Premiers secours à l'officine en milieux rural et urbain**

Dans le cadre de ma thèse d'exercice portant sur la thématique générale du rôle de 1er secours du pharmacien d'officine, ce questionnaire a pour but de déterminer avec vous la place théorique et pratique des premiers secours dans votre officine et de mettre en évidence les éventuelles disparités pouvant exister en fonction du milieu d'exercice (rural ou urbain).

A noter que répondre à ce questionnaire d'une cinquantaine de questions ne vous prendra qu'une quinzaine de minutes et m'aidera énormément dans l'écriture d'une thèse que je souhaite la plus pratique et pragmatique possible grâce à votre expérience.

Attention : ce questionnaire s'adresse uniquement aux pharmaciens titulaires d'une officine en région PACA et n'est à remplir qu'une seule fois par officine.

Pour toute question, n'hésitez pas à me contacter par mail à cette adresse : [quentin.damiens@etu.univ-amu.fr](mailto:quentin.damiens@etu.univ-amu.fr).

## **2. Informations concernant le pharmacien titulaire et son officine**

### **I. Informations générales concernant le pharmacien titulaire**

#### **1. Vous êtes :**

- Un homme     Une femme

#### **2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

- 20 à 30 ans  
 30 à 40 ans  
 40 à 50 ans  
 50 à 60 ans  
 + de 60 ans



**3. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme de pharmacien ?**

...

**4. Dans quelle faculté de pharmacie l'avez-vous obtenu ?**

- |  |   |                                   |                                   |  |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Amiens                          | <input type="checkbox"/> Angers           | <input type="checkbox"/> Besançon | <input type="checkbox"/> Bordeaux | <input type="checkbox"/> Caen                |
| <input type="checkbox"/> Châtenay-Malabry (Paris Sud XI) | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | <input type="checkbox"/> Dijon    |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Grenoble                        | <input type="checkbox"/> Lille            | <input type="checkbox"/> Limoges  | <input type="checkbox"/> Lyon     | <input type="checkbox"/> Marseille           |
| <input type="checkbox"/> Montpellier                     | <input type="checkbox"/> Nancy            | <input type="checkbox"/> Nantes   | <input type="checkbox"/> Paris    | <input type="checkbox"/> Descartes (Paris V) |
| <input type="checkbox"/> Poitiers                        | <input type="checkbox"/> Reims            | <input type="checkbox"/> Rennes   | <input type="checkbox"/> Rouen    | <input type="checkbox"/> Strasbourg          |
| <input type="checkbox"/> Toulouse                        | <input type="checkbox"/> Tours            |                                   |                                   |  |

## **II. Informations générales concernant le lieu d'exercice**

Afin de garantir l'anonymat de la commune dans laquelle vous exercez, veuillez sélectionner dans les questions suivantes le département puis le type de la commune correspondant à la vôtre d'après le tableau correspondant (source INSEE) :

**5. Dans quel département de la région PACA se situe votre officine ?**

**6. Dans quel type de commune exercez-vous ? (Cf. tableaux suivants)**

- CUD - Commune Urbaine Dense
- CUI - Commune Urbaine Intermédiaire
- CPI - Commune Périurbaine intermédiaire
- CUPD - Commune Urbaine Peu Dense
- GCRP - Grande Commune Rurale Périurbaine
- GCRI - Grande Commune Rurale Isolée
- PCR - Petite Commune Rurale Périurbaine
- PCRI - Petite Commune Rurale Isolée

*Pour la lecture du tableau suivant sur smartphones, il est conseillé de mettre le téléphone en mode paysage avec une luminosité suffisante.*

Tableau 34 : Zonage de l'INSEE : 04 - Alpes-de-haute-provence

Type de communes :		Type de communes :		Type de communes :				
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	GCRP	Grande commune rurale périurbaine			
CUI	Commune urbaine intermédiaire	GCRP	Grande commune rurale isolée	GCRP	Grande commune rurale isolée			
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRP	Petite commune rurale périurbaine	PCRP	Petite commune rurale périurbaine			
CUPD	Commune urbaine peu dense	GCRP	Petite commune rurale isolée	GCRP	Petite commune rurale isolée			
04 - ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Aiglun	GCRP	Curban	PCRP	Montlaux	PCRP	Saint-Maime	GCRP
	Allègre-en-Provence	GCRP	Curel	PCRP	Montsalier	PCRP	Saint-Martin-de-Brômes	GCRP
	Allons	PCRP	Dauphin	GCRP	Morles	PCRP	Saint-Martin-les-Eaux	PCRP
	Allos	GCRP	Demandolx	PCRP	La Motte-du-Caire	GCRP	Saint-Martin-les-Seyne	PCRP
	Angles	PCRP	Digne-les-Bains	CUI	Moutiers-Sainte-Marie	GCRP	Saint-Michel-l'Observatoire	GCRP
	Annot	GCRP	Draix	PCRP	La Mure-Argens	GCRP	Saint-Paul-sur-UBaye	PCRP
	Archail	PCRP	Enchastrayes	GCRP	Nibles	GCRP	Saint-Pierre	PCRP
	Aubenas-les-Alpes	PCRP	Entrages	PCRP	Niozelles	PCRP	Saint-Pons	CUPD
	Aubignosc	GCRP	Entrepierres	PCRP	Noyers-sur-Jabron	GCRP	Sainte-Tulle	CUPD
	Authon	PCRP	Entrevaux	GCRP	Les Omergues	PCRP	Saint-Vincent-les-Forts	PCRP
	Auzet	PCRP	Éntrévennes	PCRP	Ongler	PCRP	Saint-Vincent-sur-Jabron	PCRP
	Banon	GCRP	L'Escalé	GCRP	Oppedette	PCRP	Salignac	GCRP
	Barcelonnette	CUPD	Esparron-de-Verdon	PCRP	Oraison	CUPD	Saunans	PCRP
	Barles	PCRP	Estoublon	GCRP	La Palud-sur-Verdon	PCRP	Sausses	PCRP
	Barras	PCRP	Faucon-du-Caire	PCRP	Peipin	GCRP	Selonnet	PCRP
	Barrême	GCRP	Faucon-de-Barcelonnette	GCRP	Peyroules	PCRP	Senez	PCRP
	Bayons	PCRP	Fontienne	PCRP	Peyrui	GCRP	Seyne	GCRP
	Beaujeu	PCRP	Forcalquier	CUPD	Pléguet	PCRP	Sigonce	GCRP
	Beauvezer	GCRP	Le Fugeret	PCRP	Pierrerve	GCRP	Sigoyer	PCRP
	Bellaire	PCRP	Ganagobie	GCRP	Pierrevert	CUI	Simiane-la-Rotonde	PCRP
	Bevons	PCRP	La Garde	PCRP	Portis	PCRP	Sisteron	CUPD
	Beynes	PCRP	Gigors	PCRP	Prads-Haute-Bléone	PCRP	Soleilhas	PCRP
	Bleux	PCRP	Gréoux-les-Bains	GCRP	Puimichel	PCRP	Sourribes	PCRP
	Bras-d'Asse	GCRP	L'Hospitalet	PCRP	Puimoisson	GCRP	Tartonne	PCRP
	Braux	PCRP	Jausiers	GCRP	Quinson	GCRP	Thèze	PCRP
	La Bréole	PCRP	La Javie	GCRP	Redortiers	PCRP	Thoard	GCRP
	La Brillanne	CUPD	Lambruisse	PCRP	Reillanne	GCRP	Thorame-Basse	PCRP
	Brunet	PCRP	Larche	PCRP	Méolans-Revel	PCRP	Thorame-Haute	PCRP
	Le Brusquet	GCRP	Lardiers	PCRP	Ravest-des-Brousses	PCRP	Les Thuiles	GCRP
	Le Caire	PCRP	Le Lauzet-Ubaye	PCRP	Revest-du-Bion	GCRP	Turriers	PCRP
	Castellane	GCRP	Limans	PCRP	Revest-Saint-Martin	PCRP	Ubraye	GCRP
	Le Castellard-Méjan	PCRP	Lurs	PCRP	Riez	GCRP	Uvernet-Fours	PCRP
	Le Castellet	PCRP	Majastres	PCRP	La Robine-sur-Galabre	PCRP	Vachères	PCRP
	Castellet-les-Sausses	PCRP	Malijai	GCRP	La Rochegiron	PCRP	Valavoire	PCRP
	Val-de-Chalvagne	PCRP	Mallefougasse-Augès	PCRP	La Rochette	PCRP	Valbelle	PCRP
	Céreste	GCRP	Mallemoisson	GCRP	Rougon	PCRP	Valensole	GCRP
	Le Chaffaut-Saint-Jurson	GCRP	Mane	CUPD	Roumoules	GCRP	Valernes	PCRP
	Champfercier	CUPD	Manosque	CUI	Saint-André-les-Alpes	GCRP	Vaumeilh	PCRP
	Château-Arnoux-Saint-Auban	CUI	Marcoux	GCRP	Saint-Benoît	PCRP	Venterol	PCRP
	Châteaufort	PCRP	Méailles	PCRP	Sainte-Croix-à-Lauze	PCRP	Verdaches	PCRP
	Châteauneuf-Miravail	PCRP	Les Mées	GCRP	Sainte-Croix-du-Verdon	PCRP	Vergons	PCRP
	Châteauneuf-Saint-Donat	GCRP	Melve	PCRP	Hauts-Duyes	PCRP	Le Vernet	PCRP
	Châteauredon	GCRP	Meyronnes	PCRP	Saint-Étienne-les-Orgues	GCRP	Villars-Colmars	GCRP
	Chaudon-Norante	PCRP	Mézel	GCRP	Saint-Geniez	PCRP	Villemus	GCRP
	Clamensane	PCRP	Mirabeau	GCRP	Saint-Jacques	GCRP	Villeneuve	CPI
	Claret	PCRP	Mison	GCRP	Saint-Jeannet	PCRP	Volonne	CUPD
	Clumanc	PCRP	Montagnac-Montpezat	GCRP	Saint-Julien-d'Asse	PCRP	Voix	CUPD
	Colmars	GCRP	Montclar	GCRP	Saint-Julien-du-Verdon	PCRP		
	La Condamine-Châtelard	PCRP	Montfort	CUPD	Saint-Jurs	PCRP		
	Corbières	CUPD	Montfuron	PCRP	Saint-Laurent-du-Verdon	PCRP		
	Cruis	GCRP	Montjustin	PCRP	Saint-Lions	PCRP		

Tableau 35 : Zonage de l'INSEE : 05 - Hautes-alpes

Type de communes :		Type de communes :		Type de communes :				
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	GCRP	Grande commune rurale périurbaine			
CUI	Commune urbaine intermédiaire	GCRP	Grande commune rurale isolée	GCRP	Grande commune rurale isolée			
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRP	Petite commune rurale périurbaine	PCRP	Petite commune rurale périurbaine			
CUPD	Commune urbaine peu dense	GCRP	Petite commune rurale isolée	GCRP	Petite commune rurale isolée			
05 - HAUTES-ALPES	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Abrès	PCRP	Esparron	PCRP	Le Noyer	PCRP	Saint-Genis	PCRP
	Agnières-en-Dévoluy	PCRP	Espinasses	GCRP	Orcières	GCRP	Saint-Jacques-en-Valgodemard	GCRP
	Aiguilles	GCRP	Étoile-Saint-Cyrice	PCRP	Orpierre	PCRP	Saint-Jean-Saint-Nicolas	GCRP
	Ancelle	GCRP	Eygliers	GCRP	Les Orres	GCRP	Saint-Julien-en-Beauchêne	PCRP
	Antonaves	GCRP	Eygulians	GCRP	Oze	PCRP	Saint-Julien-en-Champsaur	GCRP
	L'Argentière-la-Bessée	GCRP	La Fare-en-Champsaur	GCRP	Pelleautier	GCRP	Saint-Laurent-du-Cros	GCRP
	Arvieux	PCRP	La Faurie	PCRP	Pelvoux	GCRP	Saint-Léger-les-Mélieux	GCRP
	Aspremont	PCRP	Forest-Saint-Julien	GCRP	La Pierre	PCRP	Sainte-Marie	PCRP
	Aspres-les-Corps	PCRP	Foillouse	PCRP	Le Poët	GCRP	Saint-Martin-de-Queyrières	GCRP
	Aspres-sur-Buëch	GCRP	Freissinières	PCRP	Polligny	GCRP	Saint-Maurice-en-Valgodemard	PCRP
	Avençon	GCRP	La Freisinouse	GCRP	Puy-Saint-André	CUPD	Saint-Michel-de-Chailiol	PCRP
	Barletier	CUPD	Furmeyer	GCRP	Puy-Saint-Eusèbe	CUI	Saint-Pierre-d'Argençon	PCRP
	Barcelonnette	PCRP	Gap	PCRP	Puy-Saint-Pierre	CUPD	Saint-Pierre-Avez	PCRP
	Barrot-sur-Méouge	PCRP	La Graze	GCRP	Puy-Saint-Vincent	GCRP	Saint-Sauveur	PCRP
	La Bâtie-Montsaléon	PCRP	La Chapelle-en-Valgaudémar	PCRP	Puy-Sanières	PCRP	Saint-Véran	PCRP
	La Bâtie-Neuve	GCRP	Guillestre	GCRP	Rabou	PCRP	Le Saix	PCRP
	La Bâtie-Vieille	PCRP	La Haute-Beaume	PCRP	Rambaud	GCRP	Saléon	GCRP
	La Beaume	GCRP	Les Infournas	PCRP	Réalion	PCRP	Saléras	PCRP
	Bénévent-et-Charbillac	PCRP	Jarjays	PCRP	Rémolion	GCRP	La Salle-les-Alpes	CUPD
	Le Bersac	GCRP	Lagrand	GCRP	Riottier	GCRP	La Saucie	GCRP
	Brézières	GCRP	Laragne-Montéglin	CUPD	Ribayret	PCRP	Le Sauze-du-Lac	PCRP
	Briançon	CUI	Lardier-et-Valença	GCRP	Ribiers	GCRP	Savines-le-Lac	GCRP
	Bruis	PCRP	Laye	PCRP	Risoul	GCRP	Savourmon	PCRP
	Buissard	GCRP	Lazer	CUPD	Ristolas	PCRP	Serres	GCRP
	Ceilac	PCRP	Lettret	GCRP	Rochebrune	PCRP	Sigottier	PCRP
	Cervières	PCRP	Manteyer	GCRP	La Roche-de-Rame	GCRP	Sigoyer	GCRP
	Chabestan	GCRP	Méruil	PCRP	La Roche-des-Arnauds	GCRP	Sorbiers	PCRP
	Chabottes	PCRP	Molines-en-Queyras	PCRP	La Rochette	CUPD	Tallard	GCRP
	Champcella	PCRP	Monétier-Allemont	PCRP	Rosans	PCRP	Théus	GCRP
	Champoléon	PCRP	Le Monétier-les-Bains	GCRP	Rousset	GCRP	Trescléoux	PCRP
	Chanousse	GCRP	Montbrand	PCRP	Saint-André-d'Embrun	GCRP	Upaix	PCRP
	Châteauneuf-de-Chabre	PCRP	Montclus	PCRP	Saint-André-de-Rosans	GCRP	Val-des-Prés	PCRP
	Châteauneuf-d'Oze	GCRP	Mont-Dauphin	GCRP	Saint-Apollinaire	PCRP	Vailoutte	GCRP
	Châteauroux-les-Alpes	GCRP	Montgardin	GCRP	Saint-Auban-d'Oze	PCRP	Valsarres	PCRP
	Châteauneuf-Vieille	PCRP	Montgenèvre	PCRP	Saint-Bonnet-en-Champsaur	GCRP	Vars	GCRP
	Chauvaffay	PCRP	Montjay	PCRP	Saint-Chaffrey	CUPD	Ventavon	GCRP
	Chorges	GCRP	Montmaur	PCRP	Saint-Clément-sur-Durance	PCRP	Veynes	GCRP
	La Cluse	PCRP	Montmorin	PCRP	Saint-Colombe	PCRP	Les Vigneaux	GCRP
	Les Costes	PCRP	Montrond	PCRP	Saint-Crépin	GCRP	Villar-d'Arène	PCRP
	Crévoux	PCRP	La Motte-en-Champsaur	PCRP	Saint-Disier	GCRP	Villar-Loubière	PCRP
	Crots	GCRP	Moydans	PCRP	Saint-Étienne-dévoluy	PCRP	Villar-Saint-Pancrace	CUPD
	Embrun	CUI	Neffes	GCRP	Saint-Étienne-le-Laus	GCRP	Vitrolles	PCRP
	Éoures	PCRP	Névaçe	PCRP	Saint-Eusèbe-en-Champsaur	PCRP		
	L'Épine	PCRP	Nossage-et-Bénévent	PCRP	Saint-Firmin	GCRP		

Tableau 36 : Zonage de l'INSEE : 05 - Alpes-maritimes

Type de communes :						
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine			
CUI	Commune urbaine intermédiaire	IGCRI	Grande commune rurale isolée			
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine			
CUPD	Commune urbaine peu dense	PCRI	Petite commune rurale isolée			
06 - ALPES-MARITIMES	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Aiglun	PCRI	Entraunes	PCRCP	Roure	PCRI
	Amirat	PCRI	L' Escarène	IGCRI	Le Rouret	CUI
	Andon	PCRI	Escragnoles	IGCRI	Sainte-Agnès	CUPD
	Antibes	CUD	Èze	CUPD	Saint-André-de-la-Roche	CUD
	Ascos	PCRI	Falicon	CUI	Saint-Antonin	PCRI
	Aspremont	CUI	Les Farres	PCRI	Saint-Auban	PCRI
	Auribeau-sur-Siagne	CUI	Fontan	GCRP	Saint-Blaise	IGCRI
	Auvare	PCRI	Gars	PCRI	Saint-Cézaire-sur-Siagne	IGCRI
	Bairols	PCRI	Gattières	CUI	Saint-Dalmas-le-Selvage	PCRCP
	Le Bar-sur-Loup	CUI	La Gaude	CUI	Saint-Étienne-de-Tinée	GCRP
	Beaulieu-sur-Mer	CUI	Gilette	IGCRI	Saint-Jean-Cap-Ferrat	CUPD
	Beausoleil	CUI	Gorbio	CUPD	Saint-Jeannet	CUI
	Belvédère	IGCRI	Gourdon	CUPD	Saint-Laurent-du-Var	CUD
	Bendejun	IGCRI	Grasse	CUI	Saint-Léger	IGCRI
	Berre-les-Alpes	CUPD	Gréolières	IGCRI	Saint-Martin-d'Entraunes	PCRCP
	Beuil	GCRP	Guillaumes	PCRCP	Saint-Martin-du-Var	IGCRI
	Bézaudun-les-Alpes	PCRI	Ilonse	PCRI	Saint-Martin-Vésubie	GCRP
	Biot	CUI	Isola	PCRCP	Saint-Paul	CUI
	Blausasc	IGCRI	Lantosque	IGCRI	Saint-Sauveur-sur-Tinée	GCRP
	La Bollène-Vésubie	IGCRI	Levens	IGCRI	Saint-Vallier-de-Thiery	IGCRI
	Bonson	IGCRI	Lieuche	PCRI	Sailagriffon	PCRI
	Bouyon	IGCRI	Lucaram	IGCRI	Saorge	GCRP
	Breil-sur-Roya	GCRP	Maisassène	IGCRI	Sauze	PCRCP
	Briançonnet	PCRI	Mandelieu-la-Napoule	CUI	Séranon	PCRI
	Le Broc	IGCRI	Marie	PCRI	Sigale	PCRI
	Cabris	CUI	Le Mas	PCRI	Sospel	IGCRI
	Cagnes-sur-Mer	CUD	Massoins	IGCRI	Spéracèdes	CUI
	Caille	PCRI	Menton	CUI	Théoule-sur-Mer	CUPD
	Cannes	CUD	Mouans-Sartoux	CUI	Thiery	PCRI
	Le Cannet	CUD	Mougins	CUI	Le Tignet	CUI
	Cantaron	CUI	Moulinet	PCRI	Toudon	PCRI
	Cap-d'Ail	CUI	Les Mujouls	PCRI	Touët-de-l'Escarène	IGCRI
	Carros	CUI	Nice	CUD	Touët-sur-Var	IGCRI
	Castagniers	CUPD	Opio	CUI	La Tour	PCRI
	Castellar	CUPD	Pégomas	CUI	Tourrette-du-Château	PCRI
	Castillon	IGCRI	Peille	IGCRI	Tournefort	PCRI
	Caussols	PCRI	Peillon	IGCRI	Tourrette-Levens	CUI
	Châteauneuf-Grasse	CUI	La Penne	IGCRI	Tourrettes-sur-Loup	CUI
	Châteauneuf-Villevieille	CUPD	Peone	GCRP	La Trinité	CUD
	Châteauneuf-d'Entraunes	PCRCP	Peymeinade	CUI	La Turbie	CUI
	Ciampières	IGCRI	Pierlas	PCRI	Utelle	IGCRI
	Clans	IGCRI	Pierrefeu	PCRI	Valbonne	CUI
	Coaraze	IGCRI	Puget-Rostang	PCRI	Valdeblore	GCRP
	La Colle-sur-Loup	CUI	Puget-Théniers	GCRP	Valderoure	PCRI
	Collongues	PCRI	Revest-les-Roches	PCRI	Vallauris	CUD
	Colomars	CUI	Rigaud	PCRI	Venanson	GCRP
	Conségudes	PCRI	Rimplas	PCRI	Vence	CUI
	Contes	CUI	Roquebillière	IGCRI	Villars-sur-Var	IGCRI
	Courmes	PCRI	Roquebrune-Cap-Martin	CUI	Villefranche-sur-Mer	CUD
	Coursegoules	IGCRI	Roquefort-les-Pins	CUI	Villeneuve-d'Entraunes	PCRCP
	La Croix-sur-Roudoule	PCRI	Roquesteron	IGCRI	Villeneuve-Loubet	CUD
	Cuébris	PCRI	Roquestéron-Grasse	PCRI	La Brigue	GCRP
	Daluis	PCRCP	La Roquette-sur-Siagne	CUI	Tende	GCRP
	Drap	CUI	La Roquette-sur-Var	IGCRI		
	Duranus	PCRI	Roubion	PCRCP		

Tableau 37 : Zonage de l'INSEE : 13 - Bouches-du-rhône

Type de communes :						
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine			
CUI	Commune urbaine intermédiaire	IGCRI	Grande commune rurale isolée			
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine			
CUPD	Commune urbaine peu dense	PCRI	Petite commune rurale isolée			
13 - BOUCHES-DU-RHÔNE	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Aix-en-Provence	CUD	Gardanne	CUI	Rognac	CUI
	Allauch	CUD	Gémenos	CUPD	Rognes	IGCRI
	Alleins	IGCRI	Gignac-la-Nerthe	CUI	Rognonas	CUPD
	Arlès	CUI	Grans	CUI	La Roque-d'Anthéron	IGCRI
	Aubagne	CUI	Gravson	CUPD	Roquefort-la-Bédoule	CPI
	Aureille	IGCRI	Gréasque	CUI	Roquevaire	CUI
	Auriol	CUI	Istres	CUI	Rousset	CUPD
	Aurons	IGCRI	Jouques	IGCRI	Le Rové	IGCRI
	La Barben	CUPD	Lamanon	IGCRI	Saint-Andiol	CUPD
	Barbentane	CUPD	Lambesc	CPI	Saint-Antonin-sur-Bayon	PCRI
	Les Baux-de-Provence	PCRCP	Launçon-Provence	CPI	Saint-Cannat	IGCRI
	Beaurecueil	CUPD	Maillane	CUPD	Saint-Chamas	CUI
	Belcodène	IGCRI	Mallemort	IGCRI	Saint-Estève-Janson	IGCRI
	Berre-Étang	CUI	Marignane	CUI	Saint-Étienne-du-Grès	CUPD
	Bouc-Bel-Air	CUI	Marseille	CUD	Saint-Marc-Jaumegarde	CUPD
	La Bouilladisse	CUI	Martigues	CUI	Saintes-Maries-de-la-Mer	GCRP
	Boulbon	IGCRI	Mas-Blanc-des-Alpilles	CUPD	Saint-Martin-de-Crau	CPI
	Cabannes	CUPD	Maussane-les-Alpilles	IGCRI	Saint-Mitre-les-Remparts	CUI
	Cabriès	CUI	Meyrargues	IGCRI	Saint-Paul-lès-Durance	GCRP
	Cadolive	CUI	Meyreuil	CUI	Saint-Rémy-de-Provence	CUI
	Carry-le-Rouet	CPI	Saint-Pierre-de-Mézoargues	IGCRI	Saint-Savournin	CUI
	Cassis	CPI	Mimet	CUI	Saint-Victoret	CUI
	Ceyreste	CUI	Miramas	CUI	Salon-de-Provence	CUI
	Charleval	IGCRI	Mollégès	CUPD	Sausset-les-Pins	CPI
	Châteauneuf-le-Rouge	CUPD	Mouriès	IGCRI	Sénas	IGCRI
	Châteauneuf-les-Martigues	CUI	Noves	CUPD	Septèmes-les-Vallons	CUI
	Châteaurenard	CUI	Orgon	CUPD	Simiane-Collongue	CUI
	La Ciotat	CUI	Paradou	IGCRI	Tarascon	CUI
	Cornillon-Confoux	IGCRI	Pélissanne	CUI	Le Tholonet	CUPD
	Cuges-les-Pins	IGCRI	La Penne-sur-Huveaune	CUI	Trets	CUI
	La Destrousse	CUI	Les Pennes-Mirabeau	CUI	Vauvenargues	IGCRI
	Éguilles	CUI	Peyrier	CUPD	Veloux	CUI
	Ensûès-la-Redonne	IGCRI	Peyrin	CUI	Venelles	CUI
	Eygalières	CUPD	Peyrolles-en-Provence	IGCRI	Ventabren	CPI
	Eygüères	CPI	Plan-de-Cuques	CUD	Vernègues	IGCRI
	Eyragues	CUPD	Plan-d'Orgon	CUPD	Verquières	CUPD
	La Fare-les-Oliviers	CPI	Port-de-Bouc	CUI	Vitrolles	CUI
	Fontvieille	IGCRI	Port-Saint-Louis-du-Rhône	CUI	Coudoux	CPI
	Fos-sur-Mer	CUI	Puylobier	IGCRI	Carnoux-en-Provence	CPI
	Fuveau	CUI	Le Puy-Sainte-Réparate	IGCRI		

Tableau 38 : Zonage de l'INSEE : 83 - Var

Type de communes :						
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	
CUI	Commune urbaine intermédiaire	GCRP	Grande commune rurale isolée	GCRP	Grande commune rurale isolée	
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine	
CUPD	Commune urbaine peu dense	PCRPI	Petite commune rurale isolée	PCRPI	Petite commune rurale isolée	
83 - VAR	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Les Adrets-de-l'Estérel	GCRP	Évenos	CUPD	Rians	GCRP
	Aiguines	PCRCP	La Farliède	CUI	Riboux	PCRPI
	Ampus	GCRP	Fayence	GCRP	Rocbaron	GCRP
	Les Arcs	CUPD	Figanières	GCRP	Roquebrune-sur-Argens	CPI
	Artignosc-sur-Verdon	PCRCP	Flassans-sur-Issole	GCRP	La Roquebrussanne	GCRP
	Artigues	GCRP	Flayosc	CUPD	La Roque-Esclapon	PCRCP
	Aups	GCRP	Forcalqueiret	GCRP	Rougiers	GCRP
	Bagnols-en-Forêt	GCRP	Fox-Amphoux	PCRCP	Sainte-Anastasie-sur-Issole	GCRP
	Bandol	CUI	Fréjus	CUD	Saint-Cyr-sur-Mer	CUI
	Bargème	PCRCP	La Garde	CUD	Saint-Julien	GCRP
	Bargemon	GCRP	La Garde-Freinet	GCRP	Saint-Martin	PCRPI
	Barjols	GCRP	Gandoult	GCRP	Sainte-Maxime	CUI
	La Bastide	GCRP	Gassin	CUPD	Saint-Maximin-la-Sainte-Baume	CPI
	Baudinard-sur-Verdon	PCRCP	Ginasservis	GCRP	Saint-Paul-en-Forêt	GCRP
	Bauduen	PCRCP	Gonfaron	GCRP	Saint-Raphaël	CUD
	Le Beausset	CUI	Grimaud	CUPD	Saint-Tropez	CUPD
	Belgentier	CUPD	Hyères	CUI	Saint-Zacharie	CUI
	Besse-sur-Issole	GCRP	Le Lavandou	CUI	Salernes	CUPD
	Bornes-les-Mimosas	CUI	La Londe-les-Maures	CPI	Les Salles-sur-Verdon	PCRCP
	Le Bourguet	PCRCP	Lorgues	CPI	Sanary-sur-Mer	CUD
	Bras	GCRP	Le Luc	CUI	Seillans	GCRP
	Brenon	PCRCP	La Martre	PCRCP	Seillons-Source-d'Argens	GCRP
	Brignoles	CUI	Les Mayons	GCRP	La Seyne-sur-Mer	CUD
	Brue-Auriac	GCRP	Mazaugues	GCRP	Signes	GCRP
	Cabasse	GCRP	Méounes-lès-Montrieux	GCRP	Sillans-la-Cascade	CUPD
	La Cadière-d'Azur	CUPD	Moissac-Bellevue	GCRP	Six-Fours-les-Plages	CUD
	Callas	GCRP	La Môle	GCRP	Solliès-Pont	CUI
	Callian	GCRP	Mons	GCRP	Solliès-Toucas	CUI
	Camps-la-Source	GCRP	Montauroux	GCRP	Solliès-Ville	CUI
	La Carnet-des-Maures	CUPD	Monterrat	GCRP	Tanneron	GCRP
	Carcàs	GCRP	Montfort-sur-Argens	GCRP	Taradeau	GCRP
	Carnoules	GCRP	Montmeyan	GCRP	Tavernes	GCRP
	Carqueiranne	CUI	La Motte	CUPD	Le Thoronet	GCRP
	Le Castellet	CUPD	Le Muy	CUI	Toulon	CUD
	Cavalaire-sur-Mer	CUI	Nans-les-Pins	GCRP	Tourrettes	GCRP
	La Celle	CUPD	Néoules	GCRP	Tourtour	GCRP
	Châteaudouble	PCRCP	Ollières	GCRP	Tourves	GCRP
	Châteauvert	GCRP	Ollioules	CUI	Trans-en-Provence	CUI
	Châteauxvieux	PCRCP	Pierrefeu-du-Var	GCRP	Trigance	PCRCP
	Claviers	GCRP	Pignans	GCRP	Le Val	CUPD
	Cogolin	CUI	Plan-d'Aups-Sainte-Baume	GCRP	La Valette-du-Var	CUD
	Collobrières	GCRP	Le Plan-de-la-Tour	GCRP	Varages	GCRP
	Comps-sur-Artuby	PCRCP	Pontevès	GCRP	La Verdière	GCRP
	Correns	GCRP	Pourcieux	GCRP	Vérignon	PCRPI
	Cotignac	GCRP	Pourrières	GCRP	Vidauban	CUI
	La Crau	CUI	Le Pradet	CUI	Villecroze	CUPD
	La Croix-Valmer	CUPD	Puges-sur-Argens	CUI	Vinon-sur-Verdon	GCRP
	Cuers	CUI	Pugnet-ville	GCRP	Vinon-sur-Verdon	GCRP
	Draguignan	CUI	Ramatuelle	CUPD	Rayol-Canadel-sur-Mer	CUPD
	Entrecasteaux	GCRP	Régusse	GCRP	Saint-Mandrier-sur-Mer	CUI
	Esparron	PCRPI	Le Revest-les-Eaux	CUI	Saint-Antonin-du-Var	GCRP

Tableau 39 : Zonage de l'INSEE : 84 - Vaucluse

Type de communes :						
CUD	Commune urbaine dense	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	GCRP	Grande commune rurale périurbaine	
CUI	Commune urbaine intermédiaire	GCRP	Grande commune rurale isolée	GCRP	Grande commune rurale isolée	
CPI	Commune périurbaine intermédiaire	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine	PCRCP	Petite commune rurale périurbaine	
CUPD	Commune urbaine peu dense	PCRPI	Petite commune rurale isolée	PCRPI	Petite commune rurale isolée	
84 - VAUCLUSE	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune	Nom de la commune	Type de commune
	Aithen-des-Paluds	CUI	Grambois	GCRP	Rustrai	GCRP
	Ansois	GCRP	Grillon	GCRP	Sablé	GCRP
	Apt	CUI	L'Isle-sur-la-Sorgue	CUI	Saignon	CUPD
	Aubignan	CUPD	Jonquerettes	CUI	Sainte-Cécile-les-Vignes	GCRP
	Aurèl	PCRCP	Jonquières	CUPD	Saint-Christol	GCRP
	Auribeau	PCRPI	Joucas	GCRP	Saint-Didier	CUI
	Avignon	CUD	Lacoste	GCRP	Saint-Hippolyte-le-Graveyron	GCRP
	Le Barroux	GCRP	Laferrière	GCRP	Saint-Léger-du-Ventoux	GCRP
	La Bastide-des-Jourdans	GCRP	Lagarde-d'Apt	PCRCP	Saint-Marcellin-lès-Vaison	CUPD
	La Bastidonne	GCRP	Lagarde-Paréol	GCRP	Saint-Martin-de-Castillon	GCRP
	Le Beaucet	GCRP	Lagnes	CUPD	Saint-Martin-de-la-Brasque	GCRP
	Beaumes-de-Venise	CUPD	Lamotte-du-Rhône	GCRP	Saint-Pantaléon	CUPD
	Beaumettes	CUPD	Lapalud	GCRP	Saint-Pierre-de-Vassols	GCRP
	Beaumont-de-Pertuis	GCRP	Lauris	CUPD	Saint-Romain-en-Viennois	CUPD
	Beaumont-du-Ventoux	GCRP	Lioux	PCRPI	Saint-Roman-de-Malegarde	PCRPI
	Bédarrides	CUPD	Loriot-du-Comtat	CUPD	Saint-Saturnin-lès-Apt	GCRP
	Bédoin	GCRP	Lourmarin	GCRP	Saint-Saturnin-lès-Avignon	CUI
	Blauvac	GCRP	Malaucaène	GCRP	Saint-Trinit	PCRCP
	Bollène	CUI	Malemort-du-Comtat	GCRP	Sannes	GCRP
	Bonnieux	GCRP	Maubec	CUPD	Sarriens	CUPD
	Brantes	PCRCP	Mazan	CUI	Sault	GCRP
	Buisson	PCRPI	Ménerbes	GCRP	Saumane-de-Vaucluse	CUPD
	Buoux	PCRPI	Mérindol	GCRP	Savoillan	PCRCP
	Cabrières-d'Aigues	GCRP	Méthamis	GCRP	Séguret	GCRP
	Cabrières-d'Avignon	CUPD	Mirabeau	GCRP	Sérignan-du-Comtat	GCRP
	Cadenet	CUPD	Modène	CUPD	Silvargues	PCRPI
	Caderousse	CUPD	Mondragon	GCRP	Sorgues	CUI
	Cairanne	GCRP	Monieux	PCRCP	Suzette	PCRCP
	Camaret-sur-Aigues	GCRP	Monteux	CUI	Taillades	CUI
	Caromb	CUPD	Morières-lès-Avignon	CUI	Le Thor	CUI
	Carpentras	CUI	Mormoiron	GCRP	La Tour-d'Aigues	GCRP
	Caseneuve	PCRPI	Mornas	GCRP	Travaillan	GCRP
	Castellet	PCRPI	La Motte-d'Aigues	GCRP	Uchaux	GCRP
	Caumont-sur-Durance	GCRP	Murs	PCRPI	Vacqueyras	GCRP
	Cavaillon	CUI	Oppède	CUPD	Vaison-la-Romaine	CUPD
	Châteauneuf-de-Gadagne	CUPD	Orange	CUI	Valréas	CUI
	Châteauneuf-du-Pape	GCRP	Pernes-les-Fontaines	CUI	Fontaine-de-Vaucluse	CUPD
	Cheval-Blanc	CUPD	Pertuis	CPI	Vaugines	GCRP
	Courthézon	CUPD	Peypin-d'Aigues	GCRP	Vedène	CUI
	Crestet	GCRP	Piolenc	GCRP	Velleron	CUPD
	Crillon-le-Brave	GCRP	Le Pontet	CUD	Venasque	GCRP
	Cucuron	GCRP	Puget	GCRP	Viens	GCRP
	Entraigues-sur-la-Sorgue	CUI	Puymeras	GCRP	Villars	GCRP
	Entrecastaux	GCRP	Puyvert	CUPD	Villedieu	GCRP
	Faucou	GCRP	Rasteau	GCRP	Villelaure	GCRP
	Flassan	GCRP	Richerenches	GCRP	Villes-sur-Auzon	GCRP
	Gargas	CUI	Roaix	CUPD	Viols	GCRP
	Gignac	PCRPI	Robion	CUI	Visan	GCRP
	Gigondas	GCRP	La Roque-Alic	PCRPI	Vitrolles-en-Lubéron	PCRPI
	Gordes	CUPD	La Roque-sur-Pernes	GCRP		
	Gout	CUPD	Roussillon	GCRP		

**7. Dans quelle tranche de chiffre d'affaires annuel Hors Taxes se situe votre officine ?**

- Inférieure à 1,1 millions d'euros
- Entre 1,1 et 2,2 millions d'euros
- Entre 2,2 et 2,6 millions d'euros
- Entre 2,6 et 3,9 millions d'euros
- Supérieure à 3,9 millions d'euros

**8. Parmi ces "nouvelles" missions, votre pharmacie est-elle impliquée dans :**

- La vaccination antigrippale
- La vaccination anti-Covid-19
- Les entretiens pharmaceutiques (Asthme, AOD, AVK, etc.)
- Les bilans partagés de médication (BPM)
- Les TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique)
- Les tests antigéniques Covid-19

**9. Combien d'employé(e)s compte votre officine ?**

...

**10. Combien de pharmaciens(ciennes) compte votre officine ? (Vous inclus(e)s)**

...

**11. Combien de préparateurs(trices) compte votre officine ? (Apprenti(e)s exclu(e)s)**

...

### **3. Formation aux premiers secours**

On parlera par la suite uniquement de formations complètes (théorique ET pratique), reconnues\* et délivrées par des organismes agréés\*\*.

\* Exemple de formations reconnues : l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), le Brevet National de Secourisme (BNS) devenu Attestation de Formation aux Premiers Secours (AFPS) puis Prévention et Secours Civique (PSC), etc.

\*\* Exemple d'organismes de formation agréés : le CESU, la Croix-Rouge, la Protection civile, etc.

**12. Avez-vous déjà été formé(e) aux premiers secours ?**

- Oui
- Non

**13. A quand remonte votre dernière formation aux premiers secours ?**

- 1 an (ou moins)  2 ans  3 ans  4 ans  
 Entre 4 et 8 ans  + de 8 ans

**14. Cette formation était dans le cadre :**

- De la formation initiale  
 Du Développement Professionnel Continu (DPC)  
 D'une démarche à titre personnel

**15. Au sein de votre officine, d'autres personnes sont-elles formées\* aux premiers secours**

*? \*Par une formation complète (théorique ET pratique), reconnue et délivrée par un organisme agréé.*

- Oui  Non

**16. Combien sont-ils à y être formés ?**

...

**17. Parmi eux, combien de préparateurs(trices) sont concerné(e)s ?**

...

**18. Parmi eux, combien de pharmacien(nes) sont concerné(e)s ?**

...

**19. Parmi eux, à quand remonte la formation la plus récente ?**

- 1 an (ou moins)  2 ans  3 ans  4 ans  
 Entre 4 et 8 ans  + de 8 ans

#### 4. Dans la pratique

Chacune des thématiques suivantes sera abordée sous 2 aspects : celui de la fréquence d'exposition (allant de "jamais" à "très souvent"), puis celui du potentiel à y faire face (allant de "pas du tout préparé" à "très bien préparé").

En considérant que :

- **Pour la fréquence :**

0 = Jamais / 1 = C'est déjà arrivé / 2 = Parfois / 3 = Souvent / 4 = Très souvent

- **Pour le niveau de préparation :**

0 = Pas du tout préparé / 1 = Pas suffisamment préparé / 2 = Moyennement préparé / 3 = Suffisamment préparé / 4 = Très bien préparé

**20. Concernant les plaies, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**21. Concernant la prise en charge de ces plaies à votre officine, vous diriez que vous êtes**

:

- **Plaie simple (sans facteur de gravité\*)**

- **Plaie grave (avec facteur de gravité\*)**

\* Gravité d'une plaie selon :

- La localisation : oeil, face, crâne, cou, main, thorax, abdomen, proximité d'orifice naturel, etc.
- L'aspect : saignant beaucoup, lacération, contenant un corps étranger, étendue, multiple, etc.
- La cause : arrachement / écrasement, pénétration profonde d'un objet, morsure, fracture, etc.

**22. Concernant les brûlures, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**23. Concernant la prise en charge de ces brûlures dans votre officine, vous diriez que vous êtes :**

- **Brûlure simple : du 1er ou 2ème degré sans facteur de gravité**

- **Brûlure grave : 2ème degré avec facteur de gravité ou 3ème degré**

\* Gravité d'une brûlure selon :

- La localisation : voie aérienne, face, mains et zones de flexion, circulaires et profondes, organes génitaux, etc.
- L'aspect : Rougeur, cloques, etc.
- L'étendue : surface corporelle concernée inférieure à la moitié, à la totalité ou à plus de la totalité de la paume de la main.
- La douleur : présente ou non.
- Le terrain : Antécédents médicaux (diabète, immunodépression, etc.), âge, etc.

**24. Concernant les saignements, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**25. Concernant la prise en charge de ces saignements dans votre officine, vous diriez que vous êtes :**

- **Saignement simple** : de faible intensité et pouvant s'arrêter spontanément (coupure superficielle, épistaxis, etc.).
- **Saignement** chez un patient sous anticoagulants (AVK, AOD, ...) ou présentant des troubles de l'hémostase.
- **Saignement grave** : hémorragie externe, extériorisée (par un orifice naturel) ou interne.

**26. Concernant les traumatismes, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**27. Concernant la prise en charge de ces traumatismes dans votre officine, vous diriez que vous êtes :**

- **Musculaire** : contusion, élongation, claquage, déchirure, etc.
- **Articulaire** : entorse, luxation, etc.
- **Osseux au niveau des membres supérieurs ou inférieurs.**
- **Osseux au niveau du rachis ou de la tête.**

**28. Concernant les urgences contraceptives, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**29. Concernant la prise en charge de ces urgences contraceptives dans votre officine, vous diriez que vous êtes :**

- **Pour un défaut d'usage de sa méthode contraceptive** : oubli de prise de sa contraception orale, oubli ou perte de son patch ou de son anneau contraceptif, etc.
- **Pour une demande de contraception d'urgence.**



30. Concernant les détresses cardio-vasculaires, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?

31. Concernant la prise en charge de ces détresses cardio-vasculaires dans votre officine, vous diriez que vous êtes :

- **Malaise cardiaque** (bradycardie, tachycardie, arythmie, etc.).
- **Crise hypotensive** (malaise vagal) **ou hypertensive**.
- **Angine de poitrine** (crise d'angor stable).
- **Crise cardiaque** (arrêt circulatoire, Infarctus Du Myocarde (IDM), etc.).

32. Concernant les détresses respiratoires, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?

33. Concernant la prise en charge de ces détresses respiratoires dans votre officine, vous diriez que vous êtes :

- **Obstruction des voies aériennes** (étouffement, fausse route, ...).
- **Crise d'asthme aiguë grave**.

34. Concernant les détresses neuro-psychiatriques, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?

35. Concernant la prise en charge de ces détresses neuro-psychiatriques dans votre officine, vous diriez que vous êtes :

- **Malaise** (Personne consciente qui ressent une sensation pénible, désagréable et inhabituelle).
- **Perte de connaissance**.
- **Crise d'épilepsie**.

36. Concernant les détresses métaboliques, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?

37. Concernant la prise en charge de ces détresses métaboliques dans votre officine, vous diriez que vous êtes :

- **Déshydratation**.
- **Hypoglycémie**.

38. Concernant les intoxications, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?

39. Concernant la prise en charge de ces intoxications dans votre officine, vous diriez que vous êtes :

- **Alimentaire par champignons**.

- **Médicamenteuse involontaire** avec les médicaments à marges thérapeutiques étroites.
- **Gazeuse par le monoxyde de carbone (CO).**

**40. Concernant les chocs allergiques, à quelle fréquence diriez-vous être sollicité ?**

**41. Concernant la prise en charge de ces chocs allergiques dans votre officine, vous diriez que vous êtes :**

- **Œdème de Quincke et choc anaphylactique.**

## **5. Organisation des premiers secours à l'officine**

**42. Possédez-vous une trousse d'urgence\* :**

- Oui       Non

\*Contenant où on retrouve à la fois des médicaments et des instruments, accessible à tout moment et permettant de prendre en charge des urgences et de prodiguer les premiers soins en cas de maladie ou d'accident.

**43. Est-elle vérifiée, actualisée et complétée (gestion des périmés, des manquants, etc.) ?**

- Oui       Non

**44. Est-elle bien repérable, signalisée et connue des membres de l'équipe officinale ?**

- Oui       Non

**45. Dans cette trousse d'urgence ou dans votre pharmacie, avez-vous toujours à disposition, en état de marche et prêt à l'emploi :**

- **Un auto-tensiomètre**

- Oui       Non

- **Un oxymètre de pouls**

- Oui       Non

- **Un thermomètre**

- Oui       Non

- **Un lecteur de glycémie avec bandelettes, lancettes et stylo auto-piqueur**

- Oui       Non

**46. Le nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours :**

- **Un téléphone à portée de main** (fixe "mobile", ou portable)
  - Oui       Non
- **Une liste des numéros à contacter en cas d'urgence** (médecins traitants, médecins spécialisés, centre anti-poison, SAMU, Pompier, etc.)
  - Oui       Non
- **Une liste de coordonnées des secours de proximité** (urgences spécialisées ou non les plus proches, etc.) auxquels adresser le patient
  - Oui       Non

#### **47. Le nécessaire pour intervenir auprès de la victime\* :**

*\*Les exemples mentionnés entre parenthèses ne constituent pas une liste exhaustive mais n'en sont pas moins nécessaires. L'usage de certains des items mentionnés peut nécessiter l'aval du SAMU.*

- **De quoi prendre des notes**
  - Oui       Non
- **Des équipements de protection individuelle (EPI)** (Gants, masques chirurgicaux, etc.)
  - Oui       Non
- **De quoi protéger le patient** (couverture de survie, etc.)
  - Oui       Non
- **De quoi nettoyer et protéger une plaie/brûlure simple** (ciseaux, sérum physiologique, eau oxygénée, antiseptiques, compresses, pansements, bandages, etc.)
  - Oui       Non
- **De quoi protéger une plaie grave** (pansements américains stériles, etc.)
  - Oui       Non
- **De quoi prendre en charge une hémorragie** (pansements hémostatiques ou compressifs, garrot, etc.)
  - Oui       Non
- **De quoi immobiliser un membre supérieur** (écharpe triangulaire)
  - Oui       Non
- **De quoi récupérer un membre sectionné** (sac plastique type congélation)
  - Oui       Non
- **De quoi "resucrer" un patient en hypoglycémie** (sucre sous emballages individuels)
  - Oui       Non

- **De quoi prendre en charge une crise d'asthme** (bêta-2-mimétiques, chambre d'inhalation)  
 Oui       Non
- **De quoi prendre en charge une réaction allergique** (anti-histaminique (Anti-H1), seringue pré-remplie d'adrénaline, etc.)  
 Oui       Non
- **De quoi prendre en charge la douleur** (antalgiques, anti-inflammatoires, etc.)  
 Oui       Non
- **De quoi prendre en charge un arrêt cardiaque** : Défibrillateur Automatisé Externe (DAE) dans votre officine ou à proximité immédiate.  
 Oui       Non

## **6. Perspectives pédagogiques**

### **48. Seriez-vous intéressé(e) par :**

- **Des fiches types "arbres décisionnels" d'aide à la prise en charge des situations d'urgence à l'officine**  
 Oui       Non
- **Une fiche récapitulative des principaux items à avoir systématiquement dans une trousse d'urgence à l'officine**  
 Oui       Non
- **Un mémo des éléments d'organisation à mettre en place pour optimiser la prise en charge des situations d'urgence à l'officine**  
 Oui       Non

### **49. Enfin, la lecture de ce questionnaire vous a-t-elle donné l'intention :**

- **De faire (ou de réactualiser) votre formation aux premiers secours (ou celle des membres de votre équipe) ?**  
 Oui       Non
- **De constituer (ou de vérifier/réactualiser) le contenu de votre trousse d'urgence à l'officine ?**  
 Oui       Non
- **De voir (ou de revoir) l'organisation de votre pharmacie pour améliorer la prise en charge d'éventuels premiers secours à l'officine ?**  
 Oui       Non

### **III. MENTIONS LEGALES « EN SAVOIR PLUS »**

#### Données personnelles

---

**Le présent questionnaire de sondage est conçu et diffusé par Quentin DAMIENS**

#### **OBJET DU TRAITEMENT DE DONNEES**

##### **Finalités**

Le traitement a pour objet la thèse présentée et publiquement soutenue devant la faculté de pharmacie de Marseille en vue d'obtenir le diplôme d'état de Docteur en pharmacie.

##### **Base légale**

Ce traitement de données repose sur le consentement de la personne sondée.

#### **DONNEES TRAITÉES**

**Type de traitements réalisés** : collecte, enregistrement, organisation, conservation, adaptation, modification, extraction, consultation, utilisation, communication par transmission, diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, rapprochement ou interconnexion, verrouillage, effacement ou destruction.

##### **Catégories de données traitées**

Informations relatives au rôle de premiers secours du pharmacien d'officine

L'adresse IP du matériel informatique ou mobile que vous utilisez est également susceptible d'être collectée mais uniquement afin d'empêcher les réponses multiples aux Questionnaires faites par la même personne. Cette donnée n'est accessible qu'à EVALANDGO.

##### **Source des données**

Ces informations sont recueillies auprès de la personne sondée qui répond au questionnaire

##### **Caractère obligatoire du recueil des données**

Le caractère obligatoire ou non de la collecte dépend de la donnée personnelle concernée. Le caractère obligatoire est précisé dans le sondage.

##### **Prise de décision non automatisée**

#### **PERSONNES CONCERNEES**

Le traitement de données concerne les personnes physiques et morales sondées répondant au questionnaire.

#### **DESTINATAIRES DES DONNEES**

##### **Catégories de destinataires**

Etudiant de la Faculté de Pharmacie de Marseille

## **Aucun transfert des données hors UE**

## **DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES**

Les données personnelles sont conservées pendant une durée de 12 mois

## **SECURITE**

Nous protégeons vos informations en continu.

Pour cela, nous mettons en œuvre toutes les mesures de sécurité nécessaires pour protéger vos données, contre tout accès, toute modification, divulgation ou destruction non autorisés. Ces mesures sont notamment les suivantes :

Les mesures de sécurité prise par notre sous-traitant en matière de traitement de données personnelles, EVALANDGO, sont les suivantes :

- Accès sécurisé à la plateforme de sondage en ligne EVALANDGO par le biais de compte client / utilisateur avec mot de passe.
- Chiffrements de vos données afin d'en garantir la confidentialité dans le cadre de transferts.
- Limitation de la collecte de données à celles strictement utiles
- Absence d'utilisation des données collectées à d'autres fins que celles pour lesquelles elles ont été collectées.
- Conservation des données à caractère personnel durant une période limitée et proportionnée.
- Pas de transfert de ces données à des tiers autres que les prestataires d'EVALANDGO qui interviennent dans le cadre de l'exécution du contrat de services de sondage en ligne EVALANDGO.
- Recours à un prestataire d'hébergement des données numériques ayant pris les engagements fiables relativement au respect de la réglementation de protection des données personnelles et notamment les suivants :
  - Mesures de sécurité physique afin d'empêcher l'accès aux infrastructures sur lesquelles sont stockées les données d'EVALANDGO par des personnes non autorisées
  - Personnel de sécurité chargé de veiller à la sécurité physique des locaux d'hébergement des données 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
- Système de gestion des habilitations permettant de limiter l'accès aux locaux d'hébergement et aux données aux seules personnes ayant besoin d'y accéder dans le cadre de leurs fonctions et de leur périmètre d'activité
- Système d'isolation physique et/ou logique (en fonction des services) de ses clients entre eux
- Processus d'authentification forts de ses utilisateurs et administrateurs grâce notamment à une politique stricte de gestion des mots de passe et le déploiement de certaines mesures de double authentification,
- Processus et dispositifs permettant de tracer l'ensemble des actions réalisées sur son système d'information et d'effectuer, conformément à la réglementation en vigueur, des rapports en cas d'incident affectant les données du client,
- Engagements supplémentaires suivants du prestataire d'hébergement d'EVALANDGO, en tant que sous-traitant :
  - Traitement des données à caractère personnel aux seules fins de la bonne exécution des services (pas d'autre utilisation possible).
  - Pas de transfert des données d'EVALANDGO hors UE ou hors pays reconnus par la Commission européenne comme disposant d'un niveau de protection suffisant.
  - Information du responsable de traitement de tout recours à des sous-traitants qui pourraient traiter ses données à caractère personnel.
  - Mise en œuvre des standards de sécurité élevés afin de fournir un haut niveau de sécurisation à ses services.
  - Notification au Responsable de traitement dans les meilleurs délais en cas de violation de ses données.
  - Mise à disposition de moyens permettant de garantir la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience constantes des systèmes et des services de Traitement;
  - Mise à disposition de moyens permettant de rétablir la disponibilité des Données et l'accès à celles-ci dans des délais appropriés en cas d'incident physique ou technique ;
  - Application d'une procédure visant à tester, à analyser et à évaluer régulièrement l'efficacité des mesures techniques et organisationnelles pour assurer la sécurité du traitement,

## **VOS DROITS SUR LES DONNEES VOUS CONCERNANT**

Vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

[Comprendre vos droits informatiques et libertés](#)

### **Exercer ses droits**

Le responsable à la protection des données est votre interlocuteur pour toute demande d'exercice de vos droits sur ce traitement.

Contactez le responsable par voie électronique : [qma.damiens@gmail.com](mailto:qma.damiens@gmail.com)

ou Contactez Eval&GO : [contact@evalandgo.com](mailto:contact@evalandgo.com)

### **Réclamation (plainte) auprès de la CNIL**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation (plainte) à la [CNIL](#).

Pour l'exercice de vos droits sur vos données personnelles, [cliquez ici](#)

## IV. RESULTATS

### 1. Démographie des répondants

Tableau 40 : Nombre de réponses

N°	Critères	Urbain		Rural		Total	
		n	%	n	%	n	%
	<b>Nombre de réponses</b>						
	Complètes	47	72,3	18	27,7	65	81,2
	Partielles	-	-	-	-	15	18,8
	Totale	-	-	-	-	80	100

### 2. Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11]

Tableau 41 : Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11]

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n / m	% / σ	n / m	% / σ	n / m	% / σ	
<b>1</b>	<b>Sexe</b>							
	Homme	21	44,7	6	33,3	27	41,5	+11,4
	Femme	26	55,3	12	66,7	38	58,5	-11,4
<b>2</b>	<b>Tranche d'âge</b>							
	20 – 30 ans	1	2,1	0	0	1	1,5	+2,1
	30 – 40 ans	10	21,3	2	11,1	12	18,5	+10,2
	40 – 50 ans	13	27,6	1	5,6	14	21,5	+22,0
	50 – 60 ans	17	36,2	13	72,2	30	46,2	-36,0
	> 60 ans	6	12,8	2	11,1	8	12,3	+1,7
<b>3</b>	<b>Année d'obtention du diplôme</b>							
	Moyenne	1998	10,2	1992	9,0	1997	10,1	+6,00
<b>4</b>	<b>Lieu de formation initiale</b>							
	Marseille	25	53,2	9	50	34	52,3	+3,2
	Montpellier	11	23,4	4	22,3	15	23,1	+1,1
	Autres	11	23,4	5	27,7	16	24,6	-4,3
<b>5</b>	<b>Répartition par région</b>							
	04 – Alpes-De-Haute-Provence	1	2,1	3	16,7	4	6,1	-14,6
	05 – Hautes-Alpes	0	0	4	22,2	4	6,1	-22,2
	06 – Alpes-Maritimes	8	17	2	11,1	10	15,4	+5,9



	13 – Bouches-du-Rhône	17	36,2	5	27,8	22	33,9	+8,4
	83 – Var	8	17	2	11,1	10	15,4	+5,9
	84 – Vaucluse	13	27,7	2	11,1	15	23,1	+26,6
<b>6</b>	<b>Répartition par type de commune</b>							
	Commune urbaine dense (CUD)	16	24,6	-	-	16	24,6	-
	Commune urbaine intermédiaire (CUI)	23	35,4	-	-	23	35,4	-
	Commune périurbaine intermédiaire (CPI)	3	4,6	-	-	3	4,6	-
	Commune urbaine peu dense (CUPD)	5	7,7	-	-	5	7,7	-
	Grande commune rurale périurbaine (GCRP)	-	-	4	6,2	4	6,2	-
	Grande commune rurale isolée (GCRI)	-	-	8	12,3	8	12,3	-
	Petite commune rurale périurbaine (PCRP)	-	-	5	7,7	5	7,7	-
	Petite commune rurale isolée (PCRI)	-	-	1	1,5	1	1,5	-
<b>7</b>	<b>Répartition par tranche de chiffre d'affaires annuel HT</b>							
	Inférieur à 1,1 millions d'euros	7	14,9	5	27,8	12	18,5	-12,9
	Entre 1,1 et 2,2 millions d'euros	30	63,8	9	50	39	60	+13,8
	Entre 2,2 et 2,6 millions d'euros	3	6,4	0	0	3	4,6	+6,4
	Entre 2,6 et 3,9 millions d'euros	4	8,5	4	22,2	8	12,3	-13,7
	Supérieur à 3,9 millions d'euros	3	6,4	0	0	3	4,6	+6,4
<b>8</b>	<b>Implication dans les nouvelles missions</b>							
	Vaccination antigrippale	44	93,6	17	94,4	61	93,8	-0,8
	Vaccination anti-covid-19	38	80,9	10	55,6	48	73,8	+25,3
	Entretien pharmaceutique	25	53,3	9	50	34	52,3	+3,3
	Bilan Partagé de médication	18	38,3	9	50	27	41,5	-11,7
	Test Rapide d'Orientation Diagnostique	25	53,2	9	50	34	52,3	+3,2
	Test antigénique Covid-19	27	57,4	11	61,1	38	58,5	-3,7
<b>9</b>	<b>Nombre d'employés par officine</b>							
	Moyenne	5,64	3,64	5,50	3,67	5,6	3,60	+0,14
<b>10</b>	<b>Nombre de pharmaciens par officine</b>							
	Moyenne	2,47	0,95	2,44	1,34	2,46	1,06	+0,03
<b>11</b>	<b>Nombre de préparateurs par officine</b>							
	Moyenne	3,21	2,03	2,94	2,16	3,14	2,05	+0,27

### 3. Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19]

Tableau 42 : Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19]

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ Δm / Δ%
		n / m	% / σ	n / m	% / σ	n / m	% / σ	
<b>12</b>	<b>Pharmaciens formés aux premiers secours</b>							
	Nombre	38	80,9	18	100	56	86,2	-19,1
<b>13</b>	<b>Temps écoulé depuis la dernière formation</b>							
	1 an (ou moins)	0	0	1	5,6	1	1,8	-5,6
	2 ans	3	7,9	2	11,1	5	8,9	-3,2
	3 ans	4	10,5	2	11,1	6	10,7	-0,6
	4 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Entre 4 et 8 ans	2	5,3	2	11,1	4	7,1	-5,8
	Plus de 8 ans	27	71	9	50	36	64,3	+21
<b>14</b>	<b>Cadre de la formation</b>							
	Formation initiale	19	50	7	38,9	26	46,4	+11,1
	Développement Professionnel Continu	6	15,8	3	16,7	9	16,1	-0,9
	Démarche personnelle	13	34,2	8	44,4	21	37,5	-10,2
<b>15</b>	<b>Autres personnels de l'équipe formés</b>							
	Oui	28	59,6	12	66,7	40	61,5	-7,1
<b>16</b>	Effectif moyen de personnels formés par officine	2,43	1,7	3,17	2,3	2,65	1,79	-0,6
<b>17</b>	Effectif moyen de préparateurs formés	0,96	1	1,33	1,2	1,08	1,16	-0,2
<b>18</b>	Effectif moyen de pharmaciens formés	1,36	1	1,83	1,5	1,50	1,18	-0,5
<b>19</b>	<b>Temps écoulé depuis la dernière formation du personnel</b>							
	1 an (ou moins)	1	3,6	1	8,3	2	5	-4,7
	2 ans	2	7,1	3	25	5	12,5	-17,9
	3 ans	5	17,9	1	8,3	6	15	+9,6
	4 ans	5	17,9	1	8,3	6	15	+9,6
	Entre 4 et 8 ans	10	35,7	2	17,7	13	30	+18,0
	Plus de 8 ans	5	17,9	4	33,3	9	22,5	-15,4

#### 4. Premiers secours dans la pratique officinal : évaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41]

Tableau 43 : Premiers secours dans la pratique officinal : évaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41]

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		m	σ	m	σ	m	σ	Δm
20 à 21	<b>Plaies</b>							
	<b>Plaie Simple</b>							
	Fréquence	3,19	0,65	3,33	0,59	<b>3,23</b>	<b>0,63</b>	-0,14
	Niveau de préparation	3,19	0,65	3,44	0,62	<b>3,26</b>	<b>0,64</b>	-0,25
	<b>Plaie Grave</b>							
	Fréquence	1,66	0,841	1,94	0,87	<b>1,74</b>	<b>0,85</b>	-0,28
	Niveau de préparation	1,83	0,79	2,33	1,19	<b>1,97</b>	<b>0,94</b>	-0,50
20 à 21	<b>Brûlures</b>							
	<b>Brûlure Simple</b>							
	Fréquence	2,57	0,85	2,67	0,91	<b>2,60</b>	<b>0,86</b>	-0,09
	Niveau de préparation	2,92	0,86	2,83	0,86	<b>2,89</b>	<b>0,85</b>	-0,08
	<b>Brûlure Grave</b>							
	Fréquence	1,15	0,86	1,61	0,78	<b>1,28</b>	<b>0,86</b>	-0,46
	Niveau de préparation	1,49	1,06	1,78	0,94	<b>1,57</b>	<b>1,03</b>	-0,29
24 à 25	<b>Saignements</b>							
	<b>Saignement simple</b>							
	Fréquence	2,77	0,91	2,94	0,94	<b>2,82</b>	<b>0,92</b>	-0,18
	Niveau de préparation	3,04	0,86	3,00	0,69	<b>3,03</b>	<b>0,81</b>	+0,04
	<b>Saignement complexe</b>							
	Fréquence	1,79	1,02	1,94	0,87	<b>1,83</b>	<b>0,98</b>	-0,16
	Niveau de préparation	2,30	0,91	2,50	0,99	<b>2,35</b>	<b>0,93</b>	-0,20
	<b>Saignement grave</b>							
Fréquence	0,51	0,66	0,78	0,73	<b>0,59</b>	<b>0,68</b>	-0,27	
	Niveau de préparation	1,15	0,88	1,39	1,15	<b>1,22</b>	<b>0,96</b>	-0,24
26 à 27	<b>Traumatismes</b>							
	<b>Musculaires</b>							
	Fréquence	3,15	0,86	3,33	0,69	<b>3,20</b>	<b>0,81</b>	-0,18
	Niveau de préparation	2,98	0,71	3,11	0,47	<b>3,02</b>	<b>0,65</b>	-0,13
	<b>Articulaires</b>							

	Fréquence	3,00	0,91	2,94	0,73	<b>2,99</b>	<b>0,86</b>	+0,06
	Niveau de préparation	2,89	0,70	2,89	0,47	<b>2,89</b>	<b>0,64</b>	0,00
	<b>Osseux au niveau des membres</b>							
	Fréquence	1,66	1,03	2,06	0,88	<b>1,77</b>	<b>1,00</b>	-0,40
	Niveau de préparation	1,57	0,99	2,28	0,83	<b>1,77</b>	<b>1,00</b>	-0,70
	<b>Osseux au niveau du rachis</b>							
	Fréquence	1,09	1,06	1,33	1,03	<b>1,15</b>	<b>1,05</b>	-0,25
	Niveau de préparation	1,19	0,95	1,78	1,17	<b>1,35</b>	<b>1,04</b>	-0,59
<b>28 à 29</b>	<b>Urgence contraceptive</b>							
	<b>Défaut d'usage</b>							
	Fréquence	2,72	0,85	2,83	0,86	<b>2,75</b>	<b>0,85</b>	-0,11
	Niveau de préparation	3,11	0,67	3,17	0,71	<b>3,12</b>	<b>0,67</b>	-0,06
	<b>Contraception d'urgence</b>							
	Fréquence	3,00	0,75	3,06	0,87	<b>3,02</b>	<b>0,78</b>	-0,06
	Niveau de préparation	3,19	0,65	3,39	0,70	<b>3,25</b>	<b>0,66</b>	-0,20
<b>30 à 31</b>	<b>Détresses cardio-vasculaires</b>							
	<b>Malaise cardiaque</b>							
	Fréquence	1,30	0,91	1,28	0,90	<b>1,29</b>	<b>0,90</b>	+0,02
	Niveau de préparation	1,64	1,13	1,72	0,90	<b>1,66</b>	<b>1,07</b>	-0,80
	<b>Crise hypotensive ou hypertensive</b>							
	Fréquence	2,06	1,11	1,72	0,83	<b>1,97</b>	<b>1,05</b>	+0,34
	Niveau de préparation	2,23	1,05	2,17	1,04	<b>2,22</b>	<b>1,04</b>	+0,70
	<b>Angine de poitrine</b>							
	Fréquence	0,64	0,71	0,61	0,50	<b>0,63</b>	<b>0,65</b>	+0,03
	Niveau de préparation	1,13	0,88	1,44	1,10	<b>1,22</b>	<b>0,94</b>	-0,32
	<b>Crise cardiaque</b>							
	Fréquence	0,34	0,52	0,56	0,51	<b>0,40</b>	<b>0,52</b>	-0,22
	Niveau de préparation	1,06	0,92	1,39	1,09	<b>1,15</b>	<b>0,97</b>	-0,33
	<b>Accident vasculaire cérébral</b>							
	Fréquence	0,36	0,53	0,39	0,50	<b>0,37</b>	<b>0,52</b>	-0,03
	Niveau de préparation	0,96	0,86	1,22	1,20	<b>1,03</b>	<b>0,95</b>	-0,26
<b>32 à 33</b>	<b>Détresse respiratoire</b>							
	<b>Obstruction des voies aériennes</b>							
	Fréquence	0,45	0,75	0,50	0,62	<b>0,46</b>	<b>0,71</b>	-0,05
	Niveau de préparation	1,53	1,06	1,50	1,04	<b>1,52</b>	<b>1,05</b>	+0,30
	<b>Crise d'Asthme Aigue Grave</b>							
	Fréquence	1,32	1,07	1,06	0,73	<b>1,25</b>	<b>0,99</b>	+0,26
	Niveau de préparation	1,98	1,01	1,78	1,06	<b>1,92</b>	<b>1,02</b>	+0,20

34 à 35	<b>Détresse neuropsychiatrique</b>							
	<b>Malaise</b>							
	Fréquence	1,40	1,06	1,33	0,84	<b>1,38</b>	<b>1,00</b>	+0,07
	Niveau de préparation	1,64	1,05	2,00	0,84	<b>1,74</b>	<b>1,00</b>	-0,36
	<b>Perte de connaissance</b>							
	Fréquence	0,83	0,73	1,22	0,73	<b>0,94</b>	<b>0,75</b>	-0,29
	Niveau de préparation	1,36	0,94	2,00	0,84	<b>1,54</b>	<b>0,95</b>	-0,64
	<b>Crise d'épilepsie</b>							
	Fréquence	0,51	0,55	0,72	0,75	<b>0,57</b>	<b>0,61</b>	-0,21
	Niveau de préparation	0,94	0,73	1,50	0,99	<b>1,09</b>	<b>0,84</b>	-0,56
36 à 37	<b>Détresse métabolique</b>							
	<b>Déshydratation</b>							
	Fréquence	1,34	1,17	1,44	1,04	<b>1,37</b>	<b>1,13</b>	-0,10
	Niveau de préparation	2,28	1,17	2,28	0,83	<b>2,28</b>	<b>1,08</b>	0,00
	<b>Hypoglycémie</b>							
	Fréquence	1,91	1,00	1,67	0,97	<b>1,85</b>	<b>0,99</b>	+0,26
	Niveau de préparation	2,77	0,81	2,44	0,71	<b>2,68</b>	<b>0,79</b>	+0,32
38 à 39	<b>Intoxications</b>							
	<b>Intoxication par champignons</b>							
	Fréquence	0,40	0,74	0,94	0,87	<b>0,55</b>	<b>0,81</b>	-0,54
	Niveau de préparation	1,34	1,15	1,61	1,04	<b>1,42</b>	<b>1,12</b>	-0,27
	<b>Intoxication par médicaments</b>							
	Fréquence	0,87	0,97	0,72	0,58	<b>0,83</b>	<b>0,88</b>	+0,15
	Niveau de préparation	1,57	1,02	1,72	1,02	<b>1,62</b>	<b>1,01</b>	-0,15
	<b>Intoxication au monoxyde de carbone</b>							
	Fréquence	0,13	0,34	0,22	0,55	<b>0,15</b>	<b>0,4</b>	-0,09
	Niveau de préparation	0,81	0,88	1,11	0,90	<b>0,89</b>	<b>0,89</b>	-0,30
40 à 41	<b>Allergie</b>							
	<b>Chocs allergiques</b>							
	Fréquence	0,62	1,01	1,17	0,92	<b>0,77</b>	<b>1,01</b>	-0,55
	Niveau de préparation	2,21	1,08	2,11	1,08	<b>2,18</b>	<b>1,07</b>	+0,10

## 5. Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 47]

Tableau 44 : Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 44] : trousse d'urgence

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
	<b>Pharmacie possédant :</b>							<b>Δ%</b>
42	Une trousse d'urgence	42	89,4	17	94,4	63	96,9	-5,0
43	Vérifiée, actualisée et complétée	32	76,2	17	100	49	83,1	-23,8
44	Repérable, signalisée, et connue du personnel	35	83,3	15	88,2	50	84,7	-4,9

Tableau 45 : Organisation des premiers secours à l'officine [questions 45 à 47] : matériel à disposition

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	
	<b>Organisation et matériel pour :</b>							<b>Δ%</b>
45	<b>Analyser la situation</b>							
	Auto-tensiomètre	46	97,9	17	94,4	63	96,9	+3,4
	Oxymètre de pouls	35	74,5	15	83,3	50	76,9	-8,9
	Thermomètre	41	87,2	16	88,9	57	87,7	-1,7
	Lecteur de glycémie avec nécessaire	44	93,6	17	94,4	61	93,8	-0,8
46	<b>Alerter, orienter vers les secours :</b>							
	Téléphone à portée de main	47	100	18	100	65	100	0,0
	Numéros à contacter en cas d'urgence	45	95,7	18	100	63	96,9	-4,3
	Coordonnées des secours de proximité	38	80,9	15	83,3	53	81,5	-2,5
47	<b>Intervenir auprès de la victime :</b>							
	Prendre des notes	38	80,9	16	88,9	54	83,1	-8,0
	Se protéger (EPI)	47	100	17	94,4	64	98,5	+5,6
	Protéger la victime	32	68,1	13	72,2	45	69,2	-4,1
	Nettoyer et protéger une plaie simple	47	100	18	100	65	100	0,0
	Nettoyer et protéger une plaie grave	39	83	14	77,8	53	81,5	+5,2
	PEC d'une hémorragie	29	61,7	10	55,6	39	60	+6,1
	Immobiliser un membre supérieur	26	55,3	13	72,2	39	60	-16,9
	Récupérer un membre sectionné	8	17	6	33,3	14	21,5	-16,3
	« Resucrer » la victime	33	70,2	14	77,8	47	72,3	-7,6
	PEC d'une crise d'asthme	37	78,5	14	77,8	51	78,5	+0,9
	PEC d'une réaction allergique	44	93,6	17	94,4	61	93,8	-0,8
	PEC la douleur	44	93,6	16	88,9	60	92,3	+4,7
	PEC d'un arrêt cardiaque (DAE)	8	17	6	33,3	14	21,5	-16,3

## 6. Perspectives pédagogiques [questions 48 à 49]

Tableau 46 : Perspectives pédagogiques

N°	Critères	Urbain		Rural		Total		Δ
		n	%	n	%	n	%	Δ%
<b>48</b>	<b>Intérêt des participants pour :</b>							
	Arbres décisionnels de PEC	45	95,7	16	88,9	61	93,8	+6,9
	Liste des principaux items à avoir	44	93,6	15	88,3	59	90,8	+10,3
	Éléments d'organisation à mettre en place	45	95,7	15	83,3	60	92,3	+12,4
<b>49</b>	<b>Participants motivés par ce questionnaire à :</b>							
	Faire ou réactualiser sa formation aux premiers secours	39	83	13	72,2	52	80,0	+10,8
	Constituer une trousse d'urgence	34	72,3	15	83,3	49	75,4	-11,0
	Organiser les premiers secours à l'officine	30	63,8	11	61,1	41	63,1	+2,7

## **V. LISTE DES ABREVIATIONS**

ADSP :	Actualité et Dossier de Santé Publique
AFGSU :	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
AFPS :	Attestation de Formation aux Premiers Secours
ARS :	Agence Régionale de Santé
ANSM :	Agence National de Sécurité du Médicaments et des produits de santé
AM :	Assurance Maladie
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
AMU :	Aide Médicale Urgente
AOD :	Anticoagulants Oraux Directs
APM :	Association des Pharmaciens de Méditerranée
ARNm :	Acide RiboNucléotidique messenger
AVK :	AntiVitamine K
BNS :	Brevet National de Secourisme
BPE :	Base Permanente des Equipements
BPM :	Bilan Partagé de Médication
CA :	Chiffre d'Affaires
CESPHARM :	Comité d'Éducation Sanitaire de la PHARMacie
CESU :	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CPF :	Carte de Professionnel en Formation
CPTS :	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CROP :	Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
CROSS :	Centre Régional Opérationnel de Surveillance et de Sauvetage en mer
CSP :	Code de la Santé Publique
CNOP :	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CPI :	Commune Périurbaine Intermédiaire



CUD :	Commune Urbaine Dense
CUI :	Commune Urbaine Intermédiaire
CUMP :	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
CUPD :	Commune Urbaine Peu Dense
DAE :	Défibrillateur Automatisé Externe
DASRI :	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux et assimilés
DESU :	Diplôme d'Études Supérieures Universitaires
DGFIP :	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGSCGC :	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
DMP :	Dossier Médical Partagé
DP :	Dossier Pharmaceutique
DPC :	Développement Professionnel Continu
DRESS :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSA :	Défibrillateur Semi-Automatique
DU :	Diplôme Universitaire
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EP :	Entretiens Pharmaceutiques
EPI :	Équipement de Protection Individuelle
ERP :	Établissements Recevant du Public
ESP :	Équipes de Soins Primaires
ETP :	Éducation Thérapeutique du Patient
FE :	Fréquence d'Exposition
FFMPS :	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FIF PL :	Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux
FNPC :	Fédération Nationale de la Protection Civile

FORMISC : FORMations Militaires de Sécurité Civile

FRENCH : FRench Emergency Nurses Classification in Hospitals

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GCRI : Grande Commune Rurale Isolée

GCRP : Grande Commune Rurale Périurbaine

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HT : Hors Taxes

IDM : Infarctus Du Myocarde

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

IP : Intervention Pharmaceutique

JO : Journal Officiel

JOUE : Journal Officiel de l'Union Européenne

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

NDP : Niveau De Préparation

NRBC : Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCRI : Petite Commune Rurale Isolée

PCRP : Petite Commune Rurale Périurbaine

PDS : Permanence des soins

PEC : Prise En Charge

PHR : Pharmacie Référence Groupe

PLS :	Position Latérale de Sécurité
POSU :	Pôles Spécialisés d'accueil et de traitement des Urgences
PSC :	Prévention et Secours Civique
PUPS :	Pharmacie Urgence Premiers Secours
RCP :	Réanimation Cardio-Pulmonaire
RGPD :	Règlement Général sur la Protection des Données
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS :	Services d'Accès aux Soins
SAU :	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SIAO :	Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation
SDIS :	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)
SNP :	Soins Non Programmés
SOFRES :	Société Française d'Enquêtes par Sondages
TROD :	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UE :	Union Européenne
UPATOU :	Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URPS :	Union Régionales des Professionnels de Santé
USPO :	Union de Syndicats de Pharmaciens d'Officine
UTIP :	Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique
VHF :	Very High Frequency

## **VI. LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Croix grecque.....	20
Figure 2 : Caducée pharmaceutique .....	20
Figure 3 : Exemple d'une plaque de pharmacie.....	20
Figure 4 : Badge de pharmacien.....	23
Figure 5 : Badge de préparateur en pharmacie.....	24
Figure 6 : Badge d'étudiant en pharmacie .....	25
Figure 7 : Carte de professionnel en formation (CPF) .....	25
Figure 8 : Certificat de remplacement.....	25
Figure 9 : Dossier pharmaceutique (DP).....	28
Figure 10 : Dossier médical partagé (DMP) .....	28
Figure 11 : Mon espace santé .....	29
Figure 12 : Pharmacie de garde.....	30
Figure 13 : Le "18" .....	39
Figure 14 : Le "15" .....	40
Figure 15 : le SAMU.....	40
Figure 16 : Le "15" .....	40
Figure 17 : Le "115" .....	41
Figure 18 : S.O.S Médecins .....	42
Figure 19 : Croix-Rouge française .....	43
Figure 20 : Protection civile .....	43
Figure 21 : Le "17" .....	43
Figure 22 : Numéros d'urgence .....	45
Figure 23 : Numéro d'urgence pour sourds et malentendants .....	45
Figure 24 : Numéro d'urgence, danger en mer .....	46
Figure 25 : Le "DPC" .....	69

Figure 26 : Données générales de l'officine en région PACA.....	78
Figure 27 : Répartition des pharmaciens titulaires d'officine – Section A .....	78
Figure 28 : Accessibilité des officines : présence d'une officine à moins de 5 kilomètres (à vol d'oiseau) par commune .....	79
Figure 29 : Nombre d'officines pour 100 000 habitants en 2020 .....	80
Figure 30 : Typologie des communes de PACA selon leur densité et les aires d'influence des pôles emploi .....	81
Figure 31 : Répartition des réponses .....	88
Figure 32 : Question n°1 – Répartition par sexe .....	88
Figure 33 : Question n°2 - Répartition par milieu d'exercice et par tranche d'âge .....	90
Figure 34 : Question n°4 - Répartition par lieu de formation initiale .....	92
Figure 35 : Question n°5 - Répartition par région et par milieu d'exercice.....	94
Figure 36 : Question n°6 - Répartition par type de commune .....	96
Figure 37 : Question n°7 : Répartition par tranche de chiffre d'affaires .....	98
Figure 38 : Question n°8 - Implication dans les nouvelles missions par milieu d'exercice ..	100
Figure 39 : Questions n°9-10-11 - Composition de l'équipe officinale .....	100
Figure 41 : Question n°12 - Pharmaciens titulaires formés aux premiers secours.....	102
Figure 40 : Question n °13 - Temps écoulé depuis la dernière formation .....	102
Figure 42 : Question n°12 - Pharmaciens titulaires formés aux premiers secours.....	104
Figure 43 : Question n °13 - Temps écoulé depuis la dernière formation .....	104
Figure 44 : Question n°14 - Cadre de la formation .....	106
Figure 45 : Question n°15 - Autres personnels de l'équipe formés.....	108
Figure 46 : Questions n°16-17-18 : Nombre moyen de pharmaciens/préparateurs formés par officine .....	108
Figure 47 : Question n°19 - Temps écoulé depuis la dernière formation .....	110
Figure 48 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	116

Figure 49 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	118
Figure 50 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	120
Figure 51 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	122
Figure 52 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	124
Figure 53 : Représentation de la FE moyenne en fonction du NDP moyen des pharmaciens .....	126
Figure 54 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural) .....	128
Figure 55 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural) .....	130
Figure 56 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural) .....	132
Figure 57 : Représentation de la différence des FE moyennes en fonction de la différence des NDP moyens (Urbain - Rural) .....	134
Figure 58 : Questions n°42-43- 44 - Organisation des premiers secours à l'officine : trousse d'urgence .....	136
Figure 60 : Question n°45 – Matériel nécessaire à la vérification des constantes .....	138
Figure 59 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir .....	138
Figure 61 : Question n°46 - Organisation des premiers secours à l'officine : matériel nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours .....	140
Figure 62 : Téléphone - Les numéros d'urgence à connaître   Service-public.fr .....	140
Figure 63 : Question n°47 – Organisation des premiers secours à l'officine : intervenir auprès de la victime .....	144
Figure 64 : Question n°48 – Perspective pédagogique : intérêt des participants .....	146

Figure 65 : Question n°49 – Perspective pédagogique : Participant motivés par ce questionnaire à.....	148
Figure 66 : Sécuriser, Examiner, Alerter, Secourir .....	151
Figure 67 : Gestes de mises en sécurité.....	153
Figure 68 : Proposition de logigramme de prise en charge des premiers secours à l'officine	158
Figure 69 : Les gestes qui sauvent   Ville de Marseille.....	159
Figure 70 : Trousse d'urgence : sac à dos mutli-compartiments .....	162
Figure 71 : Trousse d'urgence : caisse "à outils" .....	162
Figure 72 : Obligations des exploitants de DAE.....	168
Figure 73 : Signalétique d'un DAE .....	169
Figure 74 : Exemple d'étiquette pour DAE .....	169
Figure 75 : Entête questionnaire.....	199

## **VII. LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Les différentes poursuites liées à l'exercice de la pharmacie .....	71
Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge et par genre des pharmaciens d'officine .....	79
Tableau 3 : Classification des communes de l'INSEE : région PACA [Source : Insee, Recensement de la population 2010] .....	80
Tableau 4 : Types de questions, de données et exemples .....	85
Tableau 5 : Taux de réponses .....	88
Tableau 6 : Question n°1 – Répartition par sexe.....	88
Tableau 7 : Question n°2 - Répartition par milieu d'exercice .....	90
Tableau 8 : Questions n°3 et 4 - Répartition par lieu de formation initiale .....	92
Tableau 9 : Question n°5 - Répartition par département et par milieu d'exercice .....	94
Tableau 10 : Question n°6 - Répartition par type de commune .....	96
Tableau 11 : Question n°7 - Répartition par tranche de chiffre d'affaires .....	98
Tableau 12 : Question n°8 - Implication dans les nouvelles missions .....	100
Tableau 13 : Questions n°9-10-11 - Composition de l'équipe officinale .....	100
Tableau 14 : Questions n°12-13 – Formation des pharmaciens titulaires aux premiers secours .....	102
Tableau 15 : Questions n°12-13 – Formation des pharmaciens titulaires aux premiers secours .....	104
Tableau 16 : Question n°14 - Cadre de la formation aux premiers secours.....	106
Tableau 17 : Questions n°15-16-17-18 - Autres personnels de l'équipe formés aux premiers secours.....	108
Tableau 18 : Questions n°15-16-17-18 - Répartition par profession .....	108
Tableau 19 : Question n°19 - Temps écoulé depuis la dernière formation .....	110
Tableau 20 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	114



Tableau 21 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	116
Tableau 22 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	118
Tableau 23 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	120
Tableau 24 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	122
Tableau 25 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	124
Tableau 26 : Échelle de tri "FRENCH" de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) .....	126
Tableau 27 : Questions n°42-43-44 - Organisation des premiers secours à l'officine : trousse d'urgence .....	136
Tableau 28 : Question n°45 - Organisation des premiers secours à l'officine : vérifier les constantes .....	138
Tableau 29 : Question n°46 - Organisation des premiers secours à l'officine : matériel nécessaire pour alerter ou orienter vers les secours .....	140
Tableau 30 : Question n°47 – Organisation des premiers secours à l'officine : intervenir auprès de la victime.....	142
Tableau 31 : Question n°48 – Perspective pédagogique : intérêt des participants.....	146
Tableau 32 : Question n°49 – Perspective pédagogique : motivation suite à la participation au questionnaire .....	148
Tableau 33 : Tableau Comparatif des plateformes de questionnaire .....	197
Tableau 34 : Zonage de l'INSEE : 04 - Alpes-de-haute-provence .....	201
Tableau 35 : Zonage de l'INSEE : 05 - Hautes-alpes.....	201
Tableau 36 : Zonage de l'INSEE : 05 - Alpes-maritimes.....	202
Tableau 37 : Zonage de l'INSEE : 13 - Bouches-du-rhône.....	202
Tableau 38 : Zonage de l'INSEE : 83 - Var.....	203

Tableau 39 : Zonage de l'INSEE : 84 - Vaucluse.....	203
Tableau 40 : Nombre de réponses .....	215
Tableau 41 : Caractéristiques des titulaires répondants et de leur officine [questions 1 à 11] .....	215
Tableau 42 : Formation du titulaire et de l'équipe de la pharmacie aux premiers secours [questions 12 à 19] .....	217
Tableau 43 : Premiers secours dans la pratique officinal : évaluation par le pharmacien de la fréquence des évènements impliquant des soins de premiers secours et de sa capacité à les prendre en charge [questions 20 à 41].....	218
Tableau 44 : Organisation des premiers secours à l'officine [questions 42 à 44] : trousse d'urgence .....	221
Tableau 45 : Organisation des premiers secours à l'officine [questions 45 à 47] : matériel à disposition .....	221
Tableau 46 : Perspectives pédagogiques .....	222



## SERMENT DE GALIEN

*« Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :*

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*

*En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque. »*

THESE SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE MARDI 11 JUILLET 2023

PAR QUENTIN DAMIENS

## RÉSUMÉ

---

### **DE LA THEORIE À LA PRATIQUE : ANALYSE DES SOINS DE PREMIERS SECOURS À L'OFFICINE EN MILIEU RURAL ET EN MILIEU URBAIN**

Selon le Code de la Santé Publique, le pharmacien doit contribuer aux soins de premiers secours et proposer des conseils et prestations visant à améliorer ou maintenir l'état de santé des personnes. Le maillage territorial, l'identification facile de la croix verte, les larges horaires d'ouverture, l'assurance d'y trouver un professionnel de santé, gratuitement, sans rendez-vous, disposant d'un espace, de matériels, de médicaments et du savoir nécessaires à la prise en charge des premiers secours sont autant d'éléments qui font de l'officine un avant-poste médical de choix pour les demandes de soins non programmés.

La prise en charge de ces demandes, d'urgence variable, consiste généralement à orienter le patient dans le système de soin ambulatoire et/ou à lui prodiguer des premiers soins.

Il convenait alors de se demander dans quelle mesure le pharmacien peut ou doit intervenir auprès du patient en détresse, s'il est prêt à accueillir et prendre en charge toute situation, si les pratiques diffèrent en milieu rural et en milieu urbain, et quels éléments lui permettent une prise de décision et une action optimale ?

La première partie de ce travail vise à clarifier le cadre législatif et réglementaire des premiers secours à l'officine et dans le système de santé français. La seconde partie est un état des lieux de la pratique basé sur l'enquête que nous avons menée auprès des pharmaciens de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enfin, la dernière partie, met en évidence des éléments clés de cette pratique à l'officine.

En conclusion, se pose la question de la valorisation, des protocoles, de la formation et des bonnes pratiques en matière de premiers secours à l'officine.

Mots clés : premiers secours, urgence à l'officine, milieu rural et urbain, soins non programmés, premiers secours, soin à l'officine, détresse, professionnel de santé.