

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE SANTE**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2024

THESE 2024 TOU3 2147

# THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Marya IJGUA**

## INTÉGRATION DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS L'ORGANISATION DES SOINS NON-PROGRAMMÉS

13 décembre 2024

Directeurs de thèse :

**Daniel CUSSAC**

Professeur des universités, doyen du département des sciences pharmaceutiques, vice-doyen de la Faculté de santé

**Cyrille CHAUGNE**

Docteur en médecine générale, président de SOS médecins Toulouse, président de la CPTS Toulouse Rive Gauche

### JURY

Président	Professeur Daniel CUSSAC
1er assesseur	Docteur Cyrille CHAUGNE
2nd assesseur	Docteur Damien GHEDIN
3e assesseur	Docteur Thierry LEBORGNE

## PERSONNEL ENSEIGNANT

### du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé

au 04/11/2024

### Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie
M. PARINI A.	Physiologie

### Professeurs des Universités

#### Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie-Virologie
M. PUISSET F. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

#### Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
M. BOUAJILA J. (*)	Chimie Analytique
Mme BOUTET E.	Toxicologie – Sémiologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

## Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires	Universitaires
Mme JOUANJUS E.	M. ANTRAYGUES K.
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Mme ARELLANO C. (*)
Mme KELLER L.	Mme AUTHIER H.
Mme ROUCH L(*)	M. BERGE M. (*)
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Mme BON C. (*)
Mme SALABERT A.S.	M. BROUILLET F(*)
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Mme CABOU C.
Mme THOMAS F. (*)	Mme CAZALBOU S. (*)
	Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)
	Mme COMPAGNE N.
	Mme EL GARAH F.
	Mme EL HAGE S.
	Mme FALLONE F.
	M. FARGE T.
	Mme FERNANDEZ-VIDAL A.
	Mme GADEA A.
	Mme HALOVA-LAJOIE B.
	Mme LEFEVRE L.
	Mme LE LAMER A-C. (*)
	M. LE NAOUR A.
	M. LEMARIE A. (*)
	M. MARTI G.
	Mme MONFERRAN S (*)
	M. PILLOUX L.
	Mme ROYO J.
	M. SAINTE-MARIE Y.
	M. STIGLIANI J-L.
	M. SUDOR J. (*)
	Mme TERRISSE A-D.
	Mme VANSTEELANDT M.

(\*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

## Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires	Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)
Mme CLARAZ P.	Mme CROSSAY E.
Mme CHAGNEAU C.	Mme GRISETI H.
Mme DINTILHAC A	Mme MONIER M.
Mme GERAUD M.	M. SAOUDI M.
M. GRACIA M.	
Mme PETIT A-E.	
Mme PEREZ P.	
Mme STRUMIA M.	

# REMERCIEMENTS

## *A mes directeurs de thèse,*

Professeur Daniel CUSSAC, pour l'orientation que vous avez donnée à ce travail et pour les conseils que vous m'avez prodigués. Je vous remercie également pour votre pédagogie pendant toutes ces années d'enseignement.

Docteur Cyrille CHAUGNE, pour votre bienveillance et pour tout le savoir que vous m'avez partagé. Votre direction et vos conseils étaient indispensables pour une approche globale de ce thème.

Je vous remercie pour votre accompagnement. Dans l'espoir que ce travail ouvre la voie à des réflexions sur de nouvelles collaborations médecins-pharmaciens.

## *A tous ces acteurs qui m'ont guidée,*

Professeure Sandrine CHARPENTIER, cheffe des urgences du CHU de Toulouse, pour votre expertise et pour le temps que vous m'avez accordé malgré la charge de travail croissante dans votre service.

L'URPS Pharmacien d'Occitanie, et notamment les docteurs Pauline Dhont, Anne-Laure Prat Hautbois et Anne-Sophie Vidal. Merci pour ces échanges et pour les ressources que vous m'avez partagées.

Professeure Florence TABOULET, pour votre expertise en droit de la santé et pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Tous les pharmaciens qui ont répondu à mes appels et/ou qui m'ont encouragée. Il n'y a pas de professions plus promptes à l'évolution que la nôtre.

## *A mon entourage,*

Anaïs, on y est arrivée. Enfin. On le mérite.

Mes amies de la faculté et celles plus anciennes encore. Vous êtes de véritables rayons de soleil, merci pour vos encouragements précieux.

Ariel, j'ai trouvé la confiance nécessaire pour accomplir ces réussites en l'espace d'une année.  
Merci pour ton soutien.

*A mes plus grandes ressources,*

Ma mère, qui m'a offert un dictionnaire médical alors que je pensais vouloir être astrophysicienne ou architecte. Aujourd'hui, j'expose fièrement ce livre dans ma bibliothèque après avoir trouvé ma voie. Tu seras toujours un exemple de douceur, de détermination et de sagesse.

Ma sœur jumelle, qui a toujours été d'un grand soutien. Mes qualités rédactionnelles te remercient pour la contribution que tu leur as apportée. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés pour partager un autre de nos succès.

Mon frère, à qui je souhaite aussi de trouver sa voie. Tu es plein de force et le monde n'attend que toi.

Ma famille, qui a été témoin de toutes ces nuits à veiller pour achever ce travail. Merci pour votre soutien émotionnel.

Mon arrière-grand-père qui peut fièrement compter un deuxième Docteur parmi ses héritiers.

# TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>PARTIE 1 : LES SOINS NON PROGRAMMÉS .....</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE 1 : LA GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS .....</b>	<b>12</b>
I. CONTEXTE DE « MAUVAIS USAGE » DES URGENCES .....	12
II. LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS .....	17
III. LE SERVICE D’ACCÈS AUX SOINS.....	21
<b>CHAPITRE 2 : LE PHARMACIEN D’OFFICINE DANS LA DSNP.....</b>	<b>26</b>
I. UN PROFIL REpondANT AUX BESOINS .....	26
II. LE PHARMACIEN COMME AIGUILLEUR .....	31
III. LE PHARMACIEN COMME RÉPONSE A UNE DSNP .....	34
<b>PARTIE 2 : LES DISPOSITIFS PILOTES.....</b>	<b>40</b>
<b>ETUDE 1 : OSYS EN FRANCE .....</b>	<b>40</b>
<b>ETUDE 2 : NETCARE EN SUISSE .....</b>	<b>47</b>
<b>ETUDE 3 : PHARMACY FIRST AU ROYAUME-UNI .....</b>	<b>51</b>
<b>ETUDE 4 : LA LOI 41 AU QUEBEC.....</b>	<b>56</b>
<b>PARTIE 3 : LES REFLEXIONS DE MISE EN OEUVRE .....</b>	<b>59</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUES DU PHARMACIEN DANS LE PREMIER RECOURS .....</b>	<b>59</b>
I. DIFFICULTES MISES EN EVIDENCE PAR LES ETUDES .....	59
II. OBSTACLES RAPORTES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	64
<b>CHAPITRE 2 : QUID JURIS ?.....</b>	<b>68</b>
I. CHAMP LEGAL D’ACTIVITE DU PHARMACIEN .....	68
II. RESPONSABILITE DU PHARMACIEN.....	74
<b>CHAPITRE 3 : PISTES D’INTEGRATION DU PHARMACIEN.....</b>	<b>77</b>
I. UNE NOUVELLE FORME D’EXERCICE COORDONNE .....	77
II. UNE FORMATION ADAPTEE.....	79
III. UN SYSTEME ECONOMIQUE EN PLEINE TRANSFORMATION .....	81
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>88</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>97</b>

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

TABLEAU 1 : CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES .....	13
FIGURE 1 : BON USAGE DES SOINS NON PROGRAMMES .....	24
FIGURE 2 : GESTION DE LA DSNP SUR LE TERRITOIRE .....	30
FIGURE 3 : DESCRIPTION DE L'EXPERIMENTATION MISE A JOUR (BASEE SUR LE CAHIER DES CHARGES)....	42
FIGURE 4 : DEROULE DE NETCARE .....	48
FIGURE 5 : NOMBRE DE CAS PAR ALGORITHME NETCARE .....	48
FIGURE 6 : MODELE POUR LES CABINETS DE MEDECINE GENERALE – BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.....	51
FIGURE 7 : REPARTITION DES MOTIFS DE PRISE EN CHARGE PHARMACY FIRST (69).....	53

# LISTE DES ANNEXES

---

ANNEXE I : ALGORITHMES DECISIONNELS ANNEXÉS AU JORF DU 18 JUIN 2024.....	98
ANNEXE II : SITUATIONS CLINIQUES RECONNUES COMME ADAPTEES A UN USAGE EN PMF .....	105
ANNEXE III : PROTOCOLE D'EVALUATION OSYS .....	108

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>AMU</b>	Aide médicale urgente
<b>ANDPC</b>	<i>Agence nationale du Développement Professionnel Continu</i>
<b>ANSM</b>	<i>Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé</i>
<b>ARM</b>	Agent de régulation médicale
<b>ARS</b>	<i>Agence régionale de santé</i>
<b>BPD</b>	Bonnes pratiques de dispensation
<b>CAP</b>	<i>Centre Antipoison</i>
<b>CC</b>	Code civil
<b>CCGs</b>	<i>Clinical commissioning groups</i> sont des groupes de médecins généralistes qui organisent les prestations du NHS, remplacés ensuite par les <i>Systemes de soins intégrés (ICSs)</i> en 2022
<b>CCMU</b>	Classification Clinique des Malades des Urgences
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CNAM/CPAM</b>	Caisse nationale d'assurance maladie / Caisse primaire d'assurance maladie
<b>CP</b>	Code pénal
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>DGOS</b>	<i>Direction générale de l'offre de soins</i>
<b>DG</b>	Directeur général
<b>DMP</b>	Dossier médical partagé
<b>DREES</b>	<i>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques</i>
<b>DSNP</b>	Demande de soins non programmés
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>Fedoru</b>	<i>Fédération des observatoires régionaux des urgences</i>



<b>FIF PL</b>	<i>Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux</i>
<b>HAS</b>	<i>Haute autorité de santé</i>
<b>JORF</b>	<i>Journal officiel de la République française</i>
<b>MG</b>	Médecin généraliste/Médecine générale
<b>MSP</b>	Maison de santé pluriprofessionnelle
<b>MT</b>	Médecin traitant
<b>NHS</b>	<i>National Health Service</i>
<b>OPCO</b>	Opérateur de compétences
<b>OPCO EP</b>	<i>OPCO des Entreprises de Proximité</i>
<b>OSNP</b>	Opérateur de soins non programmés
<b>PDSA</b>	Permanence des soins ambulatoires
<b>PUI</b>	Pharmacie à usage intérieur
<b>PUPS</b>	<i>Pharmacie Urgence Premiers Secours</i>
<b>SAS</b>	<i>Service d'accès aux soins</i>
<b>SAMU</b>	<i>Service d'aide médicale d'urgence</i>
<b>SMUR</b>	Structure mobile d'urgence et de réanimation
<b>SNP</b>	Soins non programmés
<b>TROD</b>	Test rapide d'orientation diagnostique
<b>UNPF</b>	<i>Union Nationale des Pharmacies de France</i>
<b>URPS</b>	<i>Union régionale des professionnels de santé</i>

# INTRODUCTION

**1. Historique** – Dans un contexte de saturation des services d’urgence en 2014, la Cour des Comptes appelle à mesurer et analyser les « passages évitables » de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville (1). Lors de son rapport de 2019, elle soulève une continuelle augmentation du recours hospitalier *sans que les améliorations intervenues en termes de recueil de données et d’organisation des services ait enrayé cette tendance*. Une augmentation qui traduit *les difficultés d’accès à des consultations simples non programmées et à organiser une permanence des soins effective* (2).

En 2018, le député Mesnier alerte déjà sur l’émergence d’initiatives privées désorganisées et à but lucratif, favorisées par un déficit de prise en charge par le secteur public et contribuant au désengagement des professionnels de santé. Ces dernières sélectionnent les patients et encouragent une approche consumériste en ignorant les parcours de soins ainsi que la recherche d’un égal accès sur le territoire (3). Il encourage à dégager du temps médical utile par un partage des tâches entre les médecins et les autres professions de santé (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes).

**2. Promesses politiques** – Alors que le renoncement au soin et la surcharge des services hospitaliers poursuivent leur hausse à rythme soutenu, le Président de la République annonce le 17 avril 2023 l’objectif ambitieux de désengorger tous les services d’urgences avant la fin de l’année suivante (4). L’UNPF réagit, affirmant que cela ne pouvait s’envisager sans la contribution des professionnels de santé de ville. Elle invite notamment les pharmaciens à se concerter pour faire part aux pouvoirs publics de propositions concrètes, s’appuyant sur le développement de l’exercice coordonné et du service d’accès aux soins (5).

Les communiqués se multiplient et les structures publiques luttent pour garantir un accès, formant un barrage contre la rupture de soin croissante. Un barrage qui s’épuise et qui fait preuve d’un cruel manque d’efficacité. Près de 50% de la population s’estime insatisfaite de l’accessibilité et de la qualité de la prise en charge dans les urgences hospitalières, précédant largement un taux qui se limite à 20% pour la prise en charge en ville lorsqu’elle est disponible. Ces chiffres démontrent l’importance d’une réponse de soin adaptée à la situation du patient (6). Un partage des missions assurerait la pertinence des moyens utilisés, en adéquation avec la nature de la demande, et permettrait une requalification des professions de santé vers le haut,

améliorant l'attractivité du domaine médical. Autant de points qui incarnent le troisième et quatrième axe de notre actuelle stratégie nationale de santé.

**3. Implication du pharmacien** – Dans le cadre du dispositif article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, de nouvelles études expérimentent des organisations innovantes pour un système efficient et réintégrant l'importance du parcours de soin. Les compétences du pharmacien, déjà mises à l'épreuve au cours de la crise sanitaire et reconnues par l'extension de ses activités, ne sont plus à l'essai. En revanche, de nombreux points restent en suspens pour faire de l'officine une des ressources officielles face à la demande de soins non programmés (DSNP).

Après un état des lieux de l'organisation des SNP en France, ce travail s'appuiera sur les dispositifs en cours d'élaboration pour définir le rôle du pharmacien dans la DSNP et établir une réflexion autour des obstacles rencontrés par ces remaniements.

# PARTIE 1 : LES SOINS NON PROGRAMMÉS

---

**4. L'accès aux soins** – Principe fondateur de l'Assurance Maladie, l'accès aux soins représente la capacité d'une personne à obtenir des soins de santé appropriés sans distinction d'aucune sorte. A l'ère où la désertification médicale croît, les services d'urgence deviennent, à tort, une solution pour une demande non vitale. Il convient de redéfinir l'attribution de chacune des structures de santé et la place du pharmacien au sein de ce système.

## CHAPITRE 1 : LA GESTION DES SOINS NON PROGRAMMÉS

---

**5. L'« urgence »** – Ce terme porte une acception variable selon l'entité qui l'emploie. Alors que les services hospitaliers entendent un engagement du pronostic vital et/ou fonctionnel, la médecine de ville y voit davantage un impératif qui nécessite la réorganisation de son activité, décliné aujourd'hui sous l'expression de « soin non programmé » (7). Le patient perçoit cette notion dans sa valeur temporelle avec son contexte social, souvent dissociée de l'échelle de gravité, une demande de prise en charge rapide et de soulagement des symptômes. Ces divergences sont au cœur de la problématique actuelle. Distinguer l'urgence hospitalière du SNP est primordial et révèle la nécessité d'un service d'orientation qui articule ces deux systèmes : le service d'accès aux soins.

### I. CONTEXTE DE « MAUVAIS USAGE » DES URGENCES

**6. Nomenclature** – Les anglo-saxons disposent d'un meilleur vocabulaire différenciant l'urgence médicale, *emergency*, de l'urgence ressentie, *urgency*. Le Docteur Pierre Valette cite l'exemple de l'urgence hypertensive qui se partage en *hypertensive urgency*, « fausse urgence hypertensive », stade 3 de la classification selon JNC 7, et en *hypertensive emergency*, « vraie urgence hypertensive ». Il enrichit ces nuances avec deux termes Allemands : *hypertensiven Notfall*, traduisant l'urgence hypertensive avec souffrance d'organes, et *hypertensiven Dringlichkeit* relevant de l'hypertension préoccupante sans répercussion organique. Il existerait donc graduellement une urgence ressentie (*urgency*), une urgence relative (*Notfall*) et une urgence absolue (*Drincklichkeit*). (8)

Le partage de la gestion des urgences entre le secteur public et privé accentue cette difficulté à trouver une définition universelle. En termes symptomatiques, les médecins généralistes drainent essentiellement les motifs de gêne, malaise, fièvre, angoisse et troubles digestifs, quand les services hospitaliers accueillent les douleurs, accidents et agressions. (9) Malheureusement, le manque de disponibilités en ville engendre un transfert vers les urgences publiques qui, pour autant, ne disposent pas d'une hausse de moyen pour faire face à cette tendance. Un transfert qui nuit à l'efficacité de notre système de santé et floute ce partage clair des missions entre médecine de ville et services d'urgence hospitaliers.

**7. Classification Clinique des Malades aux urgences** - Comme la définition non universelle du terme, il n'existe pas d'échelle validée de façon consensuelle pour coter l'urgence. Dans les études, la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) est généralement utilisée pour évaluer la pertinence des prises en charge. La version originelle se décline en cinq degrés de gravité détaillés ci-dessous (tableau 1) (10).

<b>Classe I</b>	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et <b>abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique</b> aux urgences.
<b>Classe II</b>	Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d' <b>acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique</b> aux urgences.
<b>Classe III</b>	Etat lésionnel ou <b>pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver</b> dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique et thérapeutique aux urgences.
<b>Classe IV</b>	<b>Situation pathologique engageant le pronostic vital</b> et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences.
<b>Classe V</b>	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de <b>manœuvres de réanimation aux urgences.</b>

*Tableau 1 : Classification Clinique des Malades aux Urgences*

Afin d'apporter une représentation pratique, chacune des classes peut être illustrée de la manière suivante : la classe I serait caractéristique d'un état grippal ou d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni signe neurologique déficitaire ; la classe II correspond à une pneumonie non compliquée ou une entorse de faible stade ayant nécessité un acte radiologique ; la classe III relève davantage d'une douleur angineuse avec modification électrocardiographique voir d'un traumatisme du rachis cervicodorsal ; la classe IV d'un œdème

pulmonaire aigu avec défaillance respiratoire ; enfin la classe V, propre à une défaillance respiratoire ou circulatoire aigue ayant requis des manœuvres immédiates de réanimation. (10)

**8. Les « passages évitables »** - Un grand nombre de prises en charge pourrait être effectué en ville, toutes regroupées sous l'expression de « passage évitable ». Ce pourcentage, qui atteint plus d'un tiers des patients dans certaines études (3), reste objecté. A ce chiffre est surtout reproché le caractère *a posteriori* de l'évaluation (11). En effet, l'urgence est aussi bien un état qu'une sensation : une douleur digestive peut être décrite au superlatif ou négligée par le patient. Pour le médecin, il est parfois difficile de discriminer de façon certaine une occlusion intestinale d'une constipation sans examens complémentaires. Il est donc plus facile de qualifier un passage comme évitable lorsque l'acte d'examen a été réalisé plutôt qu'*a priori*.

Comme le soulèvent les critiques, la CCMU est établie *a posteriori* par le médecin. Elle nécessite la réalisation d'un électrocardiogramme pour coter une douleur angineuse, ou d'un mouvement de support des fonctions vitales pour discriminer une classe IV d'une classe V. Cette cotation reste néanmoins la plus couramment utilisée dans les études. A noter que seules les CCMU 2 et 3, caractérisées par l'acte diagnostic et l'aggravation de l'état, font l'objet de controverses car elles préjugent de la fin. Elle présente donc de nombreux avantages à être exploitée ici et nous porterons particulièrement attention à la CCMU 1, caractérisant unanimement le patient évitable des urgences.

**9. Le profil des patients aux urgences** – Les derniers chiffres publiés par la Fedoru en 2023 permettent d'établir un profil nuancé des patients admis (12). L'activité globale des urgences a présenté une hausse de 7,3% par rapport à l'année précédente et continue de croître à ce jour. 17% relèvent de la CCMU 1, contre 14% en 2002. Une proportion qui gonfle jusqu'à 28% pour la population pédiatrique. Parmi les patients qui pourraient être vus en médecine générale, Laurent Maillard, président de la Fedoru, soutient que certains relèvent également de la CCMU 2. Si ces derniers nécessitent des examens complémentaires, il encourage à programmer au minimum certains soins (13).

La majorité des patients arrivent par leurs propres moyens (74%) sans nécessité d'une ambulance ou des pompiers. Pour analyser cette donnée, nous pouvons la croiser avec une circulaire de la DREES, précisant que 70 % s'y présentent sans contact médical préalable, même par téléphone. Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80 % des patients dans les tranches d'âge inférieures à 50 ans (14).

Le président de la Fedoru dénote enfin une nette augmentation des patients âgés de plus de 75 ans, un constat partagé par la cheffe des urgences de Toulouse qui met en cause le manque de remplacement lors du départ à la retraite des médecins. La perte du médecin traitant (MT) crée une rupture de suivi et la dégradation d'un état de fragilité. La question de l'évitement se pose particulièrement pour cette population, chez qui le risque de dépendance et de récives croît avec les hospitalisations. Une tendance qui, nous l'aborderons, pourrait être enraillée avec l'aide de la vigilance des pharmaciens.

**10. Rentabilité entre urgence et médecine de ville** – La question de la rentabilité d'un passage aux urgences n'est que peu pertinente puisque les hôpitaux ne disposent pas de moyens suffisants, débouchant ainsi sur une incapacité de prise en charge. Il s'agit davantage d'un enjeu entre les deux filières (MG et AMU) pour être capable de gérer ensemble les épisodes de soins aigus. Cependant, lorsque cette question est posée, c'est avant tout en comparaison à l'allocation de la ressource financière accordée aux professionnels de ville qui prendraient en charge ces patients. Il s'agit donc d'une dimension que nous réaborderons et qui gagne à être traitée.

Certaines thèses soutiennent que le passage aux urgences pour des problèmes non urgents est moins coûteux que le circuit de ville (15). Un circuit élémentaire pour une douleur due à un ulcère *helicobacter pylori* positif se décline par exemple en : consultation chez un MG, retrait du médicament en pharmacie pour l'analyse, passage au laboratoire, retour chez le MG pour la prescription et enfin délivrance du traitement par le pharmacien. Il est donc tentant d'affirmer que l'hôpital condense toutes ces étapes en forfaits de facturation lissés, dans un court laps de temps et en un seul lieu.

Le coût moyen d'un passage aux urgences est difficilement représentatif de la réalité puisqu'il ne rend pas compte de la disparité des établissements (public/privé, taille de la structure) et des prises en charge (moyens engagés). L'estimation la plus fine est celle rapportée par la CNAM distinguant le coût moyen global d'une admission aux urgences à 227 euros, des seules consultations ambulatoires à 80 euros (16). Ces chiffres conséquents s'expliquent par un fort effet de structure, lié aux équipements et au fonctionnement particulièrement lourd des services. La CNAM précise également cette particularité d'augmentation par paliers à partir d'un coût fixe de départ, chaque dépassement de seuil nécessitant l'ajout d'une ligne de garde et l'ajustement des effectifs de personnels paramédicaux. Il existe donc bel et bien une plus-value financière à éviter les passages inutiles aux urgences.

Par ailleurs, outre le coût pour le système de santé, plusieurs directeurs d'établissement indiquent enregistrer un déficit de 13 à 20 euros par passage. Si les structures dégagent un avantage financier à l'ouverture d'un service d'urgence, c'est en ce qu'ils constituent une porte d'entrée vers l'hospitalisation (16). Les patients évitables, CCMU 1 et 2 débouchant sur le retour à domicile, sont donc de mauvaises cibles. A la suite de ces observations, un forfait de réorientation des patients des services d'urgence vers la médecine de ville a été expérimenté et prolongé par l'arrêté du 26 avril 2023.

**11. Continuité de soin** – Le danger du recours à la médecine ambulatoire, plus ou moins à répétition, réside dans l'absence de suivi et le manque de données sur le patient. L'hôpital n'a pas mission d'assurer une surveillance médicale lors de la sortie. Le manque de centralisation autour du MT augmente le risque de rupture des soins, de mauvaises interactions et d'aggravation d'un état fragile. Le Professeur Sandrine Charpentier, cheffe des urgences du CHU de Toulouse, souligne qu'il n'existe pas de réels avantages à une prise en charge aux urgences pour ces populations. La part de patients défavorisés qui viennent à l'hôpital car ils ne disposent pas d'aides financières est très faible, et il s'agit pour beaucoup de CCMU 3 et au-delà, soit un passage considéré comme justifié.

Il est également important de soulever la pression que ces passages inutiles génèrent au sein des services. Le recours spontané pour des motifs inappropriés engendre un surpeuplement, poussant les infirmières et les médecins à recentrer leur activité autour de leurs tâches aux dépens de la relation soignant-soigné. Outre la baisse d'attractivité des professions, les patients perdent en qualité de soin. (17)

**12. Fermeture des urgences** – La restriction d'accès est une solution à laquelle de nombreux hôpitaux ont maintenant recours. Récemment, certains services d'urgence ont limité leur accueil à la condition d'un appel préalable au 15 afin d'éviter la surcharge. C'est le cas du centre hospitalier de Eu, en Normandie, qui annonce le 29 mars 2024 la nécessité d'un aiguillage téléphonique pour une durée indéterminée, s'alignant sur d'autres pays Européens chez qui ce mode de fonctionnement est une norme (18). Le lundi 1<sup>er</sup> avril 2024, c'est au tour de l'hôpital de Perpignan, à la suite de l'affluence provoquée par la fermeture nocturne de deux cliniques de la ville après le départ de six de leurs praticiens sans remplaçants (19). L'enquête des urgences parue en juillet 2024 révèle que le manque de personnel a causé la fermeture de 8 % des services d'urgence entre mi-mars et mi-juin 2023, et 23 % ont mis en place un accès régulé, au moins sur certains créneaux horaires (20).



Le nombre d'appel au 15 a largement augmenté ces dernières années mais l'efficacité de la régulation a permis que cela n'entraîne pas une augmentation des interventions du SMUR (14). Par ce moyen, les hôpitaux dans des régions de faible démographie médicale ont pu faire face à la surcharge. Ces résultats démontrent un réel mésusage des urgences qui pourrait être enrailé en proposant une réponse de prise en charge alternative au patient.

Le professeur Sandrine Charpentier alerte cependant sur le risque de renoncement aux soins en « fermant » les services publics pour ne faire que de l'accès régulé. Peu importe la nature de la plainte du patient, il est important de maintenir une permanence des soins effective, garantissant une continuité et un égal accès pour tous. Dans un temps où le renoncement médical croît avec le surpeuplement des services, il est dangereux de soumettre l'accueil hospitalier à des conditions restrictives. En revanche, éduquer le patient à s'adresser à ses professionnels de santé de proximité assurerait un filtrage sans toutefois interdire le recours aux urgences.

**13. Identification du patient « évitable »** – Pour faire l'objet d'une meilleure orientation, les passages évitables doivent être facilement identifiables en amont des urgences. Leur profil type est : un patient venu par ses propres moyens, sans contact médical préalable, CCMU 1 avec quelques CCMU 2 pour lesquels l'acte d'examen aurait pu être effectué en ville. Sa présentation est motivée par le besoin, relatif ou absolu, d'une consultation dans les 48h.

La culpabilisation du patient sur sa « consommation médicale » n'est plus possible dans la mesure où, si le patient lui-même n'a pas été en capacité de trouver un MG disponible, le professionnel des urgences n'aura pas d'autres solutions qui répondent à sa sollicitation que de le prendre en charge. La nécessité d'un circuit parallèle aux urgences pour assurer ces demandes se fait de plus en plus patente.

## **II. LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS**

**14. Définition** – La distinction entre urgence et DSNP est la base de ce travail. Une DSNP est caractérisée par une demande de consultation rapide (sous 24-48h) en médecine générale pour un motif de pathologie aiguë hors urgence vitale et dont la prise en charge ne

peut être ni anticipée ni retardée<sup>1</sup>. Le renouvellement d'ordonnance et la rédaction d'un certificat ne relèvent donc pas du soin non programmé.

Nous pouvons proposer la définition suivante pour l'urgence hospitalière : maladie aiguë nécessitant une prise en charge immédiate de par son risque vital ou fonctionnel. Le terme « aiguë » comprend l'aggravation brutale d'un état pathologique antérieur, mettant en jeu le pronostic du patient.

**15. Le choix du service d'urgence pour des soins médicaux non urgents** – Les motivations d'une arrivée inappropriée aux urgences ont été explorées par une étude chez des patients âgés de 22 ans à 43 ans (17). Les participants disposaient tous d'une assurance médicale et d'un *primary care provider* (médecin généraliste) comme source habituelle de soin. La première cause mise en évidence était l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous avec leur MG, comprenant l'absence de réponse lors d'une tentative de contact et des horaires peu flexibles. La seconde était l'orientation par un personnel du cabinet du MG, parfois à cause de leur emploi du temps complet. La troisième dimension relevait du temps d'attente, soit pour obtenir un rendez-vous soit dans la salle d'attente qui excédait parfois celui des urgences. Les chercheurs ont cité trois autres études appuyant ces résultats.

Une réflexion typique des répondants a été : « *Si vous voulez juste un contrôle annuel ou obtenir des renouvellements de médicaments, ce n'est pas grave, mais si vous êtes malade et avez besoin de médicaments ce jour-là, oubliez-les.* » Une des patientes a aussi confié être inhibée dans sa relation avec son MG : « *Il n'a pas de temps pour moi et j'ai l'impression de ne pas pouvoir obtenir de réponses.* » (Traduit depuis l'anglais.)

Ces résultats réprouvent l'hypothèse selon laquelle les patients se présentent aux urgences avec des plaintes non urgentes essentiellement parce qu'ils en présumant le contraire. L'arrivée aux urgences de ces patients est donc évitable mais ne peut être définie comme irresponsable puisqu'ils n'y voyaient pas d'autres alternatives et qu'elle a, *in fine*, débouché sur la dispensation de soins. Nous pouvons classer leur sollicitation comme une DSNP.

**16. Des consultations sans rendez-vous en médecine libérale** – Une part importante de l'activité des MG libéraux sont des DSNP. D'après un rapport de la DREES paru en 2020, elles représentent un tiers de l'activité pour près de 50% des MG, et 80% déclarent s'organiser

---

<sup>1</sup> Ameli : <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/assure/actualites/demande-en-soin-non-programme-la-cpts-opale-sud>, URPS médecin : <https://www.urpsml-hdf.fr/soins-non-programmes-snp/>

afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement, en proposant, par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des SNP (21).

Le rassemblement des professionnels libéraux en MSP a encouragé ce type d'organisation. C'est le cas de la MSP de la Cartoucherie, avec des plages libres de 8h30 à 10h30 et de 13h30 à 15h30, ou encore de la MSP des fontaines, avec des créneaux réservables le matin même. Le mode de fonctionnement diffère dans un objectif commun : assurer une permanence des soins lorsque le nombre de praticiens adhérents à la MSP le permet.

Les médecins se sont toujours coordonnés de sorte à maintenir un service continu en ville. Des commissions et des associations dédiées à la Permanence des soins ambulatoires (PDSA) ont vu le jour, accompagnées de forfaits d'indemnisation versés par l'Assurance Maladie. Les associations SOS médecins, qui assuraient initialement des visites à domicile, ont aujourd'hui développé leur activité autour de centre de consultations pour « *pallier les problèmes de démographie médicale et l'augmentation des demandes d'intervention de leurs médecins.*<sup>2</sup> »

**17. Difficultés modernes** – Si les DSNP font déjà partie intégrante de l'activité des médecins, les conditions dégagées ci-dessus sont la disponibilité et l'effectif suffisant de praticiens. L'augmentation de la sollicitation des médecins face au départ à la retraite et à la désertification médicale crée une tension entre une demande croissante et une offre de soin limitée. La cour des comptes relève également « la modification des pratiques des professionnels soignants dont les périodes d'activité, dans la journée, la semaine ou l'année, sont en décalage avec les exigences des patients. » Dans les urgences pédiatriques de Lyon, les motivations non médicales ont concerné plus de la moitié des arrivées le samedi, faisant de « l'absence du médecin traitant » le motif le plus fréquemment invoqué (22).

La modernisation du système de prise de rendez-vous a accentué cette difficulté à organiser le SNP. Les logiciels tels que *Doctolib*, *Maïa*, *Keldoc*... ne laissent que peu de souplesse en mettant directement à disposition les créneaux sur plusieurs mois, avec un système de notification aux patients lorsque l'un d'eux se libère. L'augmentation des pathologies chroniques engendre un volume important de « soins programmés » qui sature les agendas des médecins. Ainsi, là où les praticiens gagnent en planification, ils perdent en capacité

---

<sup>2</sup> <https://www.sosmedecins-nantes.fr/organisation.php>

d'adaptabilité. Ce nouveau mode de fonctionnement pose également la question du respect de l'égal accès aux soins. D'après une étude faite sur Paris, la prise de rendez-vous sur internet est significativement plus observée chez les patients de moins de quarante ans, diplômés du supérieur et utilisant fréquemment internet (23).

Par ailleurs, les MSP, une des solutions les plus facilement accessibles pour traiter les DSNP, n'offrent des consultations sans rendez-vous que sur des plages horaires étroites, parfois sur une demi-journée (ex : MSP du pré) ou uniquement en soirée (ex : MSP Haut Gévaudan). Ce temps restreint doit être intelligemment partagé auprès de patients nécessitant une expertise médicale, autrement appelé *temps médical utile*.

**18. Respect du parcours de soin** – Parmi les déterminants associés de manière défavorable à la prise de rendez-vous sur internet, nous retrouvons la fidélité au MT. A contrario, beaucoup des patients examinés via les plateformes en ligne ne consultent pas le médecin censé assurer leur suivi (23). La notion de parcours de soin ne doit pas disparaître lorsque le patient exprime un besoin ponctuel et rapide de prise en charge. Pilier de notre système de santé, le parcours de soin représente le juste enchaînement des différentes compétences directement ou indirectement liées aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements etc. Ce concept s'articule autour du MT qui veille à la sécurité, la pertinence et la personnalisation des interventions. Lors ou à la suite d'une DSNP, le MT a pour vocation de s'assurer de la bonne interaction des actes de soin selon les antécédents cliniques du malade ainsi que du suivi qui en découle. Pour sauvegarder cette notion capitale, il est nécessaire de s'appuyer sur une bonne coopération entre les acteurs impliqués. Toute intervention de SNP auprès d'un patient doit faire l'objet d'un compte-rendu à destination du MT, par messagerie sécurisée le plus souvent.

**19. Une mission des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** – L'organisation de l'offre des SNP nécessite une coordination qui relève des CPTS. Mises en place dans le champ conventionnel en 2019 à la suite de la Loi de modernisation de notre système de santé, elles constituent un regroupement de professionnels du sanitaire, du social et du médico-social, de premier et/ou de second recours. Elles naissent à l'initiative des professionnels et exercent leurs missions au sein d'un territoire bien délimité, s'appuyant sur les structures d'exercice coordonné déjà existantes (MSP, centre de santé, équipes de soins primaires). D'après une enquête de la DREES en 2022, un médecin sur trois en fait partie et

près de 37% des praticiens ont participé à une action menée par ces regroupements. Ces chiffres continuent de croître à ce jour.

Les CPTS sont un enjeu majeur du plan d'égal accès aux soins. Leurs missions premières comprennent l'amélioration la prise en charge des SNP en ville. Alors que l'urgence vitale relève des structures hospitalières, la DSNP fait donc, quant à elle, partie de leurs attributions. Cela se traduit notamment par l'organisation de roulements entre les professionnels de santé de garde sur le territoire ou le renvoi vers un Service d'Accès aux Soins (SAS) efficient et structuré. Avec cette place centrale qui fait des CPTS un interlocuteur privilégié pour toute initiative visant les SNP, la signature de l'avenant 2 à l'Accord conventionnel interprofessionnel réaffirme officiellement leur participation au sein du SAS.

### **III. LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS<sup>3</sup>**

**20. Nécessité d'un service d'orientation** – Le SAS s'adresse aux patients confrontés à un besoin de soins urgents ou non programmés lorsque le médecin traitant est injoignable. Fondé pour traiter les problématiques évoquées plus haut, il a été lancé dans le cadre du Pacte pour la refondation des urgences en 2019 et repose sur la coopération étroite entre médecine générale et aide médicale urgente. Il s'agit donc d'un partenariat entre médecins de ville et SAMU par régulation téléphonique et plateforme digitale de prise de rendez-vous. La prise en charge s'étend de la simple DSNP au risque vital et vise à répondre à chaque patient sans distinction d'aucune sorte. Il doit permettre d'accéder, à toute heure et à distance, à un praticien.

Une phase pilote conduite durant 3 ans dans 13 régions a permis d'expérimenter le dispositif avant sa généralisation. Les 22 territoires concernés ont constaté une simplification dans la gestion des urgences et des SNP, ainsi qu'un élargissement de l'offre de réponse. En articulant la régulation des urgences avec celle de la médecine de ville, et en offrant une possibilité de prise de rendez-vous, le SAS a permis une gestion efficace des DSNP souvent à la frontière des deux. Le dispositif avait diminué la charge de travail de 15% dans les services d'urgence à l'échelle locale entre 2021 et 2022. Ainsi, en septembre 2024, la FHF cite le SAS parmi les solutions pour faire face à la hausse croissante globale de fréquentation des services

---

<sup>3</sup> <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>

(24) (25). En janvier de la même année, la DGOS avait déjà recensé 63 dispositifs couvrant près de 80% de la population.

**21. Une plateforme téléphonique** – La réponse s’articule autour d’un plateau de régulation accessible 24h/24 et 7j/7. Le SAS, qui rassemble la filière de MG et d’AMU, doit reposer sur un numéro commun entre médecine d’urgence et médecine générale. Ainsi, le patient formule sa demande par appel au 15 ou, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, par appel au 116-117, numéro national unique qui remplace le 39-66 pour la médecine générale de garde (soirs, week-end et jours fériés). Certaines régions disposent néanmoins d’un numéro spécifique afin d’éviter la surcharge des numéros d’urgence.

Le premier décroché se fait par un agent de régulation médicale (ARM), ayant suivi une formation spécifique, qui évalue le degré d’urgence réel. Il peut déclencher l’intervention directe du SMUR, solliciter la filière d’Aide Médicale Urgente (AMU) ou la filière de médecine générale. Lorsque le patient formule une DSNP, son appel est donc transmis à un MG régulateur. Si une prise en charge est jugée nécessaire par ce dernier, le patient débouche sur une nouvelle fonction créée avec le SAS : l’opérateur de soin non programmé (OSNP). Cet acteur intervient après la régulation médicale et organise la prise de rendez-vous soit vers le MT, soit vers les CPTS ou une consultation spécialisée. Le SAS n’a pas vocation de substituer le contact avec le MT ni la démarche de recherche autonome selon les moyens mis en place par les CPTS.

**22. Une plateforme numérique** – Outre la plateforme téléphonique, le service s’articule autour d’une plateforme numérique (sas.sante.fr) qui prend l’aspect d’un annuaire digital national, accessible uniquement par les professionnels du SAS afin de permettre la prise de rendez-vous. Elle peut être interfacée avec les logiciels métiers ou s’enrichir par entrée manuelle pour plus de contrôle de la part de chaque praticien. Les créneaux disponibles ne sont pas réservés au SAS mais sont aussi mis à disposition pour le grand public.

En parallèle de cet outil réservé aux acteurs du SAS, la DGOS a demandé aux ARS de « recenser les structures de soins non programmés » pour que le patient puisse trouver une solution de lui-même lorsque cela est possible. La *carte des lieux de soins*, résultat de cette initiative, ne permet pas de prendre rendez-vous directement mais peut « renvoyer vers un lien ou un numéro d’établissement » qui prendrait en charge les DSNP. C’est au patient d’effectuer les démarches mais, selon les départements, il n’existe pas toujours de structures de proximité et leurs disponibilités s’avèrent limitées.

**23. Gouvernance des SAS** – La gestion des SAS peut relever de cinq acteurs principaux : le SAMU, les associations de PDSA (ou médecins régulateurs libéraux), les CPTS, les URPS ainsi que les Conseils départementaux de l’Ordre des médecins. Dans 70% des SAS, les OSNP sont embauchés par l’association qui porte la régulation de MG. La pénurie d’ARM avait conduit à leur recrutement sur un profil administratif de secrétariat médical mais l’essor du nombre d’ARM en 2024, supérieur aux besoins des AMU, pourrait ouvrir à leur prise de fonction en tant qu’OSNP.

L’organisation du SAS Haute-Garonne, un exemple parmi les dispositifs d’expérimentation, s’était faite sur la base d’une convention tripartite : le CHU de Toulouse qui gère l’AMU ; l’association de régulation de la PDSA (*Régul’31*) pour la permanence (nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés) ; et l’association nouvellement créée de régulation de médecine libérale (*ARML SNP 31*) pour les appels en journée et le samedi matin (26). Deux statuts juridiques sont possibles mais celui de « Convention de fonctionnement » a fini par poser problème pour l’emploi des OSNP par les associations de MG. Un virage a permis de prendre une forme plus structurée, ainsi recommandée par les rapporteurs de la phase pilote, celle d’un « Groupement de coopération sanitaire ».

La rémunération diffère selon le rôle de régulateur (permanence téléphonique) ou d’effecteur (dispensateurs de soins). Les praticiens libéraux qui participent à la prise en charge effective des patients orientés par la régulation du SAMU/SAS bénéficient d’une majoration de 15 euros (limitée à 20 consultations hebdomadaires), associée à une rémunération forfaitaire de 1400 euros par an. Cette majoration est facturée au tarif opposable, hors patientèle du médecin traitant, réalisé dans les 48 heures et en dehors des horaires de la PDSA. L’indemnisation forfaitaire est soumise à deux conditions : l’inscription sur la plateforme numérique et l’affichage des créneaux disponibles<sup>4</sup>.

**24. Bon usage des SNP** – La priorité du contact avec le MT doit être respectée avant toute sollicitation du SAS ou d’une structure de SNP. L’OSNP vérifie les disponibilités du MT avant d’orienter le patient vers un autre MG. L’ordre de recours idéal donne lieu à une pyramide ainsi représentée (figure 1) :

---

<sup>4</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-service-dacces-aux-soins-sas-1>

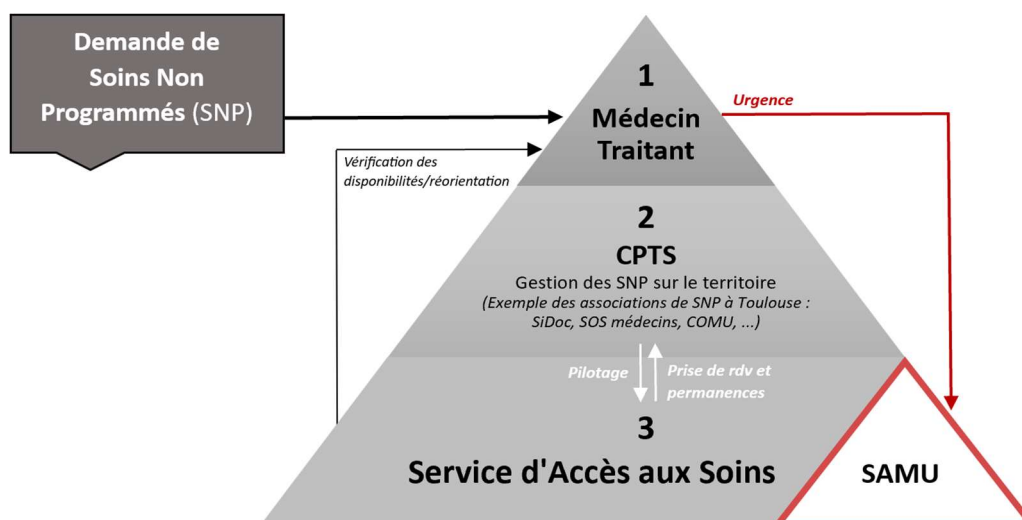


Figure 1 : Bon usage des soins non programmés

Beaucoup de patients ne disposent cependant pas de MT. Une étude de la DREES publiée en mai 2023 alerte sur le fait que 65 % des MG déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients, un chiffre alarmant de par son augmentation de 12% en l'espace de trois ans à peine. En outre, le rattachement à un MT n'est pas une garantie de suivi. 44% des MG confient être dans l'incapacité de voir régulièrement leurs propres patients (27). Une autre étude menée sur quatre EHPAD de Boulogne-sur-Mer confirme cette proportion, avec pour résultat seuls 30 des 72 MT déclarés assurant un suivi, dont 3 qui exerçaient à plus de 10 km (28).

Le SAS offre ici une réponse ponctuelle pour éviter le recours inapproprié aux services d'urgence mais ne doit en aucun cas se substituer à un suivi médical au long cours.

**25. Difficultés observées** – Parmi les freins soulevés par l'étude pilote du SAS, la démographie hétérogène des médecins a été rapportée. Aussi, les associations de SNP (comme SOS médecins, SiDOC ou COMU sur Toulouse), les MSP et la maturité des CPTS sont désignées comme des facteurs facilitant l'adressage sur le circuit de ville. Ces structures bien construites ne sont pas toujours effectives dans les régions de désertification médicale (29).

On formule également une demande « d'agilité et de souplesse » dans le déploiement du SAS, « pour s'adapter aux besoins de santé et au projet métier des professionnels du territoire ». La suggestion de créneaux horaires inférieurs à 12 heures a été émise par exemple. Les rapporteurs suggèrent d'encourager les médecins à un cumul emploi-retraite voir à l'ajout d'un « stage de régulation » dans les études de médecine (25). En effet, le manque de MG disponibles pour la régulation téléphonique risque d'aggraver l'offre de soin effective sur un territoire



donné. La mutualisation des SAS entre petits départements pourrait également être une solution, et une analyse du nombre d'appels entrants pour des SNP au 15 permettrait d'évaluer le besoin sur chaque zone géographique.

Du côté des patients, le dispositif du SAS semble encore mal connu. Cependant, le risque de saturation des lignes d'urgence n'invite pas encore à promouvoir le dispositif via une campagne d'information grand public.

**26. Conclusion sur l'état des lieux des SNP** – Le temps d'attente estimé avant d'être pris en charge aux urgences, le non-respect du parcours de soin et le renoncement croissant des patients sont des symptômes d'un manque de ressources et d'un premier recours encore insuffisamment organisé sur le territoire. Dans ce contexte, maintenir une réponse libérale de proximité aux DSNP est impératif. Le SAS permet une gestion innovante de ces demandes. Sa filière de MG dépend activement de la participation des médecins libéraux au dispositif, nécessitant une coordination qui découle du rôle important des CPTS.

## CHAPITRE 2 : LE PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA DSNP

---

**27. Un professionnel de premier recours** – Membre actif des CPTS, le pharmacien constitue un partenaire privilégié pour une coopération avec les médecins dans le cadre des SNP. Les conseils thérapeutiques, la prévention et la gestion des petites urgences font déjà parti de son quotidien. De par son accessibilité, il endosse régulièrement la place de premier interlocuteur pour les patients. Si les compétences développées ici sont inhérentes à son exercice, elles doivent traduire une réflexion éclairée pour assurer la pertinence et la sécurité de sa démarche. Son profil répond aux besoins du système de santé en assumant un rôle d'aiguilleur et d'effecteur.

### I. UN PROFIL REpondant AUX BESOINS

**28. Maillage officinal** – Près de 20 000 pharmacies implantées en France avec des amplitudes horaires larges assurent, aux côtés des urgences, une porte d'entrée ouverte aux soins sans nécessité de programmation. La qualité du maillage territorial permis par les officines est historiquement reconnu comme l'un des meilleurs. Un rapport recense que 97 % des français vivent à moins de dix minutes d'une officine, et 99,5 % à moins de quinze minutes (30). De par leur proximité, elles assurent un égal accès sur l'ensemble du territoire et constituent une structure sur laquelle s'appuyer dans les zones de désertification médicale.

Malgré une récente fragilisation, les pharmaciens demeurent ainsi les professionnels de santé les plus équitablement répartis du fait d'une régulation ancienne de leur installation. L'ordonnance de janvier 2018 est venue réformer les conditions d'ouverture de droit commun en renforçant cette perspective. Actuellement, les officines répondent à un critère de seuil de 2 500 habitants au sein de la commune, et admettent des ouvertures supplémentaires par tranche de 4 500 habitants recensés. Les communes faiblement peuplées bénéficient d'un assouplissement des exigences (30).

La réglementation repose sur trois conditions cumulatives : l'accessibilité (visibilité avec croix verte, transports etc.), la conformité des locaux et l'approvisionnement de la population résidente. Aussi, afin de garantir une activité de qualité, l'arrêté du 15 mai 2011

impose l'obligation d'employer un pharmacien supplémentaire par tranche de chiffre d'affaires, assurant ainsi une adéquation entre l'offre et la demande au sein de l'officine.

**29. Missions du pharmacien** – Outre la desserte en médicaments sur l'ensemble du territoire, l'Ordre national des pharmaciens liste les missions qui sont attribuées à la profession. Nous relevons en lien avec le SNP :

- Coopérer avec les autres professionnels de santé ;
- Contribuer aux soins de premier recours ;
- Participer à la mission de service public de la permanence des soins. (31)

Le monopole pharmaceutique s'est établi par la nécessité d'une bonne connaissance des principes actifs qu'il exploite, ce qui le rend apte à dispenser un traitement. Par ailleurs, l'activité qu'il exerce le soumet à un code déontologique et législatif strict qui assure la sécurité, la confidentialité et la qualité de sa pratique. Il est donc soumis au secret médical.

**30. Formation** – En quarante ans, le cursus d'apprentissage du pharmacien d'officine a connu des réformes successives pour satisfaire l'évolution de son activité, entraînant un changement qualifié d'« extraordinaire » par la Présidente de l'Université de Franche-Comté. Les changements sociaux eurent lieu dans les années 1980 par l'obtention du diplôme d'État de Docteur en pharmacie après six années d'études. Ce titre est accompagné de l'instauration d'un externat au cours duquel l'étudiant travaille en collaboration avec les équipes médicales hospitalières, incarnant parfois le rôle de référent du pôle pharmacie au sein de ces équipes.

De 1992 à 2003 ont été introduites les unités d'enseignement sous forme coordonnées telles que nous les connaissons aujourd'hui. Chacune d'elle incarne une discipline médicale (infectiologie, cardiologie, dermatologie...) et aborde physiologie, sémiologie, pharmacologie et toxicologie en lien avec les pathologies qui la composent. L'enseignement est successivement assuré par des biologistes/chimistes, médecins et pharmaciens.

La loi HPST de 2009, par l'attribution de nouvelles missions au pharmacien d'officine, a permis l'élaboration de référentiels par la Commission pédagogique nationale des études de santé. Autrefois « gardien des poisons », le pharmacien passe *d'une activité centrée sur les préparations et la délivrance à un rôle de praticien de proximité dont la pratique, de plus en plus interprofessionnelle, est recentrée sur le parcours de soins et la prise en charge globale du patient.* Elle débouche sur des enseignements relatifs à la validation de prescriptions, la prise

en charge globale (automédication, prescription facultative et conseils), le suivi pharmaceutique et l'optimisation pharmacologique. (32)

En parallèle de leurs études, les officinaux valident diverses compétences annexes comme la prescription et l'administration de vaccins. Ils obtiennent également une équivalence au DU d'éducation thérapeutique attestant de leurs compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles par un minimum de quarante heures intégrées au cursus.

Le pharmacien peut développer des activités spécialisées au sein de son officine, sous conditions de locaux adaptés et d'une compétence validée par un diplôme reconnu :

- Diplôme Universitaire d'*orthopédie* ;
- Brevet professionnel ou Brevet de Technicien Supérieur d'*opticien-lunetier* ;
- Diplôme d'Etat d'*audioprothésiste*.

D'autres diplômes universitaires lui donnent accès à des compétences particulières telles que la diététique, le sevrage tabagique, le maintien et les soins à domicile, l'accompagnement en oncologie, la phytothérapie... intégrées à son devoir de formation continue.

**31. Compétences dérogatoires** – A l'image de l'agilité des facultés de pharmacie à se mobiliser rapidement en termes de formation pour répondre aux nouvelles missions, les pharmaciens ont toujours incarné un appui infailible dans notre système de soin. Les capacités adaptatives de la profession font d'elle un premier recours en cas de difficultés d'ordre de santé publique. Ainsi, son champ d'activité s'est déjà vu bouleversé à de nombreuses reprises :

- Epidémie COVID-19 (33) : régime dérogatoire permettant le renouvellement d'ordonnances de médicaments listés. Délivrance conditionnelle de paracétamol et de masques pris en charge. Vaccination. Réalisation de TROD.
- Baisse de la couverture vaccinale : autorisation d'administrer les vaccins du calendrier vaccinal en novembre 2022 puis de les prescrire en août 2023, toujours pour les patients de plus de onze ans sans contre-indications.
- Premier cas de choléra à Mayotte : les officinaux sont autorisés et invités à réaliser des TROD sur échantillons de selles (34).
- Semaine nationale de prévention du diabète : dépistage du diabète à l'officine (test de risque Findrisc et glycémie capillaire).
- Jeux Olympiques 2024 : formation aux urgences relatives aux événements sportifs en prévision de l'affluence et de la surcharge des services hospitaliers (35). Etc.

Suite au succès récurrent des missions qui lui sont confiées, de nombreuses compétences initialement dérogatoires ont fini par perdurer, contribuant ainsi à l'élargissement de son activité. Cette évolution tend vers un seul objectif : l'amélioration de l'offre de soins, notamment dans les territoires où la densité médicale est la plus faible.

**32. Démarche décisionnelle** – Régisseur du monopole des médicaments, le pharmacien est habitué à faire face à de nombreuses demandes spontanées au comptoir. Une étude menée sur 482 officines françaises a montré que l'intervention pharmaceutique fait partie du quotidien de l'exercice officinal et valorise l'acte de dispensation. Les patients, quant à eux, ressentent positivement cette démarche d'accompagnement lorsqu'elle est suivie d'explications à visée éducative (36). Cette harmonie entre compétences de l'équipe officinale et adhésion de la part du patient repose sur un fort lien de confiance dû à la proximité que connaissent les pharmacies communautaires avec leur patientèle.

Que ce soit pour refuser la délivrance d'un médicament ou conseiller le patient, le pharmacien d'officine est donc régulièrement amené à prendre des décisions thérapeutiques. Sa démarche de réflexion est souple. Dans sa fonction historique de dispensateur, elle se base sur le médicament pour remonter aux indications/dangers liés à la prise du traitement. Dans sa fonction de premier recours, elle adopte un cheminement plus global pour identifier la cause de la plainte et les facteurs de risque du patient. Les domaines faisant l'objet de sollicitations spontanées au comptoir sont fréquemment d'ordre dermatologique, gastro-entérologique et infectiologique.

**33. Et du côté des patients ?** – Une étude effectuée auprès du public en 2018 (37) confirme le titre de premier interlocuteur de santé accordé au pharmacien. En termes d'accessibilité, il l'emporte pour près de 2 patients sur 3, avant le médecin (33%) puis l'infirmier (4%). Les patients soutiennent que ses responsabilités devraient être élargies pour faciliter une prise en charge efficace et pérenne. En moyenne, 80% d'entre eux et plus de 90% des titulaires d'officine sont favorables à la prescription et l'administration de médicaments pour des maladies bénignes, un chiffre qui atteint les 88% lorsqu'il s'agit de faire confiance à leur pharmacien pour donner des conseils appropriés en cas d'urgence santé.

**34. Communication médecin/pharmacien** – Sur l'ensemble des professionnels de santé, la collaboration entre le médecin et le pharmacien est la plus anciennement établie. Une revue incluant 16 articles étudie les motivations de cette dynamique, dégagant un sentiment d'interdépendance et de confiance (38). A travers les ordonnances, le pharmacien dispose du

contact de l'ensemble des médecins liés à son activité, et, dans le cadre d'une collaboration plus étroite, du numéro personnel de certains d'entre eux. Le MT, premier référent dans le parcours de soin, demeure au centre des interventions concernant son patient.

Favorisés aujourd'hui par la loi HPST et les regroupements interprofessionnels, d'autres moyens de communication numériques ont été développés. La messagerie intégrée au logiciel de gestion d'officine permet l'échange de données dématérialisées par un transit sécurisé. Si le pharmacien ne dispose pas d'une adresse mail avec son logiciel, il est possible de s'en fournir une *via* l'espace de l'ASIP Santé (Mailiz). Pour garantir une sécurité permanente lors des échanges, d'autres messageries répondant aux normes sont proposées sur les sites, les applications ou les espaces web dédiés à la santé (tels que *Doctolib*, *Me soigner*, etc.)

Enfin, le Dossier Médical Partagé (DMP) constitue aujourd'hui un point d'entrée pour alimenter un nouvel espace individuel de partage des données : Mon espace santé. Les données sont visibles par le patient mais également par les professionnels de santé impliqués dans son parcours de soin, dans la limite de celles utiles à leur exercice professionnel. Un an seulement après son lancement, plus d'un quart des vaccinations réalisées en officine avaient été recensées auprès de Mon espace santé (39). Un taux qui continue de croître et dont la marge de progression est uniquement soumise à une amélioration de la prise en main, notamment par l'intégration aux logiciels métiers et la qualification de l'INS. Cela démontre la volonté du pharmacien de garantir un suivi coordonné ainsi que la transparence dans l'exercice de son art.

**35. Prise en charge pharmaceutique** – En réintégrant le pharmacien dans l'organisation des SNP, cela donne lieu à un schéma de prise en charge plus complexe (figure 2). Ce schéma tient compte du pharmacien comme maillon intermédiaire pour une orientation du patient, mais également comme finalité en tant que dispensateur de soins.

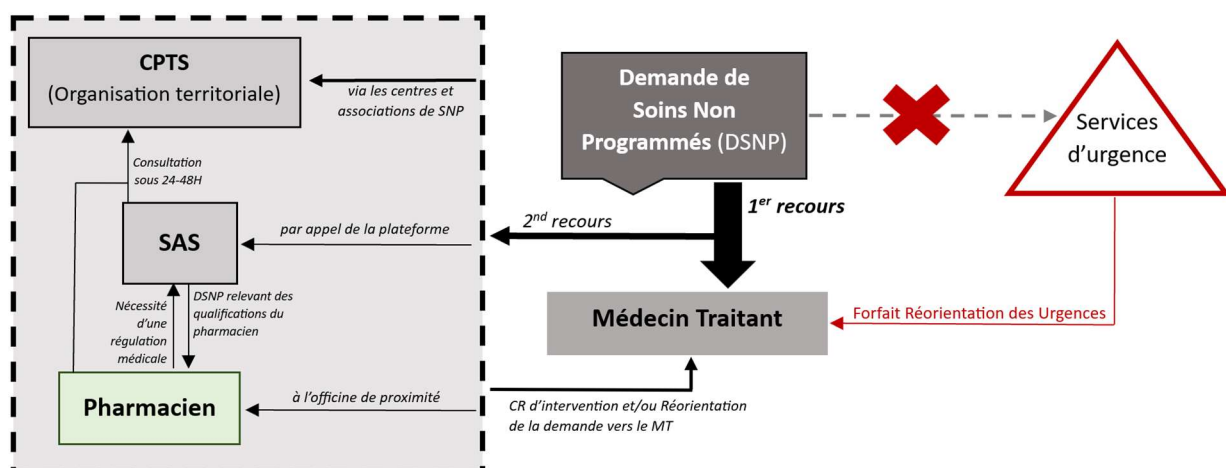


Figure 2 : Gestion de la DSNP sur le territoire

Dans l'idée d'une collaboration centrée sur le SNP, il est nécessaire de définir les compétences que le pharmacien peut mettre à disposition.

## II. LE PHARMACIEN COMME AIGUILLEUR

**36. Régulation pharmaceutique** – Près de 70% des patients se présentaient aux urgences sans contact médical préalable en 2003 (14), conduisant à une véritable mutation de leur système d'accès aujourd'hui. De plus en plus de services exigent une régulation préalable ou un adressage par un médecin. Bien que le MT doive demeurer le premier référent du patient, cela démontre la nécessité d'un système d'orientation large et accessible, constitué de professionnels habilités à évaluer la prise en charge nécessaire (médicale, urgente ou autonome). Le SAS, par exemple, constitue une régulation médicale incluant la filière d'AMU et de MG.

De par sa proximité et son accessibilité, le pharmacien occupe déjà la place d'aiguilleur. Il est régulièrement amené à prodiguer des conseils et à gérer des situations critiques, que ce soit par téléphone ou au comptoir. Deux cas d'urgence parus dans l'actualité ces derniers mois en témoignent :

– Mai 2024 (Garges) : un trentenaire déposé par une voiture devant une pharmacie présente une blessure par arme blanche à l'omoplate. Les services d'urgences ont été contactés après que les premiers soins lui aient été dispensés (40).

– Mars 2024 (Paris) : un jeune militaire s'effondre en pleine rue et son supérieur alerte la pharmacie la plus proche. Le pharmacien administre une dose d'adrénaline après identification d'un choc anaphylactique idiopathique (41).

L'activité de régulation est quotidienne au sein de l'officine, si bien qu'elle a été intégrée dans la formation du pharmacien. Lorsque l'UNPF appelle à instaurer une *véritable régulation pharmaceutique des SNP*, il s'agit davantage d'une formalisation en coordination avec les autres acteurs de santé du territoire (5). Ce processus permettrait une sécurisation du triage, une reconnaissance des compétences du pharmacien et une rémunération de juste droit. Comme l'encourage le député Mesnier, la diffusion au public des compétences du pharmacien pourrait rappeler que l'officine incarne un lieu où il peut obtenir l'avis d'un professionnel de santé s'il ne parvient pas à contacter son médecin (3).

**37. Aiguillage vers la médecine générale** – Cette activité de régulation suppose que le pharmacien puisse orienter le patient avec une certaine garantie de prise en charge. Dans le cas de la filière de médecine générale, elle est donc plus efficace lorsqu’il règne une bonne coopération avec les médecins. Si la communication et l’adressage de patients sont favorisés par l’organisation en MSP, ils semblent davantage compliqués pour les formes d’exercice plus isolées, notamment dans les zones de désertification médicale.

Les cabines de téléconsultation constituent une alternative pour certaines pharmacies. Néanmoins, elles ne garantissent pas un égal accès puisqu’elles exigent une certaine dextérité avec les outils technologiques que les personnes âgées, entre autres, peinent à avoir. Le médecin, bien qu’il dispose de davantage d’outils que lors d’une consultation vidéo à domicile (tensiomètre, dermatoscope, otoscope...), demeure tout de même limité dans son acte d’examen. Par ailleurs, la récente faillite de la société H4D, pionnière du secteur, pose la question de la pérennité de ces dispositifs. Le modèle économique de l’entreprise s’est avéré inefficace pour amortir les frais qui augmentaient avec le nombre de consultations réalisées (42). D’autres sociétés ont proposé des modèles plus flexibles mais aucune n’est rentable à l’heure actuelle et peu d’entre elles ont un réel équilibre financier, comme l’affirme le président de l’association qui regroupe les acteurs privés de la télémédecine en France (43). Ce manque de stabilité et d’universalité en font une solution qui ne peut être considérée comme suffisante.

**38. Le SAS, une ressource pour le pharmacien** – Dans ce système de triage, le SAS incarne une ressource sur laquelle s’appuie le pharmacien lorsqu’il requiert l’expertise d’un collègue de médecine générale. La plateforme permet un lien étroit entre régulation pharmaceutique et régulation médicale, facilitant par la même occasion l’accès à une consultation de SNP *via* la plateforme digitale. Cela offre un contact rapide avec le corps médical pour les officines en zone de désertification médicale, constituant un espace de soin de proximité, mais également une plateforme téléphonique vers laquelle orienter le patient lui-même. L’existence d’un numéro spécifique au SAS (ou à sa filière de MG) à l’instar de certains départements, pourrait éviter la saturation des lignes d’urgence.

**39. Aiguillage vers les urgences** – L’article R4235-7 du CSP prévoit que les pharmaciens doivent « dans la limite de leurs connaissances et de leurs moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat [...] » Dès sa quatrième année d’étude, le pharmacien est ainsi formé aux gestes de premiers secours et à l’orientation vers les urgences. Les contacts



universels auxquels il a l'habitude d'avoir recours sont le centre antipoison et les numéros des services publics.

Au-delà du simple rôle d'aiguillage, le pharmacien facilite également le triage et la transmission d'informations à l'AMU. Il ne s'agit plus d'un profane qui s'adresse à un praticien mais bien d'un dialogue entre deux professionnels de santé. De la prise des constantes aux questions de santé et à la dispensation des premiers soins, le pharmacien permet un gain de temps et de chances pour le patient.

Que ce soit lors de la délivrance d'un médicament sans ordonnance ou à la suite de la plainte d'un malade, le pharmacien est formé à identifier les signes de gravité. Une compétence reconnue du public puisque 76 % des patients seraient intéressés par la possibilité d'avoir un entretien spécialisé en pharmacie permettant d'évaluer avec certitude la nécessité de se rendre aux urgences hospitalières (37).

**40. Aiguillage vers un autre professionnel de santé** – Outre la médecine générale et les urgences, le pharmacien intègre différentes spécialités dans ses études qui lui permettent, si ce n'est de prendre en charge certains symptômes bénins, de conseiller un médecin spécialiste adapté. Toujours centré autour du médecin traitant pour le respect du parcours de soin, il peut être amené à orienter le patient auprès de spécialistes voire prendre directement rendez-vous pour ce-dernier (cas régulier pour les personnes âgées).

Avec l'idée d'améliorer l'accès aux soins, intégrer les professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures-podologues...) de manière plus active permettrait de tamponner le manque de médecins sur le territoire. Les orthoptistes, par exemple, sont habilités par l'arrêté du 12 juillet 2024 à prescrire des lentilles de contact souples (JORF du 14 juillet 2024). Les kinésithérapeutes peuvent prendre en charge une lombalgie et les infirmiers suturer des petites plaies (JORF des 8 et 10 mars 2020).

Dans la limite de ses compétences, le pharmacien peut lui-même prendre en charge certaines situations cliniques. Il convient de définir la nature des DSNP auxquelles il peut répondre.

### III. LE PHARMACIEN COMME RÉPONSE A UNE DSNP

**41. Les petites plaies (44)** – La *bobologie* désigne un ensemble de maux bénins qui occasionnent des consultations médicales souvent abusives, notamment aux urgences<sup>5</sup>. La prise en charge de ces petits traumatismes est courante à l'officine mais gagnerait à être davantage orientée vers le pharmacien. Dans ce premier paragraphe, nous aborderons les petites blessures. Pour la plupart d'entre elles, il convient de s'assurer que le patient est à jour dans ses vaccinations et, s'il y a lieu, régulariser la situation. Tout saignement doit conduire à un protocole de sécurité pour éviter le risque d'accident d'exposition au sang (AES).

Les plaies (ouvertes ou fermées à type d'ecchymose) nécessitent un interrogatoire pour déterminer la cause (choc, déficit plaquettaire...), exclure les facteurs de risques (diabète, troubles de la coagulation...) et les contre-indications. Face à une plaie grave, il s'agira davantage de soins d'attente avant l'arrivée aux urgences, comprenant l'identification des signes de détresse vitale. Les plaies engendrées par morsures ou griffures, de par leur fort potentiel septique et le délabrement cutané qu'elles engendrent, sont considérées comme graves sauf en cas de faible profondeur, où elles imposent simplement la surveillance de la transmission d'agents pathogènes comme *Bartonella henselae*, la pasteurellose ou encore la rage.

Les brûlures résultent, dans la majorité des cas, d'accidents domestiques. Elles constituent une lésion évolutive dont on doit apprécier la gravité par : son aspect, son étendue et sa localisation. La petite brûlure relève des compétences du pharmacien et peut être caractérisée de la façon suivante : premier degré, ou second degré avec une cloque inférieure à 0,5% de la surface cutanée totale, ne touchant pas les muqueuses. Sa localisation doit exclure le visage, les articulations, les orifices naturels, mais également un aspect circulaire autour d'un membre. Les brûlures d'origine électrique ou radiologique sont supposées graves.

**42. Orthopédie** – Pour les pharmaciens disposant d'un diplôme d'orthopédiste, il est possible de délivrer, concevoir, fabriquer et adapter des orthèses à l'officine. La formation nécessaire à l'exploitation des petits appareillages par le pharmacien qualifie à la prise en charge des entorses de premier grade, lumbago, torticolis, tendinites/épicondylites modérées... si leur origine est connue et après exclusion des signes cliniques alarmants. Ainsi, le professionnel de santé doit s'assurer que le patient ne présente pas les symptômes suivants : douleur intense à la

---

<sup>5</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bobologie/186884>

pose du membre, impossibilité de faire 4 pas successifs, sensation de déchirure/craquement lors de la survenue du choc, hyperalgie, mouvements de l'articulation difficiles (flexion, pronation, supination, etc), ecchymose rapide avec œdème, laxité ou mouvements anormaux.

La prise en charge par le pharmacien se fait en préconisant le protocole GREC : glaçage (10 minutes, 6 fois par jour pendant au moins 3 jours), repos, élévation du membre et compression (délivrance d'une orthèse adaptée et des instructions associées). Un traitement antalgique sans ordonnance peut être proposé et l'absence d'amélioration doit conduire à une consultation chez un médecin.

**43. Malaises** – Le malaise est un dysfonctionnement de l'organisme fugace ou durable, brutal ou progressif, qui constitue parfois le symptôme d'une maladie qui s'aggrave. Il convient au pharmacien de repérer toute situation nécessitant un recours médical : malaise non résolutif, avec douleur associée (abdominale, thoracique, céphalée en coup de tonnerre), difficulté respiratoire, paralysie d'un/des muscles, sueurs froides...

Le malaise bénin est le plus fréquent, sans signes de détresse vitale et rapidement résolutif. La survenue d'une syncope doit tout de même pousser à la recherche d'une cause plus profonde telle que des troubles du rythme ou de la tension artérielle (hypotension orthostatique, déshydratation). Également, la recherche d'arguments en faveur d'une hypoglycémie permet d'éviter les complications cérébrales. La prise de tension et de glycémie sont donc essentielles.

**44. Allergie** – Le pharmacien joue un rôle fort dans les maladies allergiques. Outre la gestion des traitements et la promotion des mesures d'éviction, il est responsable du repérage des signes cliniques. La disponibilité d'antihistaminiques sans ordonnance permet le traitement des symptômes légers à modérés (sinusite saisonnière, rhinite, conjonctivite, urticaire de cause connue etc.) Dans certaines situations d'urgence, et dans le respect de son obligation de porter secours à toute personne en danger immédiat, le pharmacien peut être amené à administrer une première dose d'attaque de corticoïdes voire d'adrénaline, parfois sous décision conjointe avec un médecin régulateur.

**45. Envenimations** – L'envenimation peut venir d'animaux terrestres, marins ou encore d'insectes. En dernière année d'étude, le pharmacien acquiert les notions permettant d'identifier l'espèce responsable et de conseiller le patient (45).

Les hyménoptères occupent la première place des envenimations. Ils comprennent les guêpes, les bourdons, les abeilles, les frelons et les fourmis venimeuses. Le pharmacien se doit

de discriminer le choc anaphylactique (d'origine allergique et indépendant de la dose) du choc toxique (après plusieurs piqûres simultanées). Il prodiguera les premiers soins, les conseils de prévention et réorientera le patient si nécessaire.

Parmi les autres insectes dont la prise en charge relève des compétences du pharmacien : les plaies provoquées par les cantharides sont à traiter comme des brûlures, les lépidoptères comme des dermites allergiques et le traitement des morsures de myriapodes est essentiellement antalgique.

En France, les scorpions noirs ne constituent aucun risque et les jaunes sont essentiellement dangereux pour les personnes fragiles. Les serpents venimeux sont les vipères, à discriminer de la couleuvre, et nécessitent un appel des secours sauf si le pharmacien constate l'absence de la marque des crochets, d'œdème et de signes généraux dans un délai de 2 à 6 heures (traduisant l'absence d'envenimation). Les morsures d'araignées, quant à elles, ont un haut pouvoir nécrosant ou neurotoxique et nécessitent une prise en charge hospitalière pour beaucoup d'entre elles. L'identification de l'espèce permet l'évaluation du risque et l'orientation du patient.

Concernant les animaux marins, les éponges et les cnidocytes sont des espèces urticantes. Seules certaines méduses particulièrement mortelles nécessitent une prise en charge aux urgences telles que la physalie rencontrée parfois près des côtes Aquitaines et Charente-Maritime. Les invertébrés (oursins, étoiles de mer...) sont responsables de plaies douloureuses lorsque leurs épines transpercent l'épiderme et la conduite à tenir sera symptomatique en veillant au risque d'infection (nécessite parfois la consultation d'un médecin pour la prescription d'antibiotiques). Une attention particulière doit cependant être portée aux mollusques libérant des toxines agressives. Enfin, le venin des poissons est thermolabile mais nécessite généralement l'expertise d'un médecin.

**46. Troubles digestifs** – Parmi les disciplines médicales enseignées en pharmacie, la gastro-entérologie est sans doute la plus approfondie. Bien souvent, les troubles digestifs ne sont que des symptômes. Au-delà de l'exclusion des signes de gravité, le pharmacien doit rechercher une cause sous-jacente. Parmi les pathologies digestives qui relèvent de ses compétences, nous retrouvons le pyrosis simple (exclure l'œsophagite), les nausées/vomissements modérés et de cause connue (grossesse, gastro-entérite...), les troubles du transit sans gravité, la maladie hémorroïdaire déjà diagnostiquée, la fissure anale résolutive

en 48h et la dermite annale simple. Tout trouble persistant doit encourager une exploration médicale (46) (47).

**47. Intoxications** – En plus de la reconnaissance des plantes et des champignons toxiques, le pharmacien est formé à la prise en charge des intoxications chimiques et pharmacologiques. Les accidents domestiques constituent 20 % de l'activité des CAP. Quelques réflexes permettent de limiter la gravité de l'exposition, tel que l'administration d'un pansement digestif si le pH de la substance est compris entre 3 et 10, des biscuits secs pour l'ingestion de produits moussants ou le rinçage dans le cas d'un contact cutané. Par ailleurs, certaines intoxications ne requièrent pas nécessairement un avis médical urgent, comme l'ingestion modérée de lessive ou liquide vaisselle, moins de 100mL d'eau de javel (concentrée à moins de 5 %), l'ingestion accidentelle de colle blanche etc. (48)

**48. Tabacologie** – L'aide à l'arrêt du tabac fait partie des spécialités que le pharmacien peut approfondir en formation continue. Dans le cadre du bilan de prévention, il peut mettre en place un plan d'arrêt avec le patient et vendre les substituts nicotiques disponibles à l'officine<sup>6</sup>. Lors d'une situation de stress aigu ou de crainte de rechute, le pharmacien peut l'accompagner pharmacologiquement, l'écouter et le conseiller.

**49. Infection bénignes** – Un quart des SNP en ville sont motivés par une maladie infectieuse (jusqu'à un tiers pour les enfants) (49). Une infection ne nécessite pas systématiquement une intervention médicale. La plupart des pathologies virales chez des individus non fragiles sont spontanément résolutive avec une prise en charge symptomatique que le pharmacien est habilité à dispenser. C'est le cas notamment des angines simples, rhinopharyngites (attention aux otites), laryngites bénignes de l'adulte, conjonctivites, gripes, covid, varicelles chez l'enfant de plus de 12 mois, herpès labiaux et rhumes.

Les infections fongiques qui relèvent d'une prise en charge pharmaceutique seront cutanées ou génitales. *Candida albicans*, responsable de l'intertrigo et de la vulvo-vaginite candidosique, est la levure la plus fréquemment retrouvée dans les dermatophytoses. Les onychomycoses, quant à elles, sont en général dues à un champignon dermatophyte chez l'individu non-immunodéprimé. Le pharmacien peut délivrer un traitement sans prescription

---

<sup>6</sup> <https://www.ameli.fr/haute-garonne/pharmacien/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>

médicale (l'onychomycose doit tout de même conduire à la recherche d'un intertrigo, et l'intertrigo à une cause non fongique).

La prise en charge des parasites tels que les poux, tiques, aoûtats ou punaises de lit est traditionnelle à l'officine. Le retrait de tiques est un acte fréquent, suivi des conseils associés et de la surveillance de l'apparition d'un érythème migrant. Les affections digestives à oxyures sont, quant à elles, les plus répandues en France et n'exigent pas de voir le médecin si les vers sont identifiés, notamment en cas de récives ou de contamination d'un proche. Le médicament peut être délivré par le pharmacien, ainsi que les consignes de prophylaxie.

Concernant les infections bactériennes, elles requièrent pour la plupart une consultation médicale pour la prescription d'antibiotiques, sauf cas des folliculites superficielles. Le panaris peut néanmoins être traité par un antiseptique local à son stade débutant (exclure le faux panaris d'Osler) et la disponibilité de collyres antiseptiques permet la prise en charge de certaines conjonctivites. Enfin, l'arrivée des protocoles de coordination élargit le champ d'action du pharmacien à certaines affections courantes.

**50. Les protocoles de coordination** – Le pharmacien est autorisé, par une publication au journal officiel du 18 juin 2024, à délivrer un antibiotique pour une angine bactérienne ou une cystite après dépistage avec un TROD. Cette nouvelle qualification exige de suivre une formation réglementée. Au sein des CPTS, la HAS a également donné un avis favorable pour l'application de quatre protocoles de coopération qui nécessitent l'accord d'un médecin référent, dont deux impliquant le pharmacien : l'éruption prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans (varicelle) et la rhino-conjonctivite allergique saisonnière. Néanmoins, la place des CPTS se situant à un niveau organisationnel et non effecteur de soins, cela soumet l'application des protocoles à la volonté propre de chaque professionnel.

**51. Suivi des patients chroniques** – Bien que les renouvellements d'ordonnances ne fassent pas parti de la définition des SNP, ils constituent 13% des recours urgents en médecine générale pour les personnes de plus de 45 ans. Par ailleurs, 15% des interventions en ville sont en relation avec une affection chronique, en général déstabilisée, une proportion qui croît à 35% pour les plus de 70 ans (50). L'habilitation du pharmacien à renouveler de manière exceptionnelle une ordonnance pour un traitement chronique et sa vigilance quant au suivi de ces patients, s'assurant qu'ils viennent récupérer leur traitement et qu'ils n'éprouvent pas de difficultés, aiderait à la diminution du pourcentage des patients âgés aux urgences. En effet, une étude sur 502 patients polymédiqués à Hong-Kong a démontré une baisse de 41% de la

mortalité par des interventions régulières du pharmacien (analyse de l'ordonnance, conseils hygiéno-diététiques et d'observance, résolution de problèmes liés à des effets secondaires et suivi des patients) (51).

## PARTIE 2 : LES DISPOSITIFS PILOTES

---

**52. Des expérimentations innovantes** – Face aux difficultés croissantes d'accès aux soins, les patients développent un parcours de soin alternatif au sein duquel le pharmacien joue un rôle primordial. Il répond à la demande du patient pour les petits maux mais promeut également la sauvegarde du lien patient-MT en réinsérant les malades dans un schéma de prise en charge sain. Certains dispositifs pilotes ont expérimenté des organisations innovantes pour tirer profit des compétences du pharmacien développées en première partie.

### ETUDE 1 : OSYS EN FRANCE

---

**53. Lancement d'OSyS (52) (53)** – Dans le cadre du dispositif article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, l'association Pharma Système Qualité se base sur le service suisse netCare pour former le projet OSyS (Orientation dans le Système de Soins). Soutenu par les URPS Pharmaciens et Médecins, il obtient un avis favorable du Comité Technique de l'Innovation en Santé pour une expérimentation d'une durée de deux ans à compter de l'automne 2021 dans les pharmacies bretonnes. L'objectif est d'apporter une réponse à des situations de premier recours en zone de sous-densité médicale de manière à décharger les MG et les services d'urgence.

Au fil des mois, le nombre d'officines participantes au programme s'élargit et, à la suite des résultats probants des deux premières années, l'arrêté du 7 juin 2023 prolonge pour la seconde fois l'expérimentation jusqu'en janvier 2025. En 2024, les régions Occitanie, Centre Val de Loire et Corse rejoignent les essais. Des protocoles sont intégrés et permettent la délivrance de médicaments sous prescription médicale obligatoire par le pharmacien. L'élaboration de ces protocoles avec les médecins et le renforcement du binôme MT-pharmacien mettent en jeu un exercice coordonné duplicable sur l'ensemble du territoire national.

Le projet est recevable au titre de l'article 51 en ce qu'il constitue une organisation innovante et déroge à l'article L162-16-1 du code de la sécurité sociale en promouvant une activité ne répondant pas aux rémunérations actuelles du pharmacien.



**54. Méthode OSyS (54) (55)** – Initialement déroulée en Bretagne, l'expérimentation a été étendue à une portée nationale en 2023, retenant trois autres régions pour l'essai : l'Occitanie, le Centre Val de Loire et la Corse. Les pharmacies sélectionnées sont réparties sur trois types de zones : zones urbaines en tension médicale, zones rurales avec faible accessibilité aux soins et zones littorales avec suractivité en haute saison. 110 officines participent à l'expérimentation à ce jour.

Treize protocoles étaient à l'étude de 2021 à 2023 : vulvo-vaginite, céphalée, rhinite, douleur pharyngée, douleur lombaire, brûlure au premier degré, diarrhée, constipation, douleur en urinant, conjonctivite, piqûre de tique, plaie simple et brûlures d'estomac. Lors de l'élargissement aux autres régions, les partenaires porteurs de l'expérimentation ont fait le choix de se recentrer sur les six protocoles ayant le plus d'impact et d'adhésion par le professionnel ainsi que les patients : la conjonctivite, la plaie simple, la brûlure du premier degré, la piqûre de tique, la pollakiurie et l'odynophagie. Avant même la fin de l'expérimentation, la pollakiurie et l'odynophagie sont entrés dans le droit de la santé par arrêté le 17 juin 2024.

Les arbres décisionnels sont établis par un binôme expert composé d'un médecin et d'un pharmacien (avec avis de la HAS) en prenant exemple sur les modèles suisses. Lorsque le pharmacien (titulaire ou adjoint) identifie les symptômes répondant à l'une de ces situations, il propose une prise en charge dans le cadre de OSyS. Si le patient accepte, il est reçu sans rendez-vous dans un espace de confidentialité afin de procéder au triage. Pour une traçabilité de l'échange et un support dans la décision des officinaux, un outil informatique est mis à disposition : la plateforme ONO, développée par *Observia*.

A l'issue du triage, le pharmacien a trois possibilités : prendre en charge le patient (dispensation de médicaments et de conseils), orienter le patient vers un MG ou vers un service d'urgence. Dans le cas d'une nécessité de prise en charge en médecine générale, le pharmacien contactera préférentiellement le MT du patient ou, en second lieu, un MG du territoire, avant de suggérer l'usage d'une cabine de téléconsultation (soumise elle-même à des conditions fixées par les arbres décisionnels qui excluent, par exemple, les patients âgés et les enfants de bas âge). Avant de commencer l'expérimentation, le pharmacien doit procéder à l'information éclairée d'au moins deux prescripteurs MG sur sa zone pour assurer l'orientation des patients.

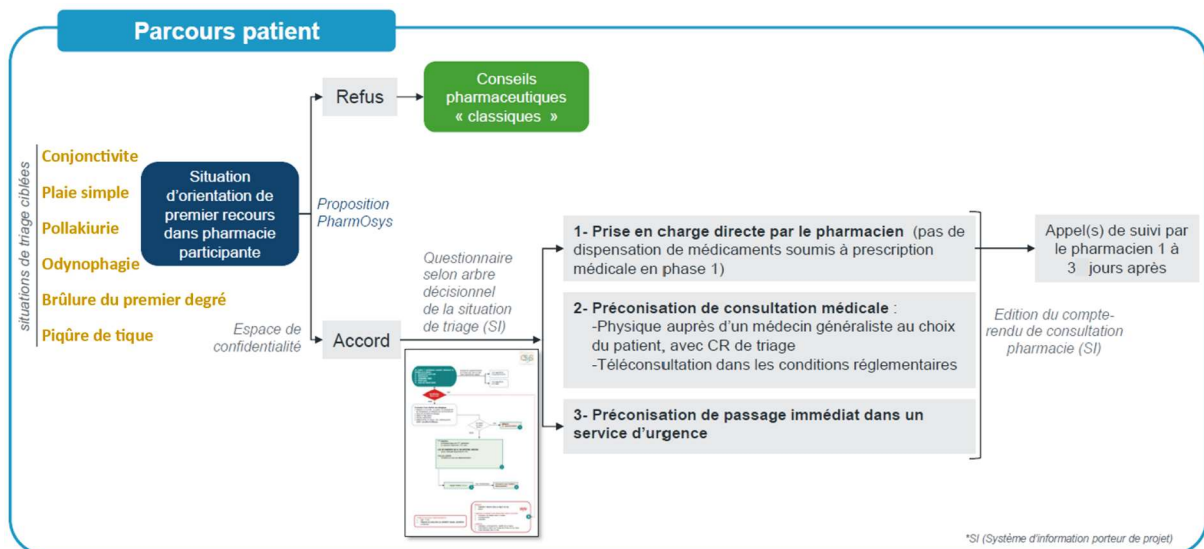


Figure 3 : Description de l'expérimentation mise à jour (basée sur le cahier des charges)

Si le triage débouche sur une prise en charge par le pharmacien, le relevé des indicateurs de suivi de parcours doit être complété sur ONO et comporte : les symptômes du patient, le résultat du questionnaire exprimé en points, les conseils et les limites de la médication dispensée. Dans le respect de la coordination des soins, un compte rendu est remis au patient et peut être déposé sur *Mon espace santé* ou envoyé au MT via la messagerie sécurisée. Un rappel est prévu dans les trois jours qui suivent sa venue pour évaluer l'évolution de son état.

Dans le cadre de l'expérimentation, le pharmacien remplit une fiche de triage pour permettre la collecte de données et l'analyse des résultats. Lorsqu'il recontacte le patient à 24-72h, il note sur une feuille de relevé les éventuelles causes de non suivi des préconisations. L'acte de triage était initialement rémunéré 15 euros mais a été réévalué à 12,5 euros lors de l'extension. Il ne permet pas la facturation d'un autre acte de même nature en sus (exemple : réalisation d'un TROD angine).

Pour intégrer l'expérimentation, le pharmacien doit suivre une formation de 7h en présentiel. Outre la prise en charge des situations cliniques et la mise en place du dispositif, il est également formé à la gestion d'un événement indésirable associé aux soins et à l'amélioration continue.

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM (53) par un évaluateur externe indépendant selon un protocole d'évaluation (annexe III).

**55. Population** – Le critère d'inclusion a été fixé par défaut à toute la population de 1 mois à 90 ans, avec la présence d'un parent pour les mineurs. Ce sont les critères d'exclusion

qui précisent les conditions de prise en charge, fixés par accord conjoint entre un médecin et un pharmacien lors de la rédaction des protocoles. Les âges extrêmes ne constituent pas toujours un motif d'exclusion, notamment dans le cas d'une plaie bénigne, mais la majorité des protocoles concerneront les patients de 3 ans à 60 ans.

Pour l'expérimentation, un numéro NIR est nécessaire pour l'identification du patient. Seules les personnes affiliées à la sécurité sociale française peuvent donc faire l'objet d'une prise en charge dans ce cadre.

Le traitement des données personnelles répond à la réglementation générale en vigueur s'appliquant aux professionnels de santé. Aucune information n'est collectée sans le consentement du patient qui peut en demander l'accès, la rectification ou la suppression, dans la limite de la durée de l'expérimentation. ONO répond aux obligations de sécurisation pour le traitement des données de santé, elles-mêmes stockées par un hébergeur certifié. Une note d'information validée par la CNIL est systématiquement remise aux patients.

**56. Résultats intermédiaires** – De juillet 2021 à juillet 2023, lorsqu'une seule région était à l'essai, 1800 triages avaient été officiellement recensés (56). Le cahier des charges rapporte les résultats de mi-parcours (décembre 2022) ci-après, précisés par les informations présentées au cours du congrès des pharmaciens *Les entretiens de Galien* (57). L'étude n'étant pas encore terminée, nous nous baserons sur ces chiffres pour émettre une analyse.

Seules 37 des 50 pharmacies volontaires ont effectivement participé à l'expérimentation, avec une activité inégale (10 des 37 pharmacies ont réalisé 73% des triages). La raison principale invoquée pour le désistement a été la tension en ressources humaines, le manque de collaborateurs entraînant l'impossibilité de libérer une journée entière pour la formation présentielle. En outre, parmi les officines engagées dans l'expérimentation, 83 % reconnaissent avoir dû adapter leur organisation dans un contexte de ressources tendues.

Le nombre moyen de triage a été de 2,6/j (plus important que nos homologues suisses) et le temps de triage de moins de 9 minutes (hors temps administratif, de rappel et de soin). Après un échange avec les pharmaciens expérimentateurs, les triages les plus souvent rapportés ont été la cystite, les petites plaies, la conjonctivite et le retrait d'une tique. L'observance à J3 est de 82 % lorsque le pharmacien prend en charge la demande, 50 % lorsqu'il l'oriente vers les urgences et 62% vers un MG. 89 % des demandes ont pu être traitées à l'officine, drainant 60 % des patients qui attendaient une disponibilité pour un rendez-vous chez un médecin. Autre

avantage, 25 % des malades qui envisageaient une automédication ont pu être identifiés comme nécessitant une intervention médicale (dont 5 % *via* une orientation directe aux urgences).

Ainsi, à la question « qu'aurait entrepris le patient s'il n'avait pas pu profiter de la prise en charge OSyS ? » (58) : 5 % comptaient se rendre aux urgences, parmi lesquels 75 % ont finalement été partagés à parts égales entre le MG (37 %) et le pharmacien (38 %). C'est donc 68 patients CCMU1 aux urgences et 420 consultations médicales qui ont été évités, pour seulement 37 pharmacies à l'essai et malgré la faible communication grand public autour de l'expérimentation (56). Les pharmacies interrogées en Occitanie estiment à beaucoup plus le nombre de patients qui comptaient initialement se rendre aux urgences en 2024 mais les résultats définitifs sont soumis au devoir de réserve jusqu'à la fin de la phase 2.

Le dispositif valide l'objectif de diminution du recours inapproprié aux urgences et la libération de capacité des MG. Néanmoins, à la suite d'un calcul sur les gains réalisés par l'Assurance Maladie, la rémunération a été plafonnée à 12,50 euros, comprenant la gestion administrative et le rappel à J3.

**57. Retour des pharmacies expérimentatrices** – Les effecteurs n'ont pas rapporté de problèmes particuliers quant à la faisabilité à l'officine, jugée globalement très bonne. L'interface est bien réalisée, malgré une certaine « redondance administrative » du fait qu'il faille reprendre toutes les informations du patient pourtant déjà enregistrées dans les fichiers de la pharmacie. En effet, à l'heure actuelle, ONO n'est pas intégré aux systèmes SI de type logiciels de gestion, les données ne sont donc pas couplées. La première partie portant sur la connaissance du patient s'avérait plus fastidieuse que l'acte de tri en lui-même.

Concernant la formation habilitant au triage, la majorité des pharmaciens sont en accord avec son déroulement en présentiel qui permettrait, selon eux, « un échange d'expérience et d'interactions très important ». Le format d'une journée complète est préféré à deux sessions d'une demi-journée. En revanche, la présence de plusieurs pharmaciens adjoints au sein de l'officine semble être un facteur favorisant pour cet avis. Les pharmacies plus petites, avec une tension de ressources humaines, ont peiné à libérer un créneau pour honorer la formation présentielle et regrettent l'absence de format e-learning.

Pour la protection individuelle des professionnels, la garantie de responsabilité civile a été facilitée par l'autorisation de participation délivrée par l'ARS. Ainsi, la plupart des assurances n'ont eu besoin que d'un simple mail pour être averties, sans nécessité d'ajouter un

avenant au contrat courant qui couvre déjà l'ensemble des nouvelles missions accordées au pharmacien.

Par ailleurs, les officinaux sont satisfaits d'obtenir « enfin » une rémunération pour un acte qu'ils ont l'habitude d'effectuer. Contrairement aux bilans de médication dont ils déplorent la difficulté de réalisation, cet acte de triage « répond parfaitement à l'activité des pharmaciens d'officine » a soutenu l'un d'eux. Cependant, ils rapportent que les actes administratifs, de traçabilité et de rappel, sont chronophages et mériteraient une revalorisation. Lorsqu'un chiffre est demandé, « 20 euros » leur paraît approprié. Le versement mensuel de la rémunération plutôt qu'une fréquence initialement trimestrielle est vivement apprécié.

**58. Accueil de OSyS par le public** – Un autre obstacle qu'ont rencontré les effecteurs de l'expérimentation a été le défaut de communication, largement soulevé par les prédécesseurs bretons. Auprès du public, elle s'est limitée à une distribution de flyers les premiers mois et au placement d'affiches. Les résultats de 2022 montrent qu'une grande majorité des patients ne connaissaient pas le dispositif avant d'arriver dans l'officine. Les pharmacies interrogées en août 2024 ont rapporté une amélioration grâce au bouche-à-oreille et l'orientation des patients par le secrétariat des cabinets médicaux. Beaucoup se sont aussi présentés à la suite du décret pérennisant les protocoles de l'odynophagie et la cystite. Par ailleurs, les pharmaciens ont fait part d'une certaine réticence à étendre leur zone de communication par soucis de « fidélité » et de « concurrence déloyale » envers leurs confrères non inclus dans l'étude.

Une très forte adhésion des patients est remontée avec une satisfaction à 99 % et une reconnaissance de la légitimité du pharmacien. Beaucoup sont rassurés par cette prise en charge, notamment du fait qu'un TROD est réalisé. L'aspect le plus apprécié est sans doute le rappel à J2-J3 pour s'assurer de l'évolution favorable de leur état et de la bonne observance.

Par ailleurs, l'expérimentation voulait que les pharmacies nouent une relation particulière avec un ou plusieurs MG de la ville (54). Le dispositif a été reçu de manière très variable. Pour les praticiens qui entretenaient une bonne collaboration antérieure, la transition n'a pas posé de problèmes, même lorsque la CPTS en place n'avait pas signé pour l'application des protocoles de coordination en 2020. Les jeunes médecins auraient tendance à mieux accepter cette collaboration. L'entente se fait cordiale et le contact passe par les secrétaires qui n'ont aucun mal à libérer un créneau de SNP lorsque c'est le pharmacien qui oriente le patient. En général, les médecins « overbookés » ne s'opposent pas au procédé, y trouvant un moyen de réduire la « pression patientèle » qu'ils subissent. Le pharmacien ne les prive pas de

consultations puisque le patient n'a justement pas trouvé de créneau disponible avant de se rendre à l'officine. La traçabilité et la protocolisation du triage est un facteur favorisant pour leur bonne acceptation, ainsi que la réorientation vers le cabinet en cas d'identification de facteurs de gravité.

En revanche, pour de nombreuses autres pharmacies, l'expérimentation s'est faite dans un contexte de tension avec les médecins du territoire. Certains remettent en question la fiabilité des TROD et exigent un test en laboratoire, d'autres reprochent que les pharmaciens outrepassent leur métier (59). Cette mauvaise entente s'est avérée être un facteur défavorisant pour la communication entre le médecin et la pharmacie. Parfois, les pharmaciens ont dû renvoyer le patient chez le MG malgré une prise en charge à l'officine par « méfiance » du médecin. Lorsque la communication avec le MG est impossible ou très difficile, le pharmacien se voit contraint de remettre le compte rendu au patient pour faire le lien.

Cédric Fabre, MG, a tenté de rassurer ses confrères dans une interview : « *les situations de triage dans lesquelles OSyS a été instituée correspondent à des pathologies que gèrent déjà au quotidien les pharmacies et pour lesquelles, neuf fois sur dix, les patients ne viennent pas dans nos cabinets. Cette expérimentation sert avant tout à rattraper des situations pour lesquelles les patients avaient peut-être banalisé des symptômes qu'OSyS a permis de dépister avant une possible complication.* » (60) En revanche, Philippe Cathala, président de l'Ordre des médecins de l'Hérault, lance l'alerte : « *Derrière des situations cliniques, qui peuvent avoir l'air bénignes, peuvent se cacher un certain nombre de pathologies. C'est distribuer des actes médicaux présentés comme des actes simples mais qui ne le sont pas tant que ça.* » (61)

Malgré tout, la conférence nationale des URPS Médecins Libéraux soutient activement l'expérimentation (62).

## ETUDE 2 : NETCARE EN SUISSE

---

**59. Lancement de netCare (63)** – Également confronté à une baisse du nombre de MG en Suisse, l'Ordre des pharmaciens helvète PharmaSuisse lance un projet pilote en 2012 : netCare. Grâce à ce service, les pharmaciens peuvent prendre en charge près de trente pathologies sans nécessité de prendre rendez-vous, inspirant le dispositif OSyS en France. Ce modèle avait le double objectif de désengorger les urgences et les cabinets médicaux, tout en allégeant le coût pour la collectivité. Du côté des pharmaciens, alors que la marge sur les médicaments diminuait exponentiellement, la reconnaissance de ses compétences a permis la rémunération d'activités inhérentes à son exercice.

Le projet est issu d'un partenariat triparti entre l'Ordre des pharmaciens suisse (PharmaSuisse), le premier assureur santé du pays (Helsana) et une société de télémédecine (Medgate). La phase d'expérimentation a eu lieu de 2012 à 2014 avant de se généraliser au niveau national.

**60. Méthode netCare (64) (65)** – L'étude a commencé avec 162 pharmacies en 2012, soit près de 500 pharmaciens, et comptait 24 arbres de triages. Les algorithmes sont soumis au *copyright* mais la liste exhaustive des pathologies entrant dans ce dispositif comprend :

- Acné
- Suivi de l'asthme
- Brûlure
- Conjonctivite
- Constipation
- Cystite
- Dermatite atopique
- Diarrhée
- Dyspepsie fonctionnelle
- Eczéma
- Hémorroïdes
- Impétigo
- Lombalgie
- Morsure de tique
- Muguet
- Mycose aux mains/pieds
- Mycose cutanée
- Pharyngite
- Pityriasis versicolor
- Rhinite allergique
- Sinusite aiguë
- Verrues
- Vulvovaginite
- Zona

Tous les pharmaciens proposant netCare ont suivi deux formations, une sur les pathologies les plus courantes observées en soins primaires et une sur les arbres décisionnels. Les pharmaciens étaient libres de proposer les soins habituels ou un triage netCare. Le patient était également libre d'accepter ou de refuser la prise en charge, émettant son consentement éclairé pour participer à l'étude. Après avoir identifié la plainte du patient, le pharmacien s'appuie sur un programme développé avec Medgate et des arbres décisionnels établis par un groupe d'expert composé de médecins. Au cours de l'entretien, il peut être amené à effectuer certains actes tels qu'une otoscopie, un frottis de la gorge, une mesure de la CRP (marqueur inflammatoire) etc.

A l'instar de OSyS, les échanges avec le patient s'effectuent dans un espace de confidentialité. Quatre issues sont possibles pour le pharmacien : prendre en charge le patient (médicaments et conseils), proposer un rdv avec un MG par télémedecine, orienter le patient vers un cabinet médical ou directement aux urgences. La téléconsultation s'effectuera avec un médecin de Medgate, société partenaire du dispositif. Un suivi par le pharmacien a lieu trois jours après la prise en charge qu'il a dispensée. Tous les triages sont documentés.

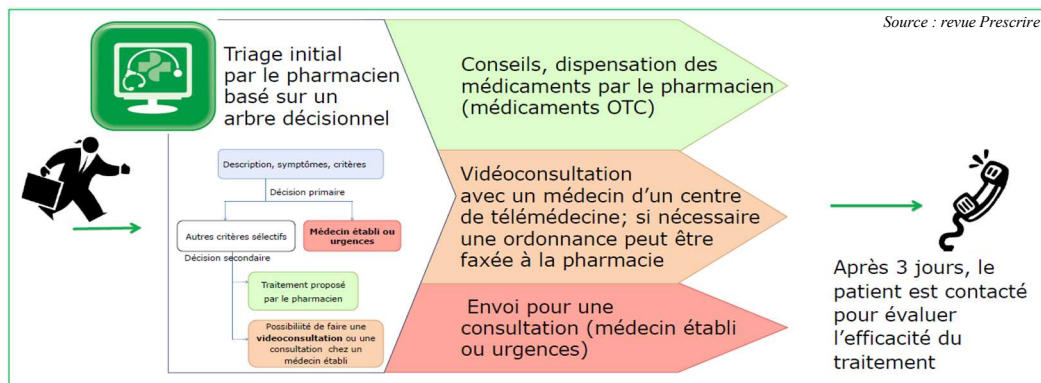


Figure 4 : Déroulé de netCare

L'entretien préliminaire avec le patient est facturé 15 francs (15,92 euros) au patient. Si une téléconsultation via une orientation netCare est nécessaire, elle sera facturée 48 francs (50,95 euros) supplémentaires et l'ensemble sera pris en charge pour les assurés du groupe Helsena. Pour les patients qui ne sont pas assurés par Helsena mais qui disposent d'une caisse-maladie ayant signé un accord avec Medgate, seul l'entretien préliminaire sera aux frais du patients. Par ailleurs, si le pharmacien répond à la demande et remet des médicaments, ils pourront être pris en charge soit par la caisse-maladie soit par l'assurance selon les spécialités délivrées. A titre comparatif, le coût moyen d'une consultation chez un médecin généraliste est de 100 francs suisse (106,14 euros).

### 61. Résultats préliminaires (66) –

L'expérimentation a recensé 4 118 triages au cours des 21 premiers mois. Sur les 24 motifs de triages initiaux, Helsana a permis d'isoler les motifs de consultation les plus fréquents : la cystite aiguë (41 %), la conjonctivite (23 %), la pharyngite (6 %) et la douleur lombaire. Parmi eux, 884 triages (21 %) ont donné lieu à une téléconsultation.

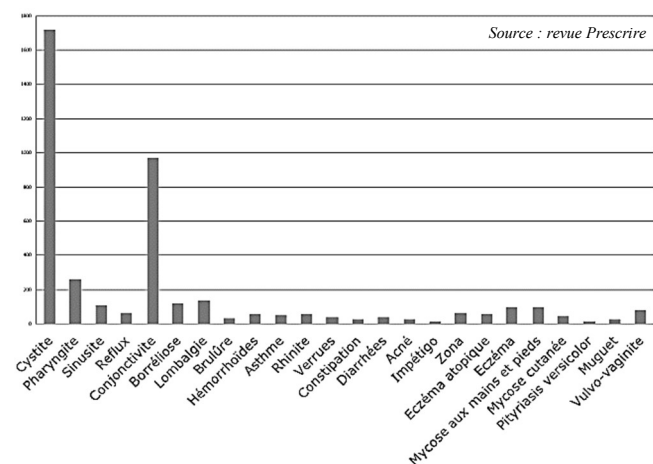


Figure 5 : Nombre de cas par algorithme netCare



La tranche d'âge des patients s'étend de 0 à 104 ans et, pour près de 60 % d'entre eux, le MT était absent ou ils n'en avaient pas. 76 % ont pu être entièrement pris en charge par le pharmacien, 17 % ont dû être orientés vers une cabine de télémedecine et 2 % ont nécessité un transfert d'urgence. Le temps de triage était de 15 minutes en moyenne. Lorsque le pharmacien assurait la prise en charge, 84 % des patients ont signalé une rémission complète/significative au bout de trois jours. Sur les 16 % restants, 9 % ont finalement recouru à une consultation médicale et 7 % ont eu besoin d'un traitement supplémentaire qui aurait pu être proposé en pharmacie (le traitement devait être poursuivi ou un autre plus fort était nécessaire).

Le service était particulièrement sollicité le samedi (20 %) et le matin. Seuls 4 % des cas ont lieu le dimanche mais cela s'explique notamment par le nombre limité de pharmacies netCare ouvertes. Près de 50 % des patients auraient consulté les urgences ou attendu un médecin si le service n'avait pas été fourni.

**62. Evolution du dispositif netCare** – NetCare est passé de 162 à 360 pharmacies adhérentes en 2019, représentant une officine sur six dans le pays. Une dizaine de situations cliniques ont été rajoutées, générant près d'une trentaine d'indications au total :

- |                           |                        |                             |                                 |
|---------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| • Acné                    | • Dysfonction érectile | • Mal de gorge aiguë        | • Pityriasis versicolor         |
| • Asthme long cours       | • Eczéma               | • Maux de tête              | • RGO                           |
| • Brûlure                 | • Eczéma atopique      | • Morsure de tique          | • Rhinite allergique            |
| • Conjonctivite           | • Hémorroïdes          | • Muguet                    | • Rhinosinusite aiguë           |
| • Constipation            | • Impétigo             | • Mycose aux mains ou pieds | • Verrues                       |
| • Crise d'asthme          | • Infection urinaire   | • Mycose cutanée            | • Vulvovaginite                 |
| • Diarrhée                | • Intestin irritable   | • Nausée                    | • Zona                          |
| • Dyspepsie fonctionnelle | • Lombalgie            | • Otagies                   | • Contraception d'urgence orale |

La plupart relevait déjà d'une prise en charge par le pharmacien mais cela a permis une rémunération du professionnel pour les conseils délivrés. Par ailleurs, bien qu'il suive une formation spécifique pour certaines pathologies, le patient peut à présent le solliciter pour n'importe quel DSNP via l'intitulé « formulaire de triage vide ». Le pharmacien se charge ensuite de l'orienter vers le professionnel de santé adapté à sa demande. Par cette souplesse, c'est essentiellement l'activité d'orientation qu'il effectue quotidiennement qui est valorisée.

Une seconde étude descriptive a été menée de janvier 2019 à mars 2020. 4256 triages ont été réalisés avec des résultats sensiblement identiques à la phase d'expérimentation qui a eu lieu de 2012 à 2014, notamment dans la proportion de cas par algorithme, avec une légère augmentation du nombre de prises en charge par le pharmacien (84,7 % des troubles mineurs). Cela confirme la capacité pérenne des pharmacies communautaires à alléger la charge qui pèse sur le système de santé. (67)

Les données montrent également que les arbres décisionnels ont aidé les pharmaciens à gagner en confiance et, par conséquent, à exercer leur droit de délivrer des médicaments sur ordonnance uniquement dans des situations exceptionnelles.

**63. Intégrer netCare aujourd'hui** – NetCare s'est bâti sur un modèle de franchise. Pour proposer ce service dans une officine, il faut signer le contrat d'accord de franchise, puis assister à une journée de formation baptisée « FA Anamnèse approfondissement netCare Start ». Dans les trois années qui suivent la signature, le pharmacien s'engage à suivre une formation complémentaire de cinq jours qui aborde l'anamnèse médicale avec une partie pratique et théorique. Il obtient alors un « Certificat de formation complémentaires FPH Anamnèse en soins primaires » et s'engage à renouveler ses connaissances *via* une formation continue accréditée par année civile. Les frais de franchise s'élèvent à 750 francs (796,3 euros) mais sont dégressifs avec le nombre d'officines y adhérant.

**64. Impact de netCare sur le public** – Les oppositions au projet se sont principalement faites entendre du côté alémanique du pays, où les médecins disposent d'un droit pro-pharmacie. Cette étendue des compétences du pharmacien y a été d'autant plus mal reçue qu'ils ne bénéficient pas d'un réel monopole sur le domaine pharmaceutique. En revanche, en Suisse romande, moins de problèmes se sont posés. Malgré tout, compte tenu des résultats économiques profitables pour le patient et l'assurance ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins engendrée, le dispositif n'a pas eu de mal à s'étendre dans tout le pays.

Globalement, la Fédération des Médecins Helvétiques (FMH) s'est déclarée favorable, le président de la FMH mettant en lumière l'encadrement que cela apporte : « *En collaborant avec Medgate, dont la qualité est reconnue, les pharmaciens reconnaissent qu'il y a des limites aux conseils qu'ils peuvent prodiguer. Qu'il y a un moment où un médecin doit prendre le relais.* » Il a néanmoins sonné l'alerte sur la téléconsultation en Suisse, dont le dispositif promeut l'utilisation contrairement à OSyS en France qui exige de lier une relation avec des cabinets de MG : « *une consultation par webcam ne remplace pas une visite chez le médecin : outre l'auscultation, une véritable relation peut s'établir entre le patient et son médecin.* » (68)

## ETUDE 3 : PHARMACY FIRST AU ROYAUME-UNI

---

**65. Lancement de Pharmacy First** – A l’instar de leurs voisins européens, le Royaume-Uni fait face à un vieillissement de la population et une demande croissante des patients. Le système de protection sociale britannique, basé sur un système Beveridge (couverture assistancielle sans condition d’activité ni de salaire et financé exclusivement par l’impôt), subit des tensions avec l’augmentation du déficit qui s’accumule. Pour répondre à ce contexte, le NHS, système de santé publique du Royaume-Uni, publie plusieurs rapports qui mettent en lumière la place des pharmacies communautaires comme partenaire du système de soins d’urgence, dont *Community Pharmacy – Helping Provide Better Quality and Resilient Urgent Care* qui sera repris par les directives de la British Medical Association (*Quality first: Managing workload to deliver safe patient care*). Elle recommande notamment aux praticiens d’informer qu’une prise en charge externe peut être réalisée lorsque le patient prend rendez-vous en ligne, ou de nommer une pharmacie référente à laquelle il transmettra des ordonnances renouvelables par intervalle (exemple : 6 mois) en déléguant une partie de la gestion des maladies chroniques sur cette période.

*“ DID YOU KNOW: You can get rapid advice, treatment and even prescriptions from your local pharmacy. Under the Pharmacy First scheme, the pharmacist can prescribe medicines for these conditions (normal charges and exemptions apply):*

- Coughs, colds, sore throats, blocked nose
- Ear-ache
- Thrush and uncomplicated urinary tract infections
- Teething and nappy rash
- Threadworms
- Hay fever
- Athlete’s foot
- Diarrhea
- Cold sores and mouth ulcers
- Skin rashes, impetigo
- Eye infections

*WHAT TO DO: Just drop in to your local pharmacy and ask to see the pharmacist. If you have difficulty finding a pharmacy, you can use the NHS Choices website – [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) – or dial 111. ”*

Figure 6 : Modèle pour les cabinets de médecine générale – British Medical Association

Malgré ces recommandations, la mise en place d’une prise en charge des affections mineures par le pharmacien recueillait des avis mitigés par les groupements de MG (CCG) quant à son efficacité. Après des négociations entre les comités pharmaceutiques locaux et les CCG, un programme a été approuvé pour un pilotage à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2014 jusqu’au 31 mars 2015, énonçant des mesures à prendre pour atténuer les préoccupations. Le projet

consistait à démontrer l'optimisation des ressources, l'amélioration de la gestion des coûts, la diminution de la dépendance des patients aux services de santé en encourageant l'éducation à l'autosoin (« selfcare »), la preuve d'une réelle création de capacités pour les cabinets de MG et le soutien des parties prenantes pour un transfert des petits maux vers les officines (en améliorant les relations entre les cabinets de MG et les pharmacies).

**66. Méthode Pharmacy First (69)** – Le dispositif était opérationnel à Wolverhampton, Sandwell, certaines parties de Dudley et Birmingham avec une population enregistrée de 1,46 millions de patients, dont 26 000 éligibles à la prise en charge par le pharmacien. Les données pour l'évaluation ont été recueillies par l'intermédiaire d'une solution Logiciel de système (PharmOutcomes). Un pharmacien a été recruté pour gérer les calendriers de paiement, configurer et accréditer les prestataires sur la plateforme PharmOutcomes, concevoir le modèle de service électronique et effectuer la collecte des données requise pour les analyses. Un groupe de pilotage mensuel Pharmacy First a supervisé la conception du cahier des charges, les contrôles de la plateforme informatique, le déploiement opérationnel et les modalités de déclaration.

192 pharmacies communautaires étaient accréditées pour ce service. Les patients inclus dans l'étude étaient exemptés du paiement des frais d'ordonnance et inscrits auprès d'un cabinet de MG participant. Le pharmacien dispensait des conseils pour le traitement des affections bénignes et, le cas échéant, des médicaments en vente libre. Les patients étaient libres de refuser le service ou de signer leur consentement pour participer. Le pharmacien devait promouvoir l'éducation à la prise en charge autonome.

Seules les affections mineures suivantes entraient dans l'évaluation : toux aiguë, maux de tête aigus, maux de gorge, fièvre aiguë, maux d'oreille, diarrhée, rhume et grippe, pédiculose du cuir chevelu, rhume des foins et peau sèche/eczéma simple, morsures et piqûres, herpès labial, muguet vaginal, coup de soleil, érythème fessier, aphtes, dyspepsie, constipation, évaluation et orientation vers des soins oculaires primaires. Les patients pouvaient accéder à un traitement pour un maximum de deux symptômes par consultation. Pour chaque affection, un protocole de prise en charge était établi dans le cahier des charges.

Les officines devaient disposer d'une salle adaptée pour la confidentialité des échanges. Seul le pharmacien responsable avait le devoir de valider la formation dispensée par le Centre de formation Post-universitaire : « *Minor Ailments training: a clinical approach* », mais une procédure opérationnelle standard devait être mise en place et comprise par toute son équipe.

La rémunération était de 3,50 livres sterling (4,17 euros) pour le pharmacien, face à un tarif moyen de 42 livres (50,07 euros) pour une consultation de 9 minutes avec un MG (70).

**67. Résultats après trois mois** – Le dispositif a donné lieu à 25 956 prises en charge, avec une répartition assez équilibrée entre les hommes (45 %) et les femmes (55 %). Cette différence en comparaison de OSyS et netCare s’explique notamment par l’absence de protocole « cystite » dans cette étude. 80 % ont eu lieu en semaine entre 9h et 19h, ce qui traduit une véritable difficulté à obtenir un rendez-vous chez un MG pendant les horaires d’ouverture des cabinets. Environ la moitié concernait des enfants de 11 ans ou moins, et 13 % des patients étaient âgés de plus de 60 ans. Un groupe de discussion tenu à Dudley a relevé que les patients plus âgés se sentaient en confiance pour prendre soin d’eux-mêmes lorsqu’ils souffraient d’une affection mineure et préféraient « ne pas déranger » les services de santé, alors qu’ils se rendaient directement chez le médecin pour des affections plus graves.

Des médicaments ont été délivrés pour 98,5 % des symptômes présentés, avec un coût moyen engendré de 1,37 (1,19 euros) livres sterling. La répartition des motifs de prises en charge est détaillée dans la figure suivante :

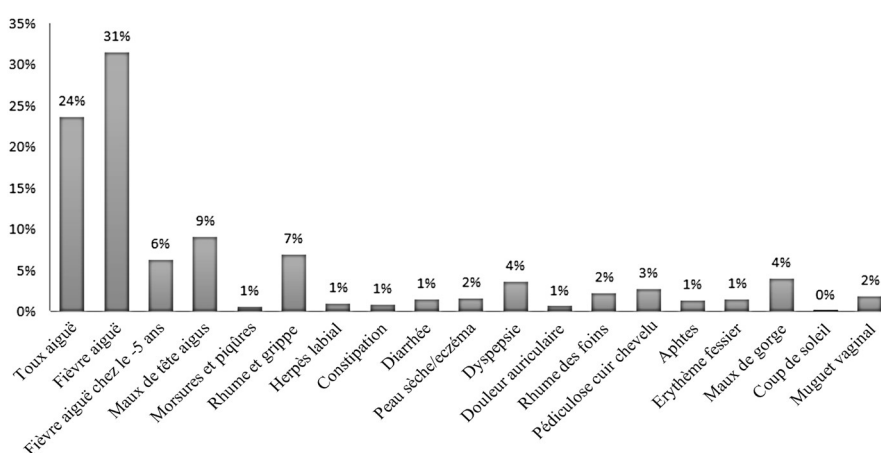


Figure 7 : Répartition des motifs de prise en charge Pharmacy First (69)

Les réponses révèlent que 93 % des patients auraient cherché une alternative plus coûteuse pour traiter leur affection : 88 % auraient attendu un rendez-vous avec un MG, 5 % auraient eu recours à un centre de soins sans rendez-vous, 7 % auraient procédé à de l’automédication mais, comparativement aux données en France, moins de 1 % auraient eu recours aux services d’urgence.

Le taux de re-consultation chez un MG a été calculé à partir d’un échantillon de 1 % (soit 270 situations correspondant à 40 cabinets médicaux). Seul 9 % des patients ont reconsulté leur MG, les ¾ dans les 2 jours suivant la prise en charge en pharmacie. 91% des patients n’ont

donc pas eu la nécessité de voir un médecin par la suite. Couplé aux résultats précédents, cela démontre que 84 % des prises en charge en pharmacie ont libéré des capacités en MG/service d'urgence. Ainsi, 1 300 rendez-vous ont été évités dans les centres de soins d'urgence/sans rendez-vous. Les cabinets ont pu libérer en moyenne deux heures de temps médical par semaine.

En ajoutant les coûts de la plateforme informatique et du support commercial, le dispositif a tout de même permis une réduction de 46 % des coûts de santé habituels sur le même trimestre. L'amélioration du rapport qualité-prix par rapport à d'autres environnements du NHS (cabinets de MG, centres de soins sans rendez-vous et services d'urgence) a été validé. Néanmoins, une limite a été fixée à trois prises en charge par patient par période de six mois. Ce chiffre a été calculé à la suite d'une analyse des programmes précédemment en vigueur, rapportant que 10 % des patients étaient responsables de 38 % des sollicitations du fait de leur accès « illimité ». Le plafonnement a été un facteur important de réduction des coûts.

**68. Avis général sur le système Pharmacy First** – Un avantage de l'étude est que l'opinion des médecins a pu être directement recueillie auprès des cabinets participants. Sur 43 d'entre eux, 40 ont exprimé leur soutien quant à la poursuite du dispositif. Les trois cabinets restants ont fait part d'incertitudes en raison d'un manque d'informations sur le fonctionnement du dispositif. Voici deux remarques retrouvées :

Sandwell et Birmingham Ouest : « *Nous nous attendons à ce que le programme conseille à nos patients qui ont besoin d'une assistance au-delà de ce que le programme peut prendre en charge ou qui nécessitent un suivi par un MG de prendre rendez-vous avec nous.* »

Birmingham Cross-City : « *[...] si ce programme est interrompu, cela aura un impact sur l'accès des patients et cela incitera davantage de patients à consulter les cliniciens pour des problèmes mineurs/aigus qui pourraient être traités dans le cadre du programme par le pharmacien. Le cabinet estime fermement que ce programme doit être maintenu.* »

L'avis des pharmaciens est, quant à lui, sensiblement le même que pour OSyS, à savoir : la connaissance des patients sur le programme était insuffisante et méritait davantage de communication/publicité, le versant fastidieux du processus d'enregistrement des patients, l'engouement des pharmacies à poursuivre ce programme. Certains déplorent le plafonnement à trois prises en charge sur six mois, ainsi que le nombre limité de protocoles.

Une enquête distincte a été menée auprès de 138 patients ayant eu accès au dispositif, cela a révélé un taux de satisfaction de 83 %. La plupart ne voit aucun inconvénient à faire des pharmacies communautaires une alternative appropriée pour les affections mineures.

**69. Perspectives de Pharmacy First (71) (72)** – En mai 2023, le gouvernement anglais annonce un investissement de 645 millions de livres sterling dans les pharmacies communautaires, à la fois comme compensation pour le déficit généré par l'inflation et comme mesure visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires. Parmi les services entrant dans le financement, la généralisation de « Pharmacy First » a été officialisée le 31 janvier 2024. Cet investissement a néanmoins été critiqué par certains médecins, qui déplorent que le gouvernement finance des alternatives thérapeutiques plutôt que d'investir dans les MG. L'objectif du gouvernement, quant à lui, était double : la libération de capacité pour les cabinets médicaux et le gain d'argent à long terme grâce aux économies réalisées par Pharmacy First.

L'évolution globale du dispositif a finalement accordé la délivrance de médicaments pour sept pathologies courantes : la sinusite, le mal de gorge, l'otite moyenne aiguë, l'infection locale d'une piqûre d'insecte, l'impétigo, le zona et la cystite non compliquée chez la femme. Le titulaire de la pharmacie doit s'assurer que son personnel est compétent pour fournir le service (connaître le protocole clinique notamment). Aucune formation ne semble imposée, bien qu'une auto-évaluation guide le pharmacien vers les axes d'apprentissage qu'il doit développer. En plus d'un tarif de 15 livres (17,88 euros) pour chaque prise en charge, une rémunération mensuelle fixe de 1 000 livres (1192,08 euros) sera versée aux pharmacies qui atteignent un seuil minimal d'activité.

Par ailleurs, le *Community Pharmacist Consultation Service* a été intégré à Pharmacy First. Ainsi, les patients qui contactent le NHS 111 (ligne d'assistance médicale non urgente) et présentent une affection mineure ou une demande urgente de médicaments, seront mis en relation avec une pharmacie communautaire proposant le dispositif. Le système Pharmacy First veut qu'il existe des relations locales fortes avec les MG, pour une collaboration et une orientation des patients dans les deux sens.

Enfin, dans l'optique de toujours améliorer l'accessibilité, les pharmacies de vente en ligne pourront proposer six des sept parcours de Pharmacy First par téléconsultation. Les pharmaciens déclarent avoir plus de temps pour interagir avec eux par ce biais, ce qui leur permet d'obtenir et fournir des informations plus détaillées.

## ETUDE 4 : LA LOI 41 AU QUEBEC

---

**70. Entrée en vigueur de la Loi 41 (73)** – Le contexte de pénurie des médecins au Canada est le même qu’au Royaume-Uni, en Suisse et en France. 25 % des québécois ont déclaré qu’ils ne disposent pas de MT, de tel sorte que le pharmacien a bénéficié d’une extension rapide de ses prérogatives. Bien que l’exercice de la pharmacie y semble davantage avancé, son champ réglementaire varie en réalité d’une province à une autre.

Ainsi, en février 2011, un rapport du comité sur l’organisation de la pratique est déposé au Conseil d’administration de l’Ordre québécois pour présenter les activités exercées par les officines dans les autres territoires du même pays. Après une analyse basée sur les besoins des patients, des professionnels de la santé et du gouvernement, une sélection des dispositifs transposables au Québec fait l’objet d’une demande de changement législatif au gouvernement. L’Assemblée nationale adopte le projet de Loi officiellement référencé par le nombre 41, suivie par le Collège des médecins qui valide les règlements prévoyant l’application de ses dispositions. Après un ralentissement dû au manque d’information sur son opérationnalisation, la Loi 41 entre finalement en vigueur le 20 juin 2015, revêtant le nom de « Loi modifiant la Loi sur la pharmacie ».

L’adoption de la Loi 41 s’est faite dans un contexte propice à l’extension des compétences légales du pharmacien. Outre l’antériorité des autres provinces dans les missions validées par le conseil de l’Ordre, la mise en place du Dossier de santé a résolu le souci de coordination des soins avec le pharmacien et les autres professionnels de la santé du Canada. Cette plateforme permet ainsi d’accéder à l’historique pharmacologique du patient, aux dernières pharmacies visitées, aux valeurs de laboratoire, aux résultats d’examens médicaux ainsi qu’à l’imagerie médicale.

Aucune réelle expérimentation n’ayant été menée, ce chapitre traitera davantage des dispositions réglementaires et des suites de l’application de cette loi.

**71. Dispositions réglementaires (74)** – Sept nouveaux actes pharmaceutiques sont venus enrichir les prérogatives du pharmacien dans le but d’améliorer l’accès aux soins de l’ensemble de la population québécoise. Certains des actes octroyés ne requièrent pas nécessairement de formation supplémentaire. Ainsi, l’adoption de la loi permet d’emblée aux pharmaciens de :



- Prescrire un traitement lorsqu’aucun diagnostic n’est requis ;
- Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire ;
- Prolonger une ordonnance.

Les formations supplémentaires dispensées par l’Ordre des pharmaciens donnent néanmoins accès aux compétences suivantes :

- Prescrire un médicament lorsque le diagnostic et le traitement sont déjà connus ;
- Ajuster une ordonnance ;
- Administrer un médicament dans l’objectif d’en démontrer l’utilisation ;
- Substituer un médicament en cas de rupture d’approvisionnement.

Seuls trois des sept actes autorisés entrent dans la définition de l’offre de SNP : prescrire un traitement lorsqu’aucun diagnostic n’est requis, prescrire et interpréter des analyses de laboratoire et prescrire un médicament lorsque le diagnostic et le traitement sont déjà connus.

Pour les médicaments à prescription facultative, dont la délivrance était déjà possible et pour lesquels aucun acte diagnostic n’est nécessaire, ce nouveau modèle réglementaire permet au pharmacien d’obtenir une rémunération pour la prise en charge effectuée et au patient un éventuel remboursement.

La loi limite les situations où le pharmacien est autorisé à prescrire des médicaments aux affections suivantes : acné mineure, aphtes buccaux, conjonctivite allergique, dermatite atopique, dysménorrhée primaire, érythème fessier, hémorroïdes, herpès labial, infection urinaire chez la femme, muguet, rhinite allergique et vaginite à levure. L’ensemble de ces pathologies doit avoir fait l’objet d’un premier diagnostic par un médecin et la dernière prescription doit respecter un délai d’antériorité de quatre ans, sauf pour la cystite (réduit à un an), la dysménorrhée primaire et les hémorroïdes (réduit à deux ans). La prescription par le pharmacien se fait donc sur le modèle d’un renouvellement d’ordonnance médicale « périmée ».

Pour les analyses de laboratoire, le pharmacien est habilité à prescrire et interpréter les résultats biochimiques suivants : la numération formule sanguine, le temps de Quick et l’INR, la créatinine, l’ionogramme sanguin, les enzymes hépatiques (ASAT et ALAT), la créatine kinase (CK/CPK), le dosage sérique des médicaments, la glycémie, l’hémoglobine glyquée (HbA1c), le bilan lipidique et la TSH. L’interprétation des résultats n’autorise pas à procéder à un diagnostic, mais permet de valider la présence d’effets indésirables/d’interactions, vérifier la bonne observance d’un patient et assurer son suivi pharmacologique. C’est particulièrement

utile lorsqu'un patient se présente au comptoir avec une plainte conséquente à la prise d'un médicament (ex : douleur musculaire et statine).

L'ensemble de ces habilitations sont soumises à deux exigences : la traçabilité de l'activité et l'information du MT. La prise en charge par le pharmacien demeure un acte d'exercice coordonné, l'usage du Dossier de santé Québec est donc indispensable. Par ailleurs, comme pour toute dispensation de soin, l'accord du patient doit être recueilli.

**72. Résultats de la Loi 41** – Les premiers résultats de la mise en application de la loi ont été diffusés par l'Ordre national du Québec en juin 2017 (soit deux ans après l'entrée en vigueur). Les données ont été recueillies par la Régie de l'assurance maladie du Québec (75). Près de 470 000 Québécois ont bénéficié de ces nouveaux services, générant 711 277 prises en charge par le pharmacien. La moyenne de recours au dispositif est donc de 1,5 fois par patient en deux ans (loin de la surexploitation recensée au Royaume-Uni et qui a nécessité la mise en place d'un plafond semestriel).

Concernant la répartition selon les différents motifs de sollicitation du pharmacien, un tiers de l'usage de ces nouvelles habilitations était pour la prise en charge de SNP (197 471 situations). Sur les 717 277 services offerts au total, 5,5 % portaient sur la prescription d'un médicament pour une affection mineure (ex : eczéma, infection urinaire, rhinite allergique...) et 22,3 % sur la prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis (ex : cessation tabagique, diarrhée du voyageur, nausées et vomissements chez la femme enceinte...). Le reste concernait l'ajustement d'une ordonnance (avec 41 % pour sa prolongation).

D'après un sondage Léger réalisé en février 2016, la loi 41 a évité à 66 % des patients de se rendre dans une clinique sans rendez-vous, à 25 % d'aller directement aux urgences et à 19 % de s'absenter de leur travail (75).

L'Ordre national des pharmaciens met à l'honneur l'étroite collaboration avec le Collège des médecins qui a permis une discussion autour des problématiques et encouragé cette collaboration interprofessionnelle. Une étude plus générale sur le contact des pharmaciens avec les patients en 2018 a démontré que 14 % des sollicitations spontanées du pharmacien au Québec débouchent sur une recommandation de voir un médecin et ce, malgré l'application de la loi (76). Les pharmaciens communautaires reconnaissent que leur rôle ne se substitue pas à celui du MT. Par ailleurs, le Dossier de santé semble davantage exploité au Canada, permettant un suivi pharmacologique et une bonne coordination entre les professionnels.

## PARTIE 3 : LES REFLEXIONS DE MISE EN OEUVRE

---

**73. Discussions** – Le rapport Nuffield de 1986 au Royaume-Uni est le premier à manifester que le pharmacien est une main-d'œuvre trop instruite pour uniquement dispenser des prescriptions. Ces dernières années, le développement de l'exercice coordonné lui a permis de passer d'une activité indépendante à un modèle plus coopératif qui valorise son savoir. Afin d'assurer une évolution inévitable mais pérenne, un juste équilibre doit être trouvé entre les intérêts des différents professionnels de santé, des patients et de l'Etat. Une étude des obstacles rapportés est donc primordiale, ainsi qu'une bonne compréhension du cadre législatif qui régit la pratique du pharmacien, pour renforcer son inclusion dans le premier recours.

### CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUES DU PHARMACIEN DANS LE PREMIER RECOURS

---

**74. Débats ressortissants** – Toujours en 1986, Lord Rea lit une phrase importante du rapport Nuffield au reste de la Chambre des lords : « *Il est difficile de demander à tout professionnel d'agir en permanence contre ses propres intérêts économiques.* » (77) Cette critique portait sur la manière dont le pharmacien communautaire était rémunéré, toujours selon un modèle de bénéfice sur « remède concocté », en désaccord avec son exercice professionnel maintenant centré sur le conseil et le premier recours. Toutefois, cette remarque se trouve également applicable aux confrères médecins, dont l'activité est impactée par les réformes successives de santé. La qualité et l'accessibilité de la prise en charge des patients ne doit pour autant pas disparaître. Au travers des études et de l'opinion générale, quelques points majeurs de discussion ont été identifiés.

#### I. DIFFICULTES MISES EN EVIDENCE PAR LES ETUDES

**75. L'importance du parcours de soin** – Les études démontrent que les officines constituent des points d'entrée efficaces dans le système de santé en offrant une solution appropriée et immédiate aux patients. Pourtant, comme pour toute prise en charge des DSNP,

la question du respect du parcours de soin se pose. Alors que beaucoup de malades ne disposent pas d'un MT à l'heure actuelle, ou ne le consultent pas, se limiter à offrir la réponse ponctuelle et partielle qu'exige une DSNP n'augmente-t-il pas le risque d'évoluer vers un système de « consumérisme médical » ?

Les services de gestion actuels des DSNP ont développé des moyens pour recentraliser les soins autour du MT. Le SAS, par exemple, sollicite le MT avant toute prise de rendez-vous avec un autre médecin. Cette solution répond à une problématique de bonne orientation des patients.

Dans les dispositifs expérimentés ci-dessus, l'objectif était de répondre à un manque de médecins sur le territoire en offrant justement une prise en charge alternative. La centralisation autour du MT a donc été exploitée autrement. Pour l'ensemble d'entre eux, un rapport était systématiquement transmis au MT directement ou par le biais du patient. OSyS a renforcé le lien collaboratif et la communication médecins-pharmaciens en exigeant d'établir une relation avec les cabinets médicaux locaux. En outre, le DMP constitue une plateforme directe pour garantir une bonne coordination des soins de santé en France et gagnerait à être davantage exploité, à l'instar du Québec.

Le pharmacien d'officine représente une bonne alternative dans la prise en charge d'une DSNP en ce qu'il a toujours été un maillon du parcours de soin. En orientant les patients vers leur médecin, en gardant un contact étroit avec le corps médical et en communiquant les consignes de prévention qui recommandent un suivi régulier, il promeut la sauvegarde du lien patient-MT. Par ailleurs, la « fidélité » des patients à une pharmacie communautaire permet de tisser une confiance durable entre le malade et le professionnel de santé, qui accroît son observance dans les conseils délivrés. Il constitue ainsi une porte d'accès au système de santé pour réinsérer les patients dans un schéma de prise en charge sain.

En revanche, à l'instar du NHS, il serait pertinent d'effectuer une évaluation à plus long terme du système OSyS, notamment lorsqu'il sera diffusé plus amplement, pour identifier si des mêmes patients constituent des utilisateurs récurrents du service. Cela permettrait de repérer un usage inapproprié et excessif de l'offre de SNP. Si une telle observation était faite en France, l'instauration d'un plafond du nombre de prises en charges par patient et par semestre (ou année) serait éventuellement une solution pour limiter les malades qui contournent la consultation médicale et appuyer les recommandations du pharmacien sur le suivi par un MT.

**76. La communication avec les médecins** – Parmi les difficultés dans l'interprofessionnalité, le manque de traçabilité du conseil officinal avait été rapporté il y a quelques années. Les dispositifs expérimentés répondaient en partie à ce problème en demandant au pharmacien d'établir un « compte rendu » à l'instar des autres professions de santé lorsqu'elles interviennent dans le parcours de soin du patient. En revanche, pour que la coordination soit optimale, un paramètre important dégagé dans ce travail est la bonne communication entre les médecins et les pharmaciens.

Dans les expérimentations, les échanges ont parfois été compliqués avec un contexte de tension entre les officines et les cabinets médicaux locaux. Cela a eu un impact sur la coordination des soins, le patient occupant finalement la place de relais. Les tensions qui existent entre les médecins et les pharmaciens semblent néanmoins se résorber avec les nouvelles générations, probablement grâce à l'inclusion du pharmacien dans les équipes de santé dès son externat à l'hôpital ou les nouvelles formes d'exercice coordonné qui encouragent la découverte de l'autre. La formation universitaire des deux professions joue un rôle important pour transmettre les bases d'une bonne coopération et faciliter les échanges, il est donc essentiel que les enseignements s'accordent à être en ce sens. Pour le respect du parcours de soin et de la sécurité du patient, il est primordial que les pharmaciens n'aient pas une activité indépendante.

**77. L'accès limité aux données de santé** – Le manque d'information sur le patient est une cause fréquente d'erreurs. Il y a donc une réelle importance à la phase de récolte des antécédents qui a été incluse aux triages dans les expérimentations. Une étude a révélé que 88% des patients faisaient confiance à leur pharmacien pour conserver leurs données de santé (37). L'officine dispose de l'historique médicamenteux et cosmétique du patient mais un écueil soulevé par les médecins, et longtemps relayé par les pharmaciens, est l'absence d'accès à l'historique médical ou aux résultats de laboratoire nécessaires pour une prise en charge éclairée. Ce problème, parfois même rencontré lors d'une collaboration entre deux médecins exerçant dans des structures différentes, a été en partie résolu par le développement de l'exercice coordonné. Le DMP constitue un bon outil mais demeure soumis à l'alimentation de la part des professionnels de santé. Le fait qu'il soit interfacé au logiciel des pharmaciens aide à une gestion automatique et limite le temps consacré par les professionnels, un mode de fonctionnement qui gagnerait à être étendu.

Dans l'ensemble des dispositifs pilotes, les situations cliniques sélectionnées ne nécessitaient pas de suivi accru ou de tests autres que ceux effectués au sein de l'officine. L'interrogatoire du patient servait au recueil des antécédents. Le rappel après quelques jours pour évaluer l'évolution des symptômes révèle que ces paramètres étaient généralement suffisants. L'algorithme permet d'exclure les cas qui relèvent d'un examen médical plus soutenu mais, pour accroître l'efficacité du triage et de ces critères d'exclusion, il est important que le pharmacien ait accès aux données nécessaires.

**78. La chronophagie administrative** – L'officialisation d'actes qu'effectuait déjà le pharmacien au sein de son officine permet une rémunération et une reconnaissance de ses compétences mais a son revers de médaille. Un des risques craints par les pharmaciens est l'ajout de formalités en dissonance avec la pratique sur le terrain et qui la rendrait de ce fait impraticable, ou difficilement praticable, dans les exigences fixées. Prenons l'exemple d'une piqûre de tique : l'exclusion des critères de gravité, la délivrance de conseils et le retrait de l'Ixodida ne prennent que peu de temps au comptoir. En revanche, plus l'on ajoute de formalités administratives, plus l'acte en lui-même sera mobilisateur de ressources (temporelles, humaines et informatiques), moins rentable et diminuera en attractivité.

Pour OSyS, la faisabilité à l'officine était globalement jugée très bonne, malgré la traçabilité informatique de l'entretien et la rédaction d'un compte rendu. Seule la partie portant sur l'identification du patient était qualifiée de chronophage, notamment du fait que ONO n'est pas interfacé avec les logiciels de délivrance. En revanche, la rémunération à hauteur de 12,5 euros était jugée unanimement trop faible pour le temps consacré lorsqu'on y inclut le rappel à trois jours et la rédaction du compte rendu. Pourtant, outre la libération de temps médical et la décharge des urgences, OSyS doit respecter l'aspect de rentabilité pour les finances publiques. La rémunération a été convenue d'après un calcul de dépenses par l'Assurance Maladie. Le compromis de 12,5 euros est celui négocié à l'heure actuelle mais pourrait éventuellement être recalculé selon les résultats obtenus sur l'ensemble du territoire et négocié avec appui des syndicats pharmaceutiques.

**79. L'hétérogénéité des ressources officinales** – Toutes les pharmacies ne sont pas égales en termes de ressources humaines et d'habilitations. Dans les études, le nombre restreint de pharmaciens au sein d'une officine ne semble avoir posé problème que pour la réalisation des formations présentiels. Les pharmacies contactées en Occitanie n'ont pas rapporté d'autres difficultés. En effet, comme étudié plus haut, le nombre de pharmaciens adjoints est

quantifié par la loi en fonction du chiffre d'affaires de la structure, et donc de l'affluence à laquelle elle fait face. Cela permet de garantir la disponibilité et la qualité du service. En revanche, l'exercice hétérogène d'activités soumises à un diplôme, telles que l'orthopédie, ou à une formation complémentaire, telles que la délivrance d'un antibiotique sans ordonnance, exige l'établissement d'une « carte des pharmacies compétentes » pour faciliter l'orientation des patients.

En adoptant une vision plus globale, nous remarquons que le domaine de la pharmacie officinale connaît une révolution depuis l'industrialisation pharmaceutique. Des investissements importants se démocratisent, comme l'automatisation du stock qui permet un gain de temps en faveur d'une activité au contact des patients. Ces changements s'opèrent à deux vitesses entre les petites pharmacies communautaires et les plus grandes, ce qui peut engendrer une hétérogénéité de moyens qui s'estompera avec le temps. Si une augmentation du nombre de pharmaciens par officine se révèle nécessaire avec l'octroi des nouvelles habilitations, la législation saura évoluer dans ce sens.

**80. Le risque de surprescription** – Le président de l'Ordre des médecins de l'Hérault a par ailleurs évoqué la crainte d'une « *surprescription* » de la part des pharmaciens (61). Beaucoup de patients n'ont le sentiment d'être véritablement pris en charge que lorsqu'un médicament leur est prescrit or ce n'est pas toujours nécessaire. Les antibiotiques, notamment, ne doivent être administrés que lorsqu'ils sont indiqués. Les pharmaciens, gardiens des poisons, sont sensibilisés aux différentes lignes thérapeutiques et au problème d'antibiorésistance. Néanmoins, il est vrai que la dispensation de médicaments listés sans prescription médicale ne fait pas partie de leur pratique habituelle. Par conséquent, ils ne sont pas laissés à leur propre jugement mais bénéficient d'un appui sur les différents arbres décisionnels rédigés par des médecins experts. La réalisation d'un TROD permet également d'orienter le professionnel sur la pertinence du traitement.

L'expérimentation netCare a démontré que les protocoles ont permis un gain de confiance du pharmacien et, en conséquence, la délivrance de médicaments uniquement dans des situations exceptionnelles. Il arrive néanmoins que le patient se rende à la pharmacie avec la demande obstinée d'un traitement qui soulagerait ses symptômes. Si un médicament n'est pas nécessaire, le savoir du pharmacien lui offre des alternatives plus naturelles à conseiller, et il est important qu'il sache user de cette expertise.

## II. OBSTACLES RAPORTES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

**81. Le statut du pharmacien** – Autrefois cantonné au rôle d'apothicaire, ses compétences légales furent bousculées à plusieurs reprises, posant aujourd'hui la question de la définition d'un pharmacien d'officine. Alors que les fiches métiers le désignent encore comme un dispensateur de médicament et un gestionnaire de commerce, Ameli met à jour une section en 2022 pour ajouter « *Le pharmacien n'est maintenant plus seulement celui qui délivre des médicaments, il est également actif dans les domaines de la prévention, du suivi, et dans la prise en charge de certaines maladies, en plus de son rôle de conseil habituel.* »<sup>7</sup>

De plus en plus impliqué dans le premier recours, l'accès aux soins et l'exercice coordonné, le pharmacien demeure néanmoins un expert du médicament dont la proximité avec le patient lui permet de veiller sur sa bonne observance et son état général de santé. Il n'a pas vocation d'obtenir un statut semblable aux médecins mais cherche la reconnaissance de ses activités de triage et de premier recours, inhérentes à ses missions définies légalement par le CSP. Bien qu'il dispose d'un certain savoir sur la maladie humaine, le pharmacien n'établit pas de diagnostics et ne procède pas à des examens cliniques. Il oriente le patient sur la base de symptômes.

En outre, associer aux pharmaciens le terme de « prescripteur » soulève des contestations puisque cela renvoie à l'activité des médecins. Or, certains médecins pensent que l'intégrité et l'exclusivité de leur profession, représentatifs de leurs qualifications, participent à la protection du patient lui-même. Un hématologue anglais a reconnu que la prescription de médicaments par le pharmacien serait très utile mais se positionnait pourtant contre, exprimant la crainte de voir le statut de médecin s'éroder (78). Le terme est pourtant utilisé par les professions paramédicales et odontologiques mais semble davantage poser problème lorsqu'il est question du pharmacien, sans doute à cause de la pratique généraliste de son art. Le pharmacien ne rédigeant pas d'ordonnance, l'expression « délivrance de médicaments » a donc été jugée plus adaptée, comme lors d'un conseil au comptoir.

La mise en œuvre d'une coopération interprofessionnelle respectueuse du champ de compétences de chacun est essentielle. Ainsi, l'orientation adaptée vers la consultation médicale constitue un rôle socle du pharmacien.

---

<sup>7</sup> <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>



**82. Le risque de perte de vue des patients** – Quelques MG ont rapporté que ces « petits actes répétitifs » permettaient en réalité un suivi plus global et que les consultations à faible technicité étaient l'occasion d'interroger le malade sur son état de santé général. Une crainte rapportée est la perte de vue de certains patients, notamment dans les tranches d'âge où la prévalence des maladies chroniques, permettant une régularité des soins programmés, est faible.

Une étude auprès des patients a été menée après l'extension du dispositif Pharmacy First en Ecosse (79). Les participants ont évoqué le recours aux pharmacies pour des raisons pratiques, souvent parce qu'ils n'avaient pas accès à un MG alors même qu'ils préféreraient en consulter un. En France également, 44% des MT sont dans l'incapacité de voir régulièrement leurs patients (27) et beaucoup rapportent être frustrés par la courte durée du rendez-vous. Les dispositifs expérimentés ont permis de libérer des capacités pour les cabinets médicaux locaux (en moyenne deux heures par semaine et par cabinet au Royaume-Uni) ou au contraire « rattraper » des patients en automédication qui nécessitaient une consultation médicale. Ils ne se substituent pas aux médecins mais permettent de pallier un manque avéré.

Le caractère partiel de la prise en charge par le pharmacien est aussi redouté. Le professionnel ne doit pas se laisser influencer par le motif de sollicitation évoqué par le patient et veiller à ce que son jugement ne soit pas biaisé par les limites de ses habilitations. Il doit évaluer le scénario clinique dans son ensemble, sans se concentrer avec *a priori* sur les symptômes qu'il est en capacité de traiter. Le processus de diagnostic différentiel doit être adapté à ses compétences en cherchant d'autres indices, avec appui sur les arbres décisionnels, et en dessinant le contexte. Est-ce que la cystite fait suite à un rapport sexuel ? Le rapport était-il à risque ? L'entretien de triage a une importance primordiale pour dépister d'autres risques ignorés par le patient.

Il y a toujours eu un partage très étroit entre les deux professions, la confiance dans cette collaboration doit persister. Lorsque le médecin prescrit un traitement, il délègue une partie de la responsabilité au pharmacien qui en effectuera la délivrance. Parfois, le patient se confie plus facilement à ce dernier, notamment en ce qui concerne l'observance et les effets indésirables. Certains jugent que c'est parce qu'il passe plus de temps avec le pharmacien, d'autres parce que le rapport d'« autorité » n'est pas le même. L'activité de prévention, de sensibilisation et la promotion du suivi par un MT doit demeurer partie intégrante de l'exercice officinal.

**83. Le maintien de l'attractivité des professions** – Les changements opérés au sein des professions de santé ne doivent pas se faire aux dépens de leur attractivité. Trois paramètres

distincts peuvent ainsi être pris en compte : la rémunération, le volume et la nature des activités. La prise en charge des affections bénignes par le pharmacien d'officine permet la revalorisation des professions médicales et pharmaceutiques par la délégation de tâches répétitives peu techniques. Néanmoins, cette modification de la nature des activités entraîne un impact sur leur volume et leur rémunération tel que nous le détaillons ci-après.

Concernant le pharmacien, l'ajout de cette qualification a pour conséquence une augmentation de la charge de travail ainsi que du risque en termes de responsabilités et d'exposition. On ne peut exiger d'un professionnel qu'il exerce en permanence à l'encontre de son intérêt pécunier, cette augmentation doit donc être suivie d'une rémunération proportionnelle aux ressources mobilisées pour assurer la pérennité et l'attractivité de la profession. Aussi, il serait contre-productif de procéder à un partage de compétences dans un contexte où l'ajout de nouvelles responsabilités entraînerait une surcharge et une incapacité à les honorer. Il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de difficultés à l'intégration de la tâche dans le flux de travail habituel. Pour les petites affections, il s'agit déjà d'une activité exercée au sein de l'officine, les responsabilités légales et l'évolution du métier de pharmacien sont en accord avec cette mission.

A propos des médecins, la « libération de temps médical utile » se fait par une délégation de tâches pour lesquelles les médecins seraient « surqualifiés » afin de tamponner un volume d'activité trop élevé pour les ressources actuellement disponibles. En revanche, cela suggère que les prises en charge qui relèveront désormais de leurs compétences seront davantage complexes, voir chronophages. Or, si la rémunération n'évolue pas en accord avec la complexité de l'activité, l'attractivité de la profession risque d'être mise à mal.

L'objectif actuel d'une prise en charge par le pharmacien est de diminuer l'affluence des CCMU 1 aux urgences et de prendre en charge les patients qui n'auraient pas trouvé de médecins. Il s'agit davantage d'un partage que d'une délégation totale. Les MG continueront d'offrir une réponse pour ces DSNP s'ils le souhaitent et recevront également les situations cliniques qui ne répondent pas aux critères d'inclusion du pharmacien, exigeant une expertise accrue mais pas nécessairement plus chronophage. Néanmoins, si l'activité des médecins venait à être transformée, une majoration d'honoraires pour « consultation complexe » pourrait être une solution compensatrice. Elle serait négociée avec l'Assurance Maladie et appliquée sur la base de critères comme la complexité des spécialités prescrites (traitement de seconde/troisième ligne) ou encore la modification de traitements chroniques.

**84. Le conflit d'intérêt** – Se pose la question du conflit d'intérêt lorsque le pharmacien délivre le traitement d'une prise en charge qu'il a lui-même établie. Habituellement, l'acte de prescription et de dispensation ne s'effectuent pas par la même entité. Les conséquences générales d'un conflit d'intérêt sont soit la surprescription, soit le biais en faveur de certains laboratoires/certaines spécialités.

Outre l'honneur et l'indépendance de la profession, les protocoles établis avec la collaboration des médecins et des pharmaciens, ainsi que la réalisation d'un TROD, ne laissent pas de fenêtres pour une dispensation inadaptée. Les spécialités listées qui peuvent faire l'objet d'une dérogation sont restreintes et répondent scrupuleusement aux lignes thérapeutiques des stratégies recommandées. Par ailleurs, le pharmacien n'a qu'une faible marge sur le médicament délivré, insuffisante pour créer un réel conflit d'intérêt financier, et les règles de substitution par les médicaments génériques et de concurrence sont identiques à celles de son activité de délivrance habituelle. Une surfacturation volontaire à l'Assurance Maladie ou un biais dans le choix de la spécialité est donc peu probable. Il est tout de même essentiel que le discours des pharmaciens sur l'usage approprié des médicaments soit préservé.

**85. Question de la responsabilité juridique** – Un paramètre qui a freiné l'application des protocoles de coordination au sein des CPTS a été la crainte d'un partage de responsabilités lors de la délivrance d'un médicament listé par le pharmacien, notamment à cause de l'usage du nom et du numéro RPPS d'un médecin. Par la suite, l'arrêté paru le 17 juin 2024 a permis, à l'instar de la vaccination, la délivrance dérogatoire de certains antibiotiques sans passer par cette formalité administrative. Dans le cadre de OSyS, la responsabilité qu'entraînent le triage et la délivrance de médicaments est entièrement assumée par le pharmacien. Il convient de définir le cadre réglementaire strict qui régit sa profession.

## CHAPITRE 2 : QUID JURIS ?

---

**86. Cadre juridique** – Les lois et les règlements définissent la ligne d'exercice du pharmacien, précisée par les référentiels de bonnes pratiques, tandis que l'Ordre professionnel auquel il adhère est garant de la responsabilité du respect déontologique, usant des prérogatives qui lui sont accordées. Les besoins du système de santé, couplés à la reconnaissance des compétences du pharmacien, ont conduit à l'évolution de la législation avec une période charnière en 2009. Depuis, les règles qui encadrent son activité changent continuellement. Il convient de faire un état des lieux du cadre juridique régissant sa pratique et des responsabilités auxquelles il est soumis.

### I. CHAMP LEGAL D'ACTIVITE DU PHARMACIEN

**87. Définition juridique de ses missions** – L'activité au sein de l'officine est encadrée par un ensemble de textes à valeur obligatoire (Code de la Santé Publique) et les bonnes pratiques de dispensation (BPD) depuis leur publication au JORF en 2016. Les fonctions du pharmacien sont définies par l'article L5125-1-1A du CSP :

1. Contribuer aux soins de premier recours (voir paragraphe 88) ;
2. Participer à la coopération entre professionnels de santé ;
3. Participer à la mission de service public de la permanence des soins (voir paragraphe 91) ;
4. Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire ;
5. *Peuvent* participer à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement des patients ;
6. *Peuvent* assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement ne disposant pas de PUI ou non membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une PUI ;
7. *Peuvent* être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster leur posologie ;
8. *Peuvent* proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;
9. et 10. *Peuvent*, dans des conditions fixées par décret, exercer les habilitations que nous détailleront au paragraphe 89.

Cet article a connu sept versions depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, marquant les réformes successives qui ont touché la profession. L'image du pharmacien comme simple apothicaire n'est plus d'actualité, que ce soit dans sa formation universitaire ou dans la définition juridique de son métier.

A l'instar des autres professions de santé, il exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine (art. R4235-2, CSP). Il doit veiller à préserver la liberté de son jugement professionnel et ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit (art. R4235-3, CSP). Chacun de ses actes doit être accompli avec attention, selon les règles de bonnes pratiques (art. R4235-12, CSP).

**88. Soins de première ligne en pharmacie** – Conformément à l'article L1411-11 du CSP, les soins de premiers recours comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

L'accès aux soins de premiers recours répond à des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Parmi les devoirs du pharmacien se trouve donc déjà l'orientation des patients et la prise en charge pharmaceutique limitée par les autres textes juridiques.

**89. La prise en charge par le pharmacien** – Le CSP prévoit l'habilitation du pharmacien à : prescrire et administrer certains vaccins, délivrer des médicaments sans ordonnance après réalisation d'un test et, dans le cadre de protocoles inscrits au sein d'un exercice coordonné, initier ou ajuster un traitement (art. L5125-1-1A, CSP). Ces compétences sont soumises à des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ou arrêté ministériel, après avis de la HAS et de l'ANSM.

Pour exercer son habilitation à prescrire et administrer un vaccin, le pharmacien doit déclarer cette activité auprès du conseil de l'Ordre dont il relève, respecter le cahier des charges relatif aux conditions techniques et suivre une formation spécifique (art. R5125-33-8, CSP). L'arrêté du 8 août 2023 précise que cette compétence concerne l'ensemble des vaccins figurant sur le calendrier vaccinal en vigueur, pour des patients à partir de 11 ans et pour le personnel de l'établissement. L'arrêté ne comprend donc pas les vaccins du voyageur, mais permet que cette habilitation évolue conjointement au calendrier vaccinal sans nécessité de réformes pour

l'adapter en cas de changement des recommandations. Il convient au pharmacien de se tenir à jour sur ce sujet, ainsi que tous ceux concernant sa pratique.

Dans le cadre d'un exercice coordonné, des protocoles ont été rédigés par des équipes de professionnels de santé et publiés dans les arrêtés du 6 mars 2020 (JORF des 8 et 10 mars), après avis de la HAS. Ils comprennent la rhinoconjonctivite allergique saisonnière des patients de 15 à 50 ans (renouvellement du traitement par le pharmacien) et l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans. Le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale ainsi que les DG des ARS se voient octroyer le droit de suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité (art. L4011-3 et L4011-4, CSP), un droit dont ils n'ont pas eu recours à ce jour.

L'élargissement des protocoles de l'odynophagie et de la brûlure mictionnelle en dehors de l'exercice coordonné démontre une réelle efficacité dans le déploiement. L'arrêté du 17 juin 2024 autorise la délivrance sans ordonnance d'antibiotiques après un test pour les angines à streptocoque du groupe A et la recherche *a minima* de nitriturie et de leucocyturie. Le pharmacien doit répondre aux conditions énoncées : la validation d'une formation donnant lieu aux compétences fixées par l'annexe IV de l'arrêté, l'exclusion des critères figurant sur l'annexe I et II (voir annexe I de ce travail) et le respect du cahier des charges. Le patient doit avoir plus de 10 ans dans le cas d'une suspicion d'angine bactérienne, et ce doit être une femme âgée de 16 à 65 ans pour les symptômes évocateurs d'une cystite aiguë simple. Les spécialités autorisées à la délivrance sont, selon la réglementation : l'amoxicilline, la céfuroxime, la cefpodoxime, l'azithromycine, la clarithromycine, et la josamycine pour l'angine<sup>8</sup> ; la fosfomycine trométamol et le pivmecillinam pour la cystite simple.

**90. La délivrance de médicaments sans ordonnance** – L'article R5121-202, modifié par le décret du 30 juin 2008, permet l'accès direct dans les officines de médicaments dits de « médication officinale » suivant une liste fixée par l'ANSM. Ces médicaments, du fait de leurs indications thérapeutiques et de leur posologie, peuvent être utilisés sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Les spécialités à base de josamycine ont fait l'objet d'un arrêt de commercialisation par décision industrielle du laboratoire fabricant et l'azithromycine est écartée des recommandations actuelles à la suite du risque de résistance bactérienne.

<sup>9</sup> <https://ansm.sante.fr/documents/referance/medicaments-en-acces-direct>

Le pharmacien a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale (art. R4235-48, CSP), comprenant le refus de dispensation lorsque l'intérêt de la santé d'un patient lui paraît l'exiger (art. R4235-61, CSP). Ainsi, lorsque l'ANSM met à disposition une liste de 71 situations cliniques reconnues comme adaptées à cet usage en médication officinale (annexe II), elle sous-entend qu'une prise en charge de ces pathologies peut relever du conseil pharmaceutique. Cela comprend : les piqûres d'insectes, les irritations cutanées modérées, les troubles gastro-intestinaux (dont oxyures, mal des transports, hémorroïdes etc.), les allergies saisonnières, les diverses plaies de la bouche, la prise en charge des symptômes tels que la toux... correspondant à une grande partie des situations énoncées en première partie de ce travail, certaines s'y ajoutant.

Outre les spécialités que le pharmacien peut mettre en accès direct au public, d'autres médicaments placés *derrière le comptoir* peuvent faire l'objet d'une délivrance sans ordonnance associée à une surveillance accrue. C'est par exemple le cas des collyres de kétotifène qui, depuis le 2 septembre 2024, sont autorisés pour la prise en charge des conjonctivites allergiques saisonnières des patients de plus de 6 ans, bien qu'il n'existe pas encore de spécialité qui réponde aux conditions de posologie et de durée<sup>10</sup>.

L'ensemble des spécialités délivrables sans prescription médicale est exonéré de la réglementation des substances vénéneuses par l'article R5132-256 du CSP.

**91. La permanence des soins** – Parmi les devoirs du pharmacien, assurer une permanence des soins conduit à ce qu'une officine soit toujours accessible par le patient à toute heure et à toute période de l'année. Elle se manifeste par un service de garde (dimanches et jours fériés) et un service d'urgence (nuits) obligatoires mentionnés à l'article L5125-17 du CSP. Toutes les officines sont tenues de participer à ces services en dehors des heures d'ouverture généralement pratiquées sur la zone concernée. Au cours de cette activité, le pharmacien conserve un devoir d'autant plus important de conseil et d'orientation.

La désignation des pharmacies de garde et d'urgence est établie par les syndicats sous forme d'un tableau des officines de garde. Toutes les officines ont l'obligation d'afficher ce document sur leur devanture pour faciliter la recherche du patient (arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens

---

<sup>10</sup> <https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-02-09-2024-portant-exoneration-a-la-reglementation-des-substances-veneneuses-destinees-a-la-medecine-humaine>

titulaires d'officine et l'assurance maladie). Dans le respect des règles de concurrence, un pharmacien qui ouvre son officine alors qu'il n'est pas lui-même de service, doit la tenir ouverte durant tout le service considéré (art. L5125-17, CSP).

**92. Téléconsultation à l'officine** – La télémédecine a pour objectif de répondre à la problématique d'accès aux soins en proposant une prise en charge rapide et au plus près du lieu de vie des patients. Le maillage territorial des officines et leur amplitude horaire en font un lieu d'installation stratégique. Le pharmacien revêt ainsi le statut de professionnel de santé accompagnant, si ce n'est d'aiguilleur lorsqu'il est le premier à être sollicité par le patient (avenant 15, convention nationale des pharmaciens du 4 mai 2012).

Le paragraphe suivant est extrait de la même convention nationale, approuvée par l'arrêté du 2 septembre 2019 : « L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations. [...] Le pharmacien, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée. [...] Outre l'équipement nécessaire à la vidéotransmission et à la bonne installation des patients, le pharmacien doit *a minima* se doter des équipements suivants : stéthoscope connecté, otoscope connecté, oxymètre et tensiomètre. »

La téléconsultation « doit obligatoirement être réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises et la traçabilité des échanges. » Le consentement du patient doit être recueilli après explication du déroulement. L'ensemble de la consultation doit se faire dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel, conformément au code de déontologie (80).

**93. Limites de l'exercice** – Tout acte en dehors des droits et des missions fixés précédemment, non justifié par un état dérogatoire ou d'urgence, dépasse les limites de l'exercice pharmaceutique. Parmi les activités qui sortent du cadre pharmaceutique, nous porteront particulièrement attention à :

– ***L'exercice illégal de la médecine*** (art. L4161-1, CSP) : « Toute personne qui prend part [...] 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. » Lorsque le pharmacien prend en charge une situation clinique, il s'agira davantage de « triage » que de diagnostic et de « délivrance de médicament » que de



prescription. Il dispose de dérogations pour les vaccins et les protocoles. Il n'est pas autorisé à la rédaction d'ordonnances ni à l'établissement d'un diagnostic, malgré ses activités de dépistage et de conseils.

– *L'exercice illégal de l'art dentaire* (art. L4161-2, CSP) : « Toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un praticien, à la pratique de l'art dentaire, par consultation, acte personnel ou tous autres procédés. »

– *L'exercice illégal de la profession de sage-femme* (art. L4161-3 et L4151-1, CSP) : Toute personne qui « pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement [...] »

L'exercice illégal d'une de ces trois professions condamne à deux ans d'emprisonnement, 30 000 euros d'amende et l'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans d'exercer la profession de pharmacien.

– *L'exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste ou d'orthésiste* (art. L4363-2, CSP) est puni d'un an d'emprisonnement, de 15 000 euros d'amende, l'interdiction définitive ou pour une durée de cinq ans d'exercer la profession de pharmacien ainsi que la fermeture définitive ou temporaire de l'officine. Seuls les pharmaciens justifiant d'un diplôme supplémentaire disposent d'une dérogation d'exercice.

**94. Événements indésirables associés aux soins** – L'activité du pharmacien est soumise aux règles de sécurité et aux conditions fixés par décrets ou arrêtés, sous peine de commettre une faute. L'article L1142-1 du CSP proclame : « hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. » Les dommages avérés sont qualifiés d'événements indésirables associés aux soins et sont constitués par tout événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne ayant entraîné des conséquences potentiellement préjudiciables, à la suite d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention (art. R1413-66-1, CSP).

Ainsi, au cours de son exercice, le pharmacien peut engager sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire. Cela conduit à la pluralité des poursuites applicables.

## II. RESPONSABILITE DU PHARMACIEN

**95. Responsabilité civile** – Tel que dit dans le paragraphe précédent, et au sens des articles 1240 et suivants du Code civil (CC), le préjudice doit être imputable à une faute pour engager la responsabilité du pharmacien. Le dommage à autrui doit être certain, avoir porté atteinte à un intérêt juridiquement protégé et ne doit pas avoir déjà été indemnisé. En droit commun, la réparation par le fautif est pécuniaire.

La responsabilité civile s'étend également aux personnes dont on doit répondre et aux choses que l'on a sous sa garde (art. 1242, CC). Le pharmacien titulaire est responsable de ses salariés, en raison du devoir de surveillance de son équipe et d'exercice personnel, excepté s'il est démontré qu'ils agissaient hors des limites de leur mission (81).

En outre, les articles 1101 et suivants du CC traitent des obligations liées à la conclusion d'un contrat. L'inexécution ou la mauvaise exécution du contrat pharmacien/patient autorise le co-contractant à demander une réparation des dommages ainsi causés. C'est par exemple le cas lorsqu'un manque de conseil de la part du pharmacien conduit à un mauvais usage du médicament par le patient.

La souscription à un contrat assurantiel de responsabilité civile professionnelle par le pharmacien d'officine est rendue obligatoire par l'article L251-1 du Code des Assurances. Conformément à la loi, les contrats d'assurance peuvent prévoir des plafonds de garantie. Ils couvrent l'ensemble des salariés dans la limite des missions qui leur sont imparties, suivant les réformes professionnelles et comprenant les expérimentations auxquelles ils adhèrent avec l'accord de leur ARS (par exemple : OSyS).

**96. Responsabilité pénale** – Le droit pénal sanctionne toute personne dont le comportement est à l'origine d'un trouble à l'ordre public. Les infractions ci-après constituent des délits/crimes contre la personne humaine, et peuvent être plaidées en conséquence d'une intervention du pharmacien :

– **Homicide involontaire** (art. 221-6, CP) : causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.

– **Coups et blessures involontaires** (art. 222-19, CP) : causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

– **Risques causés à autrui** (art. 223-1, CP) : exposer autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Constituent également des altérations frauduleuses de la vérité et des escroqueries la délivrance de médicaments sur la base de prescriptions falsifiées et la double facturation illicite. Un pharmacien de Loir-et-Cher a été condamné le 8 octobre 2024 à trois ans de prison avec sursis et une interdiction définitive d'exercer pour ces motifs (82).

**97. Responsabilité disciplinaire** – A l'instar des médecins, l'exercice de la pharmacie est soumis à l'adhésion au tableau de l'Ordre national des pharmaciens. Les Ordres constituent des institutions professionnelles légales accomplissant une mission de service public du droit disciplinaire. Ils veillent sur le bon respect de la déontologie et contrôlent l'entrée ainsi que l'avancement dans la profession. A cette fin, ils sont dotés de prérogatives de puissance publique leur octroyant une compétence répressive : ils peuvent condamner le professionnel coupable à une suspension ou à une interdiction définitive d'exercice. Les motifs invocables sont : l'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession, l'infirmité ou l'état pathologique, la faute grave. Ainsi, ils défendent l'honneur de la profession en régulant son accès et empêchent l'exercice de services pharmaceutiques de faible qualité.

L'Ordre peut répondre à une plainte de la part d'un patient, d'un médecin, d'un confrère pharmacien ou d'une autorité. Les statistiques disponibles concernent les pharmaciens de toutes sections confondues mais 80% du contentieux ordinal touche les pharmaciens titulaires. Entre 2011 et 2022, environ 30% des plaintes émanaient des présidents ordinaires pour le secteur d'Occitanie (anciennement Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées) (83). Lorsque les patients portent plainte, il s'agit en général d'une demande de compensation financière que l'Ordre ne peut pas permettre puisque cela relève de la responsabilité civile et non disciplinaire.

Sur les 72 plaintes instruites en Occitanie à cette période, seules 27 émanaient de particuliers (patients et autres professionnels de santé). Les plaintes déposées par les ARS ou

les présidents ordinaires résultent de dysfonctionnements et de manquements aux obligations (mauvaise tenue de l'officine, dispensations irrégulières, publicités etc.) Le motif le plus fréquent des plaintes de patients est le refus de délivrance ou de facturation en tiers payant, débouchant généralement sur un rejet car cela s'avérait justifié. Sur les onze années étudiées, un total de six erreurs de délivrance ont fait l'objet de plaintes (dont la moitié par un préparateur ou un étudiant). Les sanctions qui ont été prononcées ne sont pas corrélées à la gravité du préjudice subi par le patient mais à l'attention que le pharmacien a porté dans sa démarche décisionnelle et ses actes pharmaceutiques, témoignant d'une véritable importance des règles de bonnes pratiques et de l'harmonisation de l'exercice. (84)

**98. Précédents juridiques** – Malgré l'antériorité du conseil pharmaceutique lors d'une sollicitation spontanée au comptoir, aucune sanction n'a été prononcée à l'encontre d'un pharmacien pour reconnaissance d'une responsabilité dans l'aggravation/la provocation inattendue d'une pathologie. Aucune jurisprudence n'a été trouvée dans ce sens. La plupart de ces litiges se règlent probablement à l'amiable. Les plaintes déposées auprès du CROP d'Occitanie entre 2011 et 2022 révèlent qu'aucun des pharmaciens concernés n'a fait l'objet d'une condamnation pénale par ailleurs (pas d'information sur les poursuites civiles) (84).

De même, et compte tenu du caractère récent de ses nouvelles missions, la Cour de Cassation et le Conseil d'Etat n'ont pas été amenés à se prononcer sur une question de droit au sujet d'une erreur de prise en charge par le pharmacien. Aucun arrêt connu n'a été rendu à ce jour. Les décisions de juridiction du fond (tribunaux) sont moins accessibles, il faudra attendre encore quelques années pour avoir des données et suffisamment de recul pour analyser les décisions, étant donné les délais d'appel et de pourvoi en cassation.

La responsabilité du pharmacien n'en est, pour autant, pas réduite. Les sanctions peuvent s'estimer au cas par cas en caractérisant les règles de loi et de déontologie enfreintes (exemple : exercice illégal de la médecine, blessures involontaires, rupture de contrat civil avec le patient etc.) Pour prévenir la survenue d'évènements indésirables liés à une prise en charge pharmaceutique, il est primordial d'établir un cadre d'intervention clair et évoluant avec l'état des connaissances en santé.

## CHAPITRE 3 : PISTES D'INTEGRATION DU PHARMACIEN

---

**99. Evolution du système de soins** – En 2023, 47 % des Français déclarent avoir un accès aux soins compliqué, long ou partiel, et 7 % n'avoir aucun accès sur leur zone géographique (85). Les demandes accrues de SNP ont servi de catalyseur pour le renforcement de l'inclusion du pharmacien dans le premier recours. Néanmoins, certains points restent encore insuffisamment exploités ou partiellement adaptés. L'expérimentation de nouveaux dispositifs permet une réflexion autour de modèles de fonctionnement efficaces qui proposent des paramètres organisationnels, formatifs et financiers innovants.

### I. UNE NOUVELLE FORME D'EXERCICE COORDONNE

**100. Evolution du cadre réglementaire** – L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale décrit les axes d'amélioration auquel les nouveaux systèmes doivent répondre : la pertinence et la qualité de la prise en charge, la meilleure coordination des acteurs dans le parcours des usagers, l'efficacité du système de santé et l'amélioration de l'accès aux soins. A l'heure actuelle, l'exercice coordonné n'est reconnu par la loi que sous la forme d'organisations territoriales comme les CPTS, ou les MSP à plus petite échelle. Une évolution du champ réglementaire permettrait de reconnaître OSyS, et ses futures évolutions, comme une forme d'exercice coordonné à part entière. Cela faciliterait son extension dans les régions de désertification médicale où les CPTS sont encore immatures, tout en garantissant la forme d'une coopération entre les médecins et les pharmaciens. Les dispositifs de prise en charge par le pharmacien répondant à un besoin de santé sur un territoire donné, c'est aux ARS qu'incombe leur contrôle. Néanmoins, une participation active des CPTS dans leur organisation territoriale demeure primordiale pour une harmonisation avec l'ensemble de l'offre des SNP sur la zone géographique.

Par ailleurs, au vu des difficultés dans l'application des protocoles de coordination tels qu'ils sont organisés actuellement, ouvrir la possibilité de prises en charge sans délégation médicales (à l'instar de la brûlure mictionnelle et de l'odynophagie) pour des situations bien définies (comme les 13 affections initialement sélectionnées par OSyS) résoudrait les réticences relatives au partage de responsabilités avec les médecins, d'autant plus que la plupart de ces situations cliniques ne requièrent pas la délivrance de médicaments listés contrairement à la

cystite et à l'angine bactérienne. Cela permettrait l'exercice du pharmacien dans un cadre protocolaire validé par les médecins, officialisé et conditionnel à des exigences de formation continue. Ainsi la prise en charge d'une plaie, par exemple, ferait l'objet d'un compte rendu déposé sur le DMP ou envoyé au MT.

**101. Articulation avec le SAS** – Comme étudié dans le paragraphe 21, la filière de MG du SAS constitue un service de régulation médicale pour l'orientation des patients qui formulent une DSNP. Dans une optique de collaboration entre les pharmaciens et les médecins, envisager une articulation entre les deux systèmes de triage pourrait améliorer leur efficacité. Au sein de ce partenariat, le pharmacien constituerait une réponse potentielle à une DSNP par régulation médicale. Le SAS, quant à lui, représente une ressource pour le pharmacien en ce qu'il permet un contact médical vers lequel il peut orienter le patient ou qu'il peut lui-même solliciter.

Si un adressage des patients aux pharmaciens est envisagé, un recensement des officines selon leurs habilitations est nécessaire. L'adressage fera suite à une prescription médicale par ordonnance faxée ou messagerie sécurisée (petites affections, orthopédie, prescription conditionnelle pour les TROD angine sur des enfants de 3 à 10 ans...) ou à une simple orientation (critères d'inclusion du pharmacien). Ce recensement peut également prendre la forme d'une « carte des pharmacies » accessible aux patients afin qu'ils puissent s'orienter de manière autonome. Par ailleurs, de nombreuses pharmacies utilisent *Doctolib* pour la planification des rendez-vous de vaccination ou des entretiens. L'ajout des TROD et des autres compétences faciliterait une éventuelle articulation avec le SAS.

**102. Communication sur le bon usage du SNP** – Différents modèles de communication peuvent être envisagés auprès des patients. Pour la prise en charge par les pharmaciens, les supports de l'expérimentation OSyS se sont limités à des flyers et des affiches exposés dans les pharmacies. Ce mode de communication a unanimement été déclaré insuffisant. Néanmoins, puisque le dispositif est encore à l'essai, les moyens mobilisables se trouvaient restreints et les pharmaciens eux-mêmes montraient certaines réticences par souci de confraternité envers les pharmacies non incluses.

La promotion du bon usage des SNP gagnerait à se faire par le biais d'une diffusion grand public évoquant les alternatives possibles lorsque le MT n'est pas disponible afin d'éviter le recours inapproprié aux urgences. Également, un message typique pourrait être affiché sur les sites de prises de rendez-vous en ligne des MG. En 2018, le député Mesnier suggérait déjà

« une campagne massive d'information » dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux et par insertion dans les bulletins municipaux (3).

Du côté du SAS, le dispositif semble encore être peu connu par les patients et les autres professionnels de santé. Certaines villes comme Albi ont procédé à des communiqués auprès des pharmacies. Une diffusion sur l'usage du service pourrait être envisagée auprès des structures de soins, ainsi qu'une autre plus ciblée auprès des pharmacies si une coopération est envisagée.

**103. Etablissement de protocoles** – L'homogénéisation et la sécurisation du triage étaient des objectifs des expérimentations. Il est essentiel que les arbres décisionnels soient établis avec la collaboration de médecins pour la recherche des signes cliniques relevant d'une prise en charge médicale. Comme pour tout acte à impact de santé public nécessitant un avis expert, la HAS est chargée du contrôle scientifique des protocoles, aucun ne pouvant être mis en place sans son autorisation. L'ARS, quant à elle, est responsable des besoins de santé au niveau régional et s'accorde à valider que ces prises en charge y répondent. Enfin, la reproductibilité et la faisabilité au comptoir sont des caractères essentiels pour assurer une bonne diffusion du dispositif.

## II. UNE FORMATION ADAPTEE

**104. Niveau de compétence du pharmacien** – L'octroi d'une habilitation à la prise en charge exige du pharmacien qu'il fasse preuve d'un niveau de compétence à la hauteur des fonctions qui lui sont confiées. Si sa formation universitaire s'adapte avec agilité aux nouvelles missions, les professionnels déjà diplômés doivent, quant à eux, répondre d'une mise à niveau. En ce que les nouvelles habilitations constituent des réformes de l'encadrement législatif et exigent des moyens structurels adaptés, une forme d'accréditation semble nécessaire. L'obtention de cette accréditation doit faire l'objet d'une implication importante et durable, que ce soit dans l'apprentissage ou la réorganisation de l'activité, qui ne saurait être contrainte à l'ensemble des membres de la profession à l'heure actuelle. Cette extension relève donc d'un engagement personnel.

**105. Prise en charge des formations** – D'un point de vue général, tout professionnel de santé doit suivre un parcours de développement professionnel continu (DPC) par période de

3 ans. Pour les titulaires, elles sont financées par l'ANDPC qui prend également en charge l'indemnisation du temps passé (inscription sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)). Pour les pharmaciens d'officine adjoints, l'Opérateur de Compétences agréé par l'État pour la prise en charge est l'OPCO-EP ([www.opcoep.fr](http://www.opcoep.fr)), la demande doit alors être faite soit par la titulaire soit par l'organisme de formation. Les formations hors DPC peuvent faire l'objet d'un financement de la part du FIF-PL si la demande est faite au plus tard 10 jours après leur réalisation ([www.fifpl.fr](http://www.fifpl.fr)). Les plafonds de prises en charge pour 2024 sont de 1 000 euros par an et 250 euros par semaine (50 % de ces critères pour le e-learning).

**106. Formation aux urgences** – L'activité de triage expose le pharmacien, comme beaucoup d'autres professions de santé en première ligne, à faire face à des urgences vitales. Son niveau de compétence et son devoir de porter secours engagent sa responsabilité dans la gestion de ces situations. Au cours de ses études, il acquiert l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence de niveau 2 dont les compétences tirées peuvent être renouvelées et entretenues en formation continue. En complément, d'autres enseignements ciblés sur les situations fréquentes et les outils de soins dont dispose le pharmacien au sein de son officine sembleraient pertinents. Ces derniers pourraient prendre en compte les événements estivaux (Coupes du monde, festivals pour enfant, concerts...) susceptibles de modifier la nature et le volume de l'affluence. C'est l'idée portée par l'association PUPS et la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris lorsqu'ils ont organisé, avec l'expertise d'un médecin du SAMU, un programme d'éducation dans le cadre des Jeux Olympiques de 2024.

**107. Formation aux SNP** – Outre la gestion des urgences, l'offre de réponse à une DSNP doit aussi respecter des conditions de compétences. Dans le cadre de l'expérimentation OSyS, la formation réglementaire a pris la forme d'une journée (7h) en présentielle qui valide une compétence en « prestation pharmaceutique de premier recours encadrée ». Sont abordés : l'usage des protocoles de triage, la prise en charge encadrée des pathologies sélectionnées, l'utilisation des outils de récolte de données et de traçabilité ainsi que la gestion des événements indésirables liés aux soins. Elle était prodiguée par un pharmacien ou un médecin et fût complétée par un programme de e-learning intégrant les éventuelles mises à jour. Le caractère présentiel a été déploré par certains mais le partage des expériences professionnels a été jugé très instructif. Un format en visioconférence ou une division en deux demi-journées le samedi après-midi pourraient constituer des compromis.



**108. Gestion des événements indésirables** – Bien que le conseil pharmaceutique soit traditionnel, l’officialisation d’une prise en charge par le pharmacien entraîne une extension d’application de ses responsabilités et une augmentation des risques. Ces conséquences doivent faire l’objet d’une surveillance et respecter le cadre d’analyse des événements indésirables associés aux soins proposé par la HAS<sup>11</sup>. Ces deux points devront être inclus à l’enseignement. Le pharmacien titulaire sera responsable de la mise en place d’une démarche de gestion des risques adaptée à cette extension des responsabilités et de sa diffusion au sein de son officine. Conformément aux normes qualité, les dysfonctionnements seront traités sur le principe d’amélioration continue avec des méthodes comme la roue de Deming, recommandant la mise en place de fiches de gestion des incidents, de fiches de procédure et d’amélioration. Le rappel du patient à J3 permet une évaluation de l’issue du triage qui peut être utilisée en ce sens. OSyS a identifié des mesures correctives et préventives grâce à l’étude préliminaire menée par l’expérimentation.

**109. Création d’un diplôme complémentaire ?** – Au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, une réflexion a été faite sur la création d’un statut de « pharmacien avancé », qui désignerait des pharmaciens ayant suivi une formation avancée sur la prescription et l’anamnèse médicale. Elle offrirait un niveau de connaissance approfondi pour les professionnels qui souhaitent s’impliquer davantage dans la gestion des médicaments et des soins aux patients. Si les missions du pharmacien continuaient de s’étendre en France, envisager un tel statut, à l’instar des infirmiers, assurerait un niveau de formation supérieur et universel qui serait plus aisé à réglementer (à l’image d’un DU). Cette ségrégation augmenterait l’hétérogénéité de la profession mais pourrait répondre à un besoin de compétences supplémentaires dans les zones de désertification médicale.

### III. UN SYSTEME ECONOMIQUE EN PLEINE TRANSFORMATION

**110. Modèle économique des pharmacies** – Un tournant économique majeur est enclenché par la convention médicale de 2011 qui introduit la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les médecins et les pharmaciens. En 2015, et pour compenser une baisse considérable de la marge des pharmaciens sur les médicaments, l’Assurance Maladie

---

<sup>11</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2724327/fr/cadre-general-d-evaluation-des-demarches-d-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2724327/fr/cadre-general-d-evaluation-des-demarches-d-analyse-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins)

met en place des « honoraires de dispensation » valorisant son rôle de conseil. Néanmoins, le prix des médicaments remboursables poursuit sa baisse à rythme soutenu. Les nouvelles rémunérations sur la base d'entretiens d'accompagnement (AOD, AVK, asthme), de bilans de médication (plus de 5 molécules prescrites) et de rendez-vous de prévention (à certains âges clés uniquement) entérinent une dissociation de l'activité économique de l'officine avec son activité de vente.

L'exercice professionnel des officinaux s'est vu impacté par ces changements économiques en accord avec l'industrialisation pharmaceutique. Le métier de préparateur en pharmacie, initialement consacré à la réalisation des préparations magistrales qui relèvent aujourd'hui des laboratoires ou des pharmacies spécialisées, est maintenant formé à la délivrance des ordonnances, libérant du temps aux pharmaciens pour les services en contact avec les patients. L'automatisation du stock dans certaines officines a permis un gain de temps considérable pour le développement des autres missions.

Entre les nouveaux modes de rémunération et la diminution de la marge sur les boîtes de médicaments, les officines font face à la transformation de leur modèle économique. Ce modèle suit la pratique du pharmacien qui s'axe sur le patient et les soins de premiers recours. Il devient de plus en plus vital pour les pharmacies de mettre à disposition ces nouvelles compétences.

**111. Rémunération du pharmacien dans les SNP** – La rémunération initiale de OSyS était de 15 euros puis a été réévaluée à 12,50 euros lors de l'extension du dispositif. Depuis la mise en application de l'arrêté du 17 juin 2024, le dépistage de la cystite et celui de l'angine ont leur propre tarif. Le pharmacien peut facturer 10 euros si le TROD fait suite à une prescription conditionnelle ou si le test est négatif, et 15 euros si le patient se présente spontanément à l'officine en débouchant sur la nécessité d'antibiotiques. Ainsi, quatre situations de triages appartiennent encore à OSyS et demeurent avec un modèle de rémunération à 12,50 euros : la conjonctivite, la plaie simple, la brûlure du premier degré et la piqûre de tique. Une évaluation spécifique permettrait de mesurer le taux de consultations médicales et d'arrivées aux urgences évitées pour ces motifs, donc la plus-value financière par l'Assurance Maladie, pour un recalcul.

La rémunération doit se calculer sur la base du temps consacré aux démarches par le pharmacien mais également sur la hauteur du gain organisationnel et budgétaire du système de santé. En outre, une estimation plus fine inclurait les patients qui ont été traités/orientés par le

pharmacien alors qu'ils comptaient attendre ou s'automédiquer, l'intervention du pharmacien ayant empêché une évolution défavorable de leur affection qui aurait pu entraîner une réelle nécessité d'hospitalisation ou mobiliser des ressources sanitaires plus lourdes. En effet, la conséquence première des difficultés d'accès aux soins est la perte de chance du patient.

Par ailleurs, si une collaboration est mise en place avec le SAS, la prise en charge d'un patient adressé par un médecin régulateur pourrait faire l'objet d'une majoration en ce qu'elle a constitué une alternative à une consultation médicale. Cette majoration ne serait pas applicable si le médecin a établi une prescription ou si l'issue du TROD nécessite une consultation médicale. Elle serait calculée d'après le niveau d'efficience estimé pour cette nouvelle voie d'orientation (économies réalisées par l'Assurance Maladie et amélioration de l'accès aux soins). A l'instar des MG effecteurs, elle pourrait être soumise à des conditions : la pharmacie devra recenser les services pour lesquels elle est compétente, assigner au moins un pharmacien habilité sur l'intégralité de ses heures d'ouverture pour une offre continue, et éventuellement établir une limite annuelle du nombre de prises en charge pouvant faire l'objet de cette majoration.

**112. Modalités de rémunération** – Les modalités de rémunération définitives devront être inscrites sur la liste prévue dans l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale et pourraient comprendre : la prise en charge par le pharmacien, la majoration de la prise en charge pharmaceutique à la suite d'un adressage par le SAS, la majoration de la consultation médicale en cas d'impact sur l'activité des MG. Conformément au même article, elle peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou à des conditions particulières de réalisation. Aucun acte similaire ne pourra être facturé en sus du triage par le pharmacien (ex : triage + réalisation du TROD) excepté le traitement délivré le cas échéant. La demande d'inscription de la prestation est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour avis de la HAS portant sur l'évaluation du service attendu. Le taux de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire peut être aligné sur le modèle des dépistages de la cystite et de l'angine (70% pour l'acte de triage et taux habituels pour les médicaments délivrés).

Afin de faciliter l'accès aux soins et de limiter les consultations médicales pour la simple rédaction d'une ordonnance, la prise en charge des dispositifs médicaux et médicaments remboursables d'autres situations de triage pourrait être envisagée. En effet, une étude IMS Health chiffre à 690 millions d'euros le coût des consultations médicales pour obtenir la

prescription d'un traitement courant (3). En revanche, l'achat des spécialités non remboursées demeurera aux frais du patient comme dans une situation de conseil traditionnel.

**113. Contrats assurantiels** – La transformation de l'activité des médecins et des pharmaciens induit un changement dans les taux de risques qu'ils encourent, le pharmacien par l'extension de ses responsabilités légales et le MG par l'augmentation des situations cliniques complexes. A l'heure actuelle, les assurances couvrent l'ensemble des actes répondant aux deux professions en tant qu'ils sont effectués selon l'Art. Si les risques évalués augmentent significativement, il est probable que cela affecte les contrats assurantiels par une modification des modalités de couverture ou une augmentation des tarifs. Pour rappel, l'adhésion à ces contrats est rendue obligatoire par l'article L251-1 du Code des Assurances.

Du côté des Complémentaires santé des patients, des négociations pourraient permettre une prise en charge forfaitaire étendue sur les médicaments et dispositifs médicaux non remboursés mais délivrés dans le cadre de protocoles de triage.

## CONCLUSION GENERALE

**114. L'urgence du système de santé** – *L'urgence*, il n'existe pas de mots dont la définition est plus variable selon l'entité qui l'emploie. Que l'on s'adresse à un service hospitalier, à un professionnel de ville ou à un patient, chacun évoque un degré relatif à son référentiel : une urgence absolue, une urgence relative et une urgence ressentie. En l'absence de termes pour la nuancer avec précision, des classifications spécifiques ont permis sa cotation. La CCMU 1, caractérisant l'affection bénigne par excellence ou *bobologie*, est rapidement devenue synonyme de « passage évitable » dans la littérature, un mode d'arrivée spontané et inadapté. Ces passages génèrent un déficit budgétaire pour le Directeur de l'Etablissement de santé, des frais qui s'élèvent jusqu'à deux cents euros par usager pour la CNAM et une pression continue sur un personnel soignant déjà en tension. Pourtant, beaucoup s'y présentent parce qu'ils n'y voient pas d'autres alternatives, faisant de « l'absence du MT » un motif fréquemment invoqué.

**115. La Demande de Soins Non Programmés** – Ces patients, plutôt qu'une urgence, formulent en réalité une DSNP : une demande de consultation sous 24 à 48 h en médecine générale, dont la prise en charge ne peut être ni anticipée ni retardée. L'augmentation des pathologies chroniques engendre un volume important de « soins programmés » dont le mode de prise de rendez-vous en ligne soulève la question de l'égal accès aux soins. Associée à la diminution de la démographie médicale, nous observons une saturation des agendas des médecins qui ne laisse que peu de place aux SNP.

La distinction entre médecine de ville et urgences hospitalières devient trouble à cause d'un mauvais usage de plus en plus fréquent. Cela démontre la nécessité d'un service qui articule ces deux entités, accessible à tous, et facilitant l'orientation des patients.

**116. Le Service d'Accès aux Soins** – Après une phase pilote, plusieurs SAS voient le jour sur le territoire, couvrant près de 80 % de la population et réduisant la charge de travail de 15 % aux urgences. Ils naissent sous la forme d'une convention ou d'un groupement de coopération sanitaire entre le SAMU, les associations de PDSA (nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés) et les associations de médecins régulateurs libéraux (journée et samedi matin).

Pour joindre le SAS, le patient compose le 15 ou le 116-117. Le premier décroché se fait avec un ARM qui peut déclencher l'intervention directe du SMUR, solliciter la filière d'AMU ou la filière de médecine générale. Si le patient formule une DSNP, il débouche sur une nouvelle fonction créée avec le SAS : l'OSNP. Cet acteur intervient après la régulation par un MG libéral et se charge de prendre rendez-vous pour le patient grâce à une plateforme numérique propre au service qui recense l'ensemble des MG disponibles sur le territoire.

Pour pallier la pénurie croissante de MG et, en conséquence, de médecins effecteurs, l'intégration du pharmacien dans les SNP semble une solution efficiente préservant le parcours de soin du patient. Une articulation entre le SAS et les pharmacies pourrait être envisagé dans un cadre collaboratif plus poussé.

**117. Un contexte propice aux changements** – Le rapport Nuffield de 1986 est le premier à manifester que le pharmacien est une main-d'œuvre trop instruite pour uniquement dispenser des prescriptions, décrivant davantage l'officine comme un centre de santé qui pourrait offrir un large éventail de services. Les compétences cliniques du pharmacien, son maillage territorial, son accessibilité et ses amplitudes horaires larges font de lui un candidat idéal pour une coopération avec les médecins dans le cadre des SNP.

Alors que le Royaume-Uni, la Suisse et le Canada font face aux mêmes problématiques de santé, tous mettent à l'essai des dispositifs innovants qui ouvrent aux pharmaciens la possibilité de prendre en charge de petites affections de manière encadrée. Les résultats sont plus que favorables, avec un regain de capacité pour les médecins et une excellente satisfaction des patients. Le recul permis par leur antériorité offre une analyse exhaustive et inspire un dispositif semblable en France : OSyS. Six protocoles majeurs sont donc à l'essai jusqu'en janvier 2025 : la conjonctivite, la plaie simple, la brûlure du premier degré, la piqûre de tique, la pollakiurie et l'odynophagie.

Les dispositifs ont permis une reconnaissance des compétences du pharmacien, débouchant sur une rémunération longtemps attendue, et permettent une sécurisation de son triage grâce à des arbres décisionnels établis en collaboration avec des médecins.

**118. Paramètres pour une évolution pérenne** – L'attribution de nouvelles habilitations au pharmacien doit se faire dans un cadre réglementaire et formatif approprié pour assurer la qualité et la sécurité sa pratique. En outre, parmi les écueils rencontrés, une grande partie se rapportait au partage des tâches entre les MG et les pharmaciens. Néanmoins, le statut du

médecin et le lien MT-patient ont été préservés dans les études, ce qui a rassuré certains professionnels.

Les réformes du système de santé ne doivent pas se faire aux dépens de l'attractivité des professions qui le constituent. Un juste équilibre dans la rémunération, la nature et le volume des activités doit être trouvé pour une évolution pérenne. Le rapport du sénat de 2014 relatif à la coopération entre les professionnels de santé énonçait déjà la phrase suivante (86) :

« La question de l'évolution des rôles des professions de santé a longtemps buté sur des questions de sémantique et de susceptibilité, ou sur une vision qui tendait à distinguer les professions au lieu de les rapprocher dans l'objectif commun de prise en charge du malade. »

Le développement de l'exercice coordonné a une forte conséquence sur la rupture de cette logique, visible par les coopérations étroites qui continuent de se former à ce jour. Il est primordial que les pharmaciens n'aient pas une activité indépendante et que les MG participent aux ententes qui se forment entre les cabinets et les officines.

**119. Perspectives** – Alors que la France a connu dernièrement la fermeture de près de 2 000 pharmacies en l'espace de 20 ans, la valorisation de missions qui y sont déjà effectives pourrait stopper cette évolution dégressive et apporter le cadre réglementaire attendu par leurs congénères. Cette officialisation de la place du pharmacien en premier recours permettrait ainsi de préserver l'atout que constitue le maillage officinal.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. **Cour des comptes.** *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014.* septembre 2014.
2. **Cour des comptes.** *Rapport public annuel 2019 : les urgences hospitalières.* février 2019.
3. **Mesnier T.** *Assurer le premier accès aux soins.* Paris : Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, mai 2018.
4. **Emmanuel Macron.** Allocution du 17 avril 2023. *Elysée.* [En ligne] <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/04/17/adresse-aux-francais-2>.
5. **UNPF.** Pour désengorger les urgences, n'oubliez pas les pharmaciens. [En ligne] 21 avril 2023. <https://www.unpf.eu/actualites/actualites/pour-desengorger-les-urgences-noubliez-pas-les-pharmaciens>.
6. **Coppoletta R. et al.** *Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ?* s.l. : DREES, février 2014. (866).
7. **Fabien M.** *Identification des consultations évitables dans la structure d'Urgence du CH de Périgueux pour les patients adressés par les MG.* s.l. : Université de Bordeaux, 2021.
8. **Valette P.** Quelle plateforme pour quelles urgences ? *Journal Européen des Urgences et de Réanimation.* juil 2022, 34.
9. **Gouyon M, Collet M.** *Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine.* s.l. : DREES, nov 2007. 607.
10. **Fourestier V. et al.** Classification clinique des malades des urgences : définition et reproductibilité. Association Pour La Recherche Aux Urgences. *Réanimation Urgences.* 1994, Vol. 3, Issue 5.
11. **Gautreau E.** Pourquoi on ne peut pas dire que 20% des passages aux urgences sont inappropriés ? *Franceinfo.* [En ligne] oct 2019.
12. **Fedoru.** Activité des Services d'urgences : chiffres clés de 2022. *Fedoru.fr.* [En ligne] Juil 2023. <https://fedoru.fr/chiffres-cles-urgences-2022>.



13. **APMnews**. Service d'urgence : l'activité en augmentation de 7,3% en 2022 (données FEDORU). *SFMU*. [En ligne] 12 avril 2023.
14. **Carrasco V., Baubeau D.** *Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale*. s.l. : DREES, janv 2003.
15. **Williams RM.** The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med*. 334(10):642-6, 1996.
16. **Commission des affaires sociales.** *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*. s.l. : Sénat, 26 juil 2017. Rapport d'information n° 685.
17. **Howard et al.** Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *J Emerg Nurs*. (5):429-35, 31 oct 2005.
18. *Hôpital de Eu : il faut désormais appeler le 15 avant d'aller aux urgences*. **Farcy L.** actu.fr : L'Informateur d'Eu, 29/03/2024 à 15:55.
19. *Hôpital de Perpignan : pourquoi il est désormais obligatoire d'appeler le 15 pour accéder aux urgences*. **Andreu A.** s.l. : L'indépendant, 03/04/2024 à 19:06.
20. **DREES.** *Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ?* Paris : s.n., juil 2024. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/ER1305EMB.pdf>.
21. **H. Chaput et al.** *Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés*. s.l. : DREES, 22 janv 2020 . n°1138.
22. **J. Stagnara.** Urgences pédiatriques et consultations non programmées : enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. *Archives de Pédiatrie*. Fev 2004, Vol. 11, Issue 2.
23. **Ellouze S. et al.** Facteurs associés à la prise de rendez-vous en ligne pour une consultation de médecine générale. *Santé Publique*. 2018, Vol. 30, 3.
24. *Près de 80% de la population est couverte par un SAS*. **G. Lang.** Paris : APMnews, 30 janv 2024.

25. *Comment optimiser le service d'accès aux soins (SAS) ?* **Cofard J.** s.l. : Medscape, avr 2024.

26. **URPS médecin d'Occitanie.** Le service d'accès aux soins de Haute-Garonne sur les rails. [En ligne] 20 sept 2021. <https://www.medecin-occitanie.org/>.

27. **Davin-Casalena B. et al.** *Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant.* s.l. : DREES, mai 2023. 1267.

28. *Une déclaration administrative de médecin traitant n'est pas synonyme d'un suivi par un médecin généraliste : étude descriptive.* **Rochoy M. et al.** 1, s.l. : Journal of Epidemiology and Population Health, Mars 2024, Vol. 72. 202350.

29. **Delelis F. et al.** *Mission d'accompagnement à la généralisation des SAS.* s.l. : Ministère de la santé, Déc. 2023.

30. **Pantel G.** *Proposition de loi tendant à préserver l'accès aux pharmacies dans les communes rurales.* Paris : Sénat, 3 avr. 2024. 502.

31. **Ordre national des pharmaciens.** S'informer sur les métiers de la pharmacie. [En ligne] juin 2022. <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/etudiant/s-informer-sur-les-metiers-de-la-pharmacie>.

32. *Etudes de santé : le temps des réformes. Chapitre 20 : La formation de pharmacien.* **Woronoff-Lemsi et al.** s.l. : Presses universitaires François-Rabelais, 2021.

33. **Métayer R.** Dispositif d'urgence en situation de crise sanitaire : application d'un régime dérogatoire au pharmacien d'officine. *Médecine & Droit.* août 2020, Vol. 2020, 163.

34. **Paitraud D.** Choléra à Mayotte : déploiement d'un dispositif de dépistage avec TROD. *VIDAL.* [En ligne] mars 2024.

35. **Clausener M.** Premiers secours : une formation officinale aux urgences pour les JO 2024. *Le Moniteur des pharmacies.* mars 2023.

36. **C. Savanovitch et al.** « Interventions Pharmaceutiques À propos du Dossier pharmaceutique et de l'AutoMédication » : expérience des équipes officinales et ressenti des patients. *Annales Pharmaceutiques Françaises.* sept 2018, Vol. 76, 5.

37. **Avenir Pharmacie.** *Le pharmacien, premier interlocuteur santé du public.* s.l. : PharmagoraPlus, mars 2018.

38. **Bardet. J-D et al.** Physicians and community pharmacist collaboration in primary care : a review of specific models. *Research in social and administrative pharmacy*. 11, 2015.

39. *Mon Espace santé : un déploiement spectaculaire.* **Vandendriessche M.** s.l. : Le Moniteur des pharmacies.fr, fev 2024.

40. **Tassain F.** Un homme poignardé déposé devant une pharmacie. *Le Quotidien du pharmacien*. [En ligne] mai 2024. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/un-homme-poignarde-depose-devant-une-pharmacie>.

41. **Doussot C.** Paris : un pharmacien sauve la vie d'un soldat victime d'un œdème. *Le Parisien*. [En ligne] avr 2024. <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-un-pharmacien-sauve-la-vie-dun-soldat-victime-dun-oedeme-03-04-2024-P345AJR3LRF77FZXCIKCEIEGYA.php>.

42. *Santé connectée: fermeture des cabines de téléconsultation H4D en France.* **Le spécialiste**. 16 oct 2024.

43. "C'est un mythe de penser que les sociétés de téléconsultation gagnent beaucoup d'argent sur le dos des médecins". **Bonin S.** France : Egora, janv 2024.

44. **Tallier A.** *Pharmacien et premiers soins à l'officine*. s.l. : Sciences pharmaceutiques, 2022. dumas-03929943.

45. *Enseignement magistral : Les envenimations.* **Coste A., Authier H.** Toulouse : Faculté de Pharmacie, 2023.

46. *Enseignement magistral : Proctologie.* **Staumont G.** Toulouse : Faculté de Pharmacie, 2023.

47. *Enseignement magistral : Sémiologie en gastro-entérologie.* **Muller C.** Toulouse : Faculté de Pharmacie, 2024.

48. *Enseignement magistral : Les intoxications.* **Boutet E.** Toulouse : Faculté de pharmacie, 2024.

49. **Gouyon M., Labarthe G.** *Les recours urgents ou non programmés en médecine générale*. s.l. : DREES, mars 2006. 471.

50. **Gouyon M.** *Les urgences en médecine générale*. s.l. : DREES, avr 2006. 94.

51. **Wu JY. et al.** Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ*. sept 2006, Vol. 333(7567), 522.

52. **Ministère de la santé et de la prévention.** *Avis actualisé du Comité technique de innovation en santé sur le projet d'expérimentation « Orientation dans le système de soins (Osys) » portant sur la restructuration du parcours de soins ET la dispensation pharmaceutique encadrée.* juin 2023.

53. —. *Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur l'extension de l'expérimentation « Orientation dans le système de soins (Osys) » portant sur la restructuration du parcours de soins et la dispensation pharmaceutique encadrée.* août 2023.

54. **Pharma Système Qualité.** Cahier des charges Osys (version 7.4). *ARS Bretagne*. [En ligne] mai 2023. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/media/110766/download?inline>.

55. **URPS Pharmacien Occitanie.** Expérimentation OSYS. [En ligne] janv 2024. <https://www.urpspharmaciens-occitanie.fr/actions/experimentation-osys>.

56. **ARS Bretagne.** Prise en charge des "petits maux" par les pharmaciens : l'expérimentation reconduite et bientôt étendue. [En ligne] juil 2023. <https://www.bretagne.ars.sante.fr/prise-en-charge-des-petits-maux-par-les-pharmaciens-lexperimentation-reconduite-et-bientot-etendue>.

57. **Bonte M.** Premier recours à l'officine : la preuve par OSyS. *Le Quotidien du pharmacien*. mars 2023.

58. *Point sur l'expérimentation ART 51 OSYS.* **Costeodat M.** Caen : Présentation OMEDIT, juin 2023.

59. **Long S.** Prise en charge des patients en officine : « Certains médecins ne comprennent pas la démarche ». *Le Quotidien du médecin*. mai 2022.

60. **Guyard C.** La « bobologie », c'est pour la pharmacie ! *Le point*. mai 2022.

61. **Do Marcolino E.** Expérimentation OSyS en Occitanie : 40 pharmacies vont pouvoir prendre en charge six pathologies courantes. *Midi Libre*. janv 2019.

62. *Projet OSyS : la CN URPS Médecins Libéraux soutient la poursuite de l'expérimentation telle que prévue par le cadre de l'article 51 (Communiqué). Conférence nationale des URPS Médecins Libéraux.* déc 2022.

63. *Ce pays où les pharmaciens trient les patients et où les médecins consultent à distance.* **Pandelé Y.** s.l. : Les Généralistes CSMF, avr 2019.

64. **Pharma-info.** netCare. [En ligne] consulté en oct 2024. <https://www.netcare.pharma-info.ch/?lang=fr>.

65. **PharmaSuisse.** Pas de médecin ? La pharmacie netCare a la solution. *Brochure d'information netCare.* [En ligne] consulté en oct 2024. [https://www.pharmacie-vonrotten.ch/media/21046/netcare\\_brochure\\_dinformation.pdf](https://www.pharmacie-vonrotten.ch/media/21046/netcare_brochure_dinformation.pdf).

66. **Erni P. et al.** netCare, a new collaborative primary health care service based in Swiss community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* juil 2016, Vol. 12, 4.

67. **Stämpfli D.** Assessment of minor health disorders with decision tree-based triage in community pharmacies. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* mai 2022, Vol. 18, 5.

68. *Consultations à distance depuis des pharmacies.* **Aubert L.** Suisse : Tribune de Genève, janv 2012. DOI: 10.53738, REVMED.2012.8.324.0143.

69. **Deenah M. et Gogna N.** *Pharmacy first - Liberating capacity.* Angleterre : NHS, fev 2015.

70. **NHS England.** Quarter of a million more seen by GPs in the East of England during October as costs of “no-shows” revealed. [En ligne] dec 2023. <https://www.england.nhs.uk/east-of-england/2023/12/08/quarter-of-a-million-more-seen-by-gps-in-the-east-of-england-during-october-as-costs-of-no-shows-revealed/>.

71. **Rutter P. et Barnes N.** Facilitating self-care through community pharmacy in England. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy.* mars 2024, Vol. 13, 100404.

72. **Community Pharmacy England.** Pharmacy First service. [En ligne] oct 2024. <https://cpe.org.uk/national-pharmacy-services/advanced-services/pharmacy-first-service/>.

73. *Entrée en Vigueur de la Loi 41. Ordre des pharmaciens du Québec.* 1, Québec : L'interaction, 2015, Vol. 5.

74. **Groleau A., Nadeau-Blouin MB. et Michiels Y.** Évolution des missions des pharmaciens québécois avec la “Loi 41”. *Actualités Pharmaceutiques.* juin 2016, Vol. 55, 557.

75. **Ordre national des pharmaciens du Québec.** Deux ans après l’entrée en vigueur de la Loi 41 : déjà plus de 710 000 services offerts à la population. [En ligne] juin 2017. <https://www.opq.org/blogue/deux-ans-apres-lentree-en-vigueur-de-la-loi-41-deja-plus-de-710-000-services-offerts-a-la-population/>.

76. *Des visites aux urgences évitées grâce au pharmacien du coin.* **Touzin C.** Québec : La Presse, sept 2018.

77. **House of Lords.** Pharmacie : Nuffield Foundation Report. *UK Parliament.* [En ligne] juin 1986. <https://api.parliament.uk/historic-hansard/lords/1986/jun/04/pharmacy-nuffield-foundation-report>. vol 475 cc1026-57.

78. **Child D. et Cantrill A. J.** Hospital doctors perceived barriers to pharmacist prescribing. *The international journal of pharmacy.* déc 1999, 7:230-7.

79. **Gidman W. et Cowley J.** A qualitative exploration of opinions on the community pharmacists’ role amongst the general public in Scotland. *International Journal of Pharmacy Practice.* 2013, 21.

80. **Ordre des pharmaciens.** Code de déontologie. *Code de la santé publique.* [En ligne] juil 2009. <https://www.calameo.com/read/0024493953009f087bf17>.

81. **Collège des pharmaciens.** La responsabilité professionnelle du pharmacien. [En ligne] déc 2022. <https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/la-responsabilite-professionnelle-du-pharmacien/>.

82. **Rédaction.** Loir-et-Cher : un pharmacien condamné pour avoir détourné 656.000 euros. *La Nouvelle République.* août 2024.

83. **Taboulet Florence et Juillard-Condat Blandine.** Déontologie, action disciplinaire et ordre juridique pharmaceutique officinal. *Panorama de droit pharmaceutique.* 2024, 11.

84. **Taboulet F. et Medard E.** La justice disciplinaire des pharmaciens d’officine : analyse de la jurisprudence d’Occitanie. *Revue droit & santé.* 2023, 115.

85. **Ros E.** [Sondage] - Les Français et le système de santé. *Institut Montaigne*. [En ligne] nov 2023. <https://www.institutmontaigne.org/expressions/sondage-les-francais-et-le-systeme-de-sante-0>.

86. **Genisson C. et Milon A.** *Coopération entre professionnels de santé*. Paris : Comission des affaires sociales du sénat, janv 2014. 318.

## *Serment*

*Je jure et promets devant Dieu, Auteur et Créateur de toutes choses, que j'observerai de point en point tous ces articles suivants.*

*D'aimer et d'honorer mes parents le mieux qu'il me sera possible.*

*D'honorer, respecter et faire service, en tant qu'en moi sera, non seulement aux Docteurs, Médecins qui m'auront instruit en la connaissance des préceptes de la Pharmacie, mais aussi à mes Précepteurs et Maîtres-Pharmaciens sous lesquels j'aurai appris mon métier.*

*De ne médire d'aucun de mes Anciens Docteurs, Maîtres-Pharmaciens ou autres, quels qu'ils soient.*

*De rapporter tout ce qui me sera possible pour l'honneur, la gloire, l'ornement et la majesté de la Médecine.*

*De ne faire rien témérairement sous espérance de lucre tant seulement.*

*De ne toucher aucunement aux parties honteuses et défendues, que ce ne soit par grande nécessité, c'est-à-dire lorsqu'il sera question d'appliquer dessus quelque remède.*

*De ne donner jamais à boire aucune sorte de poison à personne et ne conseiller jamais à aucun d'en donner, non pas même à ses plus grands ennemis.*

*De n'essayer jamais de faire sortir le fruit hors du ventre de sa mère, en quelque façon que ce soit, que ce ne soit par avis du Médecin.*

*D'exécuter de point en point les ordonnances des Médecins sans y ajouter ou diminuer, en tant qu'elles seront faites selon l'Art.*

*De désavouer et fuir comme la peste la façon de pratiquer scandaleuse et totalement pernicieuse, de laquelle se servent aujourd'hui les charlatans empiriques et souffleurs d'alchimie, à la grande honte des Magistrats qui les tolèrent.*

*De donner aide et secours indifféremment à tous ceux qui m'emploieront.*

*Et finalement de ne tenir aucune mauvaise et vieille drogue dans ma boutique.*

*Le Seigneur me bénisse toujours, tant que j'observerai ces choses.*

*Que les Hommes m'accordent leur estime si j'y suis fidèle. Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*



## **ANNEXES**

# ANNEXE I : ALGORITHMES DECISIONNELS ANNEXÉS

## AU JORF DU 18 JUIN 2024

18 juin 2024

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 14 sur 96

Fait le 17 juin 2024.

*Le directeur général de la santé,*  
G. EMERY

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
P. PRIBILE

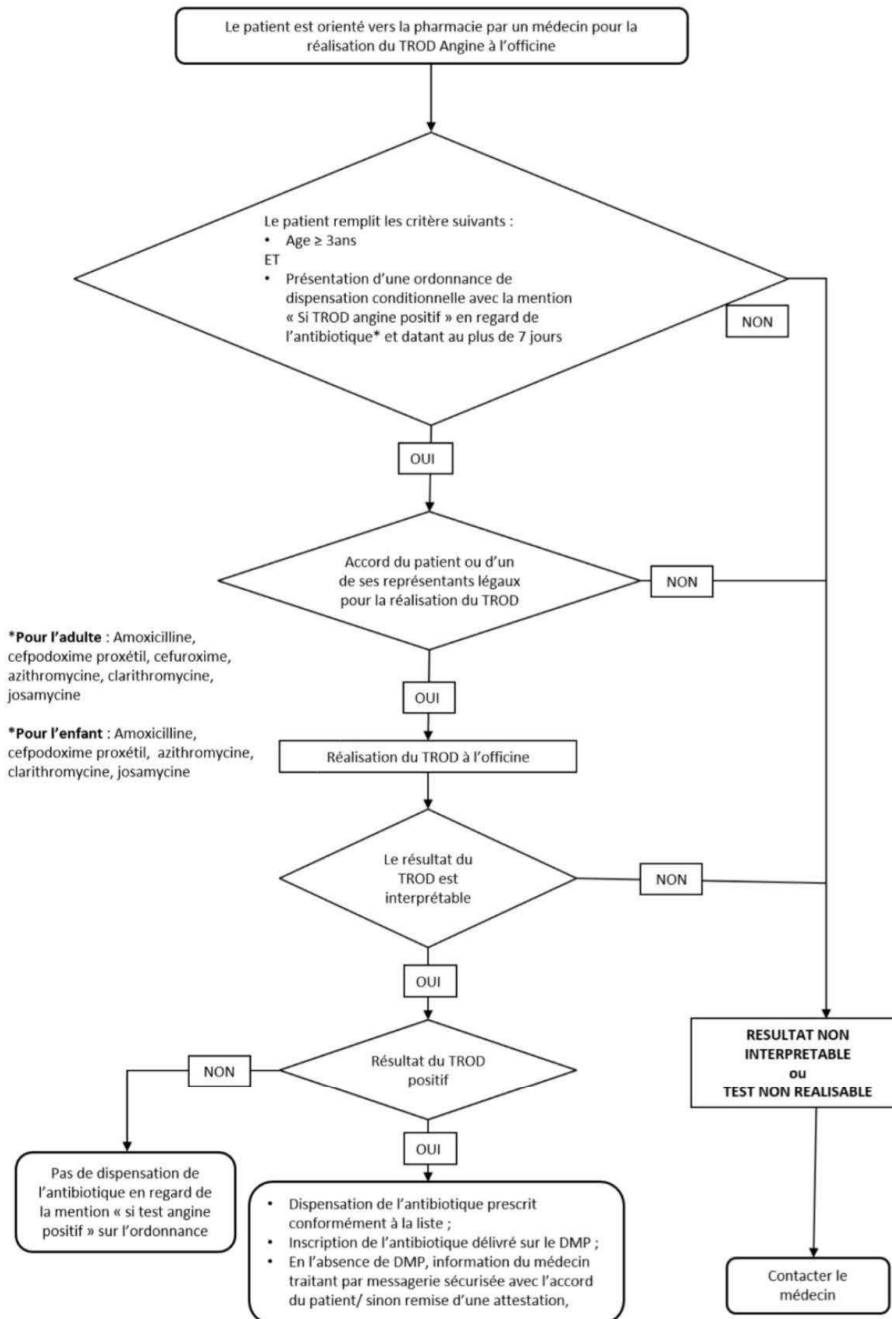
### ANNEXES

#### ANNEXE I

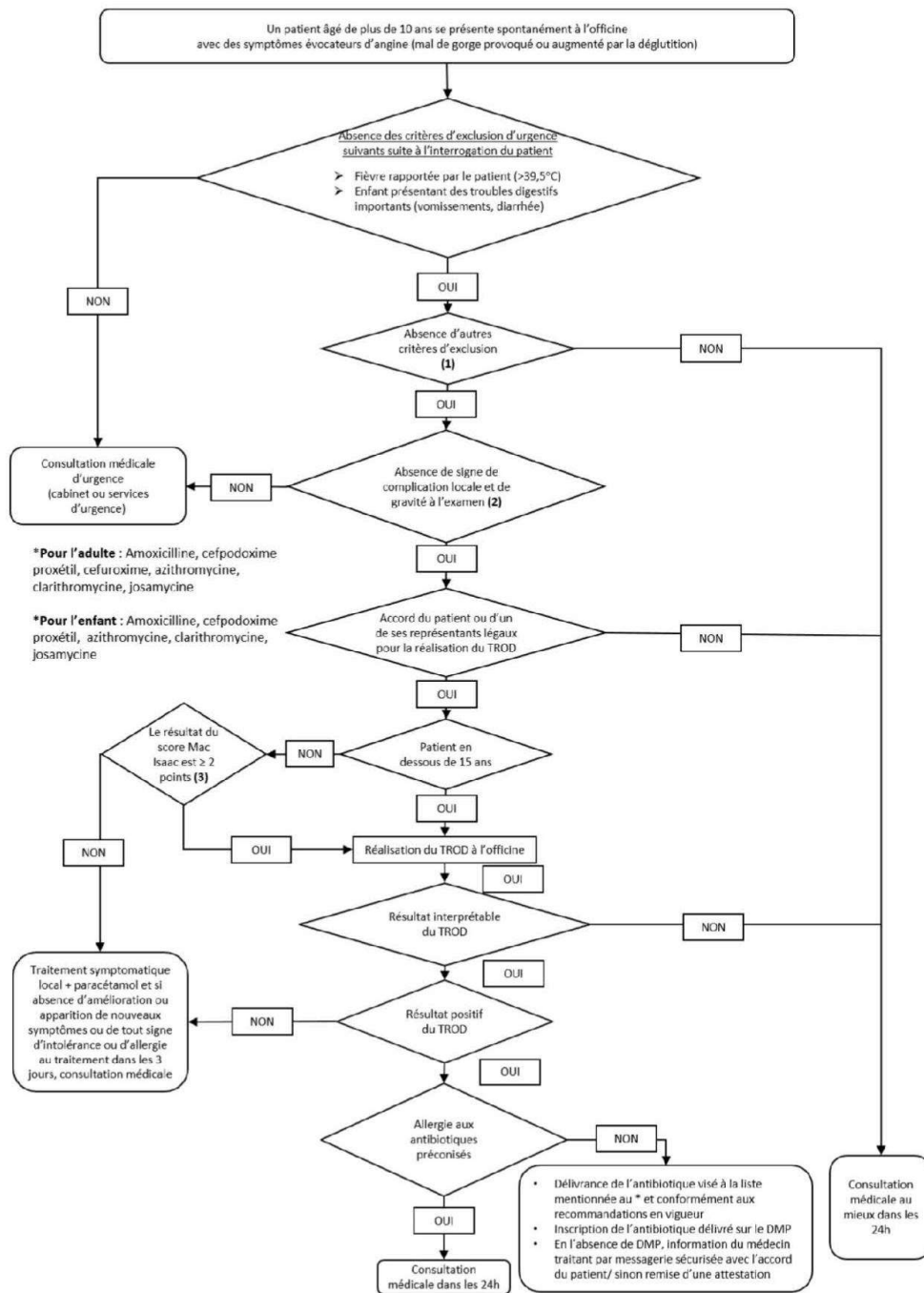
Lorsqu'un patient se présente à l'officine avec un mal de gorge, deux situations sont possibles :

- soit le patient est orienté vers la pharmacie par un médecin pour la réalisation du test rapide oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A, dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle (logigramme 1) ;
- soit le patient se présente spontanément, sans consultation médicale préalable, et est directement pris en charge par le pharmacien dès lors qu'il est âgé de 10 ans ou plus (logigramme 2).

*Logigramme 1* : « Personne orientée vers la pharmacie par un médecin pour la réalisation du test rapide oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle »



**Logigramme 2 : « Personne âgée de plus de 10 ans se présentant spontanément à l'officine avec des symptômes évocateurs d'angine »**



**(1) Autres Critères d'exclusion :**

- recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées en l'absence de dossier médical disponible ;
- patient de moins de 10 ans ;
- éruption cutanée associée chez un enfant (moins de 15 ans) ;
- durée d'évolution des symptômes > 8 jours ;
- retour de voyage en pays tropical depuis 2 à 5 jours et vaccination antidiphthérique non à jour ou non renseignée ;
- grossesse avérée ou non exclue ;
- immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, immunosuppresseurs, chimiothérapie, carbimazole, méthimazole ou dérivé prescrit pour hyperthyroïdie) ;
- insuffisance rénale sévère rapportée par le patient ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/mn/1.73m<sup>2</sup> selon CKD-EPI, débit de filtration glomérulaire (DFG) < 40 ml/mn/1.73m<sup>2</sup> selon CKD-EPI (cefepodoxime) ;
- antibiothérapie en cours pour une autre raison ;
- épisode similaire dans les 15 jours précédents ;
- patient vu pour la 3<sup>e</sup> fois pour odynophagie par un pharmacien depuis 6 mois sans avoir vu son médecin traitant ;
- contre-indication à l'utilisation des spécialités à base des principes actifs suivants : amoxicilline, céfuroxime, cefepodoxime, azithromycine, clarithromycine et josamycine conformément au résumé des caractéristiques du produit (RCP) des autorisations de mise sur le marché ;
- port d'un cathéter veineux implanté ;
- doute du pharmacien.

**Questions à poser dans le cadre de la vérification de l'éligibilité :**

Quelles maladies ou interventions chirurgicales avez-vous ou avez-vous eues ?

Avez-vous des allergies (notamment aux pénicillines) ou des intolérances médicamenteuses ? Si oui, lesquelles ?

Des traitements médicamenteux vous sont-ils prescrits actuellement ? Si oui, lesquels ?

Un événement marquant de santé vous a-t-il affecté depuis un an ?

Souhaitez-vous me signaler un autre point concernant votre santé ?

La traçabilité sur la non-réalisation du test est faite.

**(2) Recherche de signes de complication locale et de gravité à l'examen endo-buccal dont signes évoquant un phlegmon de l'amygdale :**

- température mesurée par le pharmacien > 39,5° ;
- altération franche des constantes : Pression Artérielle Systolique <90 mm hg ou Fréquence Cardiaque > 110/mn ou Fréquence Respiratoire > 20/mn ;
- difficulté respiratoire ou pour parler ;
- trismus (limitation de l'ouverture buccale) ;
- hyper salivation ;
- cervicalgie ou torticolis limitant les mouvements de la tête.

**(3) Score Mac Isaac :**

Absence de toux +1 pt ;

Adénopathies cervicales antérieures sensibles +1 pt ;

Température > 38° +1 pt ;

Atteinte amygdalienne (enflure ou exsudat) +1 pt ;

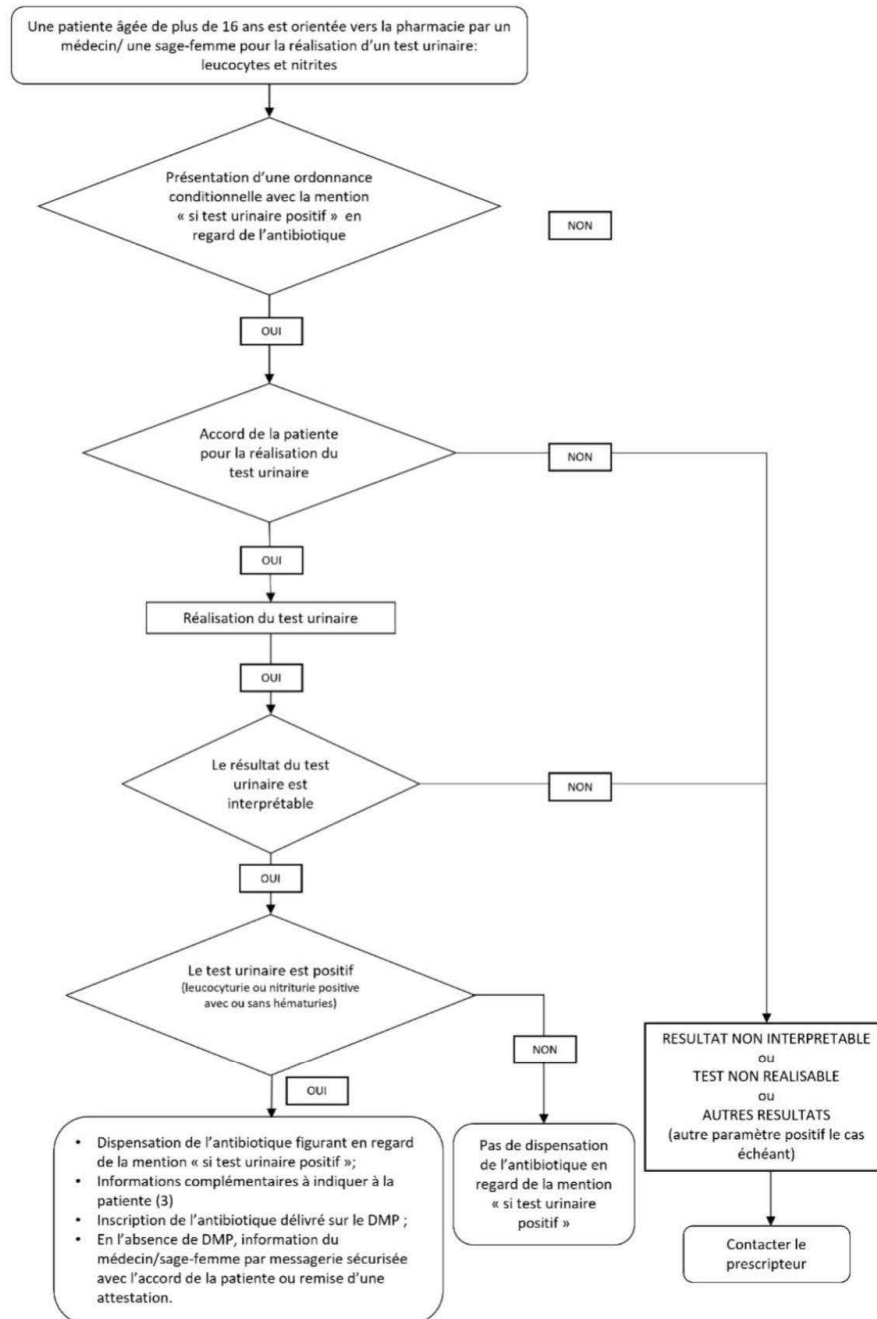
Age > 50 ans - 1 pt.

## ANNEXE II

Lorsqu'une patiente âgée de 16 à 65 ans se présente à l'officine avec des symptômes évocateurs de cystite aiguë simple, d'apparition récente (pollakiurie et brûlures mictionnelles non fébrile) :

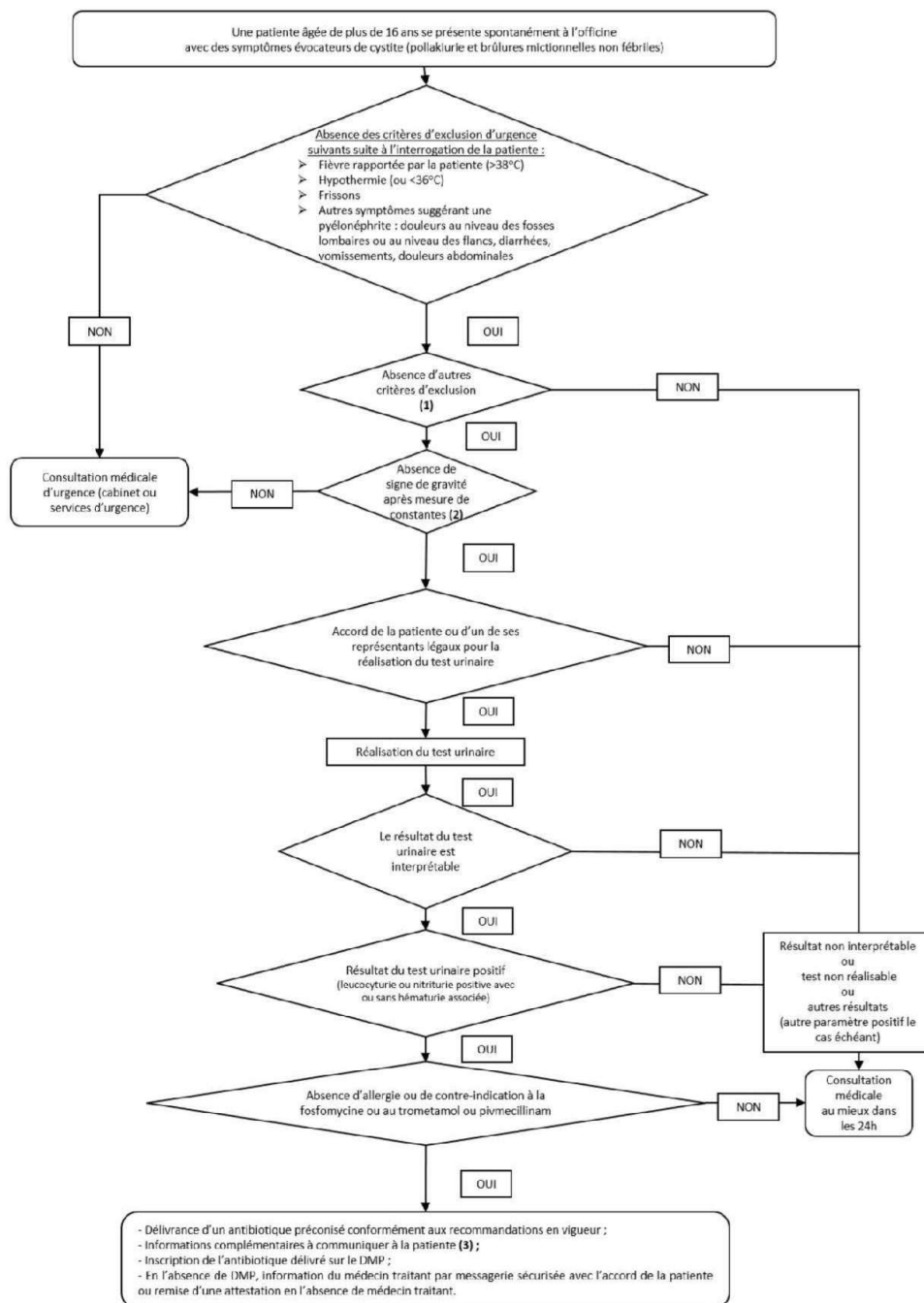
- soit la patiente âgée de 16 à 65 ans est orientée vers la pharmacie par un médecin ou une sage-femme pour la réalisation du test urinaire d'orientation diagnostique de recherche *a minima* de nitriturie et leucocyturie dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle (logigramme 3) ;
- soit la patiente âgée de 16 à 65 ans, se présente spontanément, sans consultation médicale préalable, et est directement prise en charge par le pharmacien (logigramme 4).

*Logigramme 3* : « Personne orientée vers la pharmacie par un médecin ou une sage-femme pour la réalisation du test urinaire d'orientation diagnostique de recherche *a minima* de nitriturie et leucocyturie dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle »





Logigramme 4 : « Patiente âgée de 16 à 65 ans se présentant spontanément à l'officine avec des symptômes évocateurs de cystite »





# ANNEXE II : SITUATIONS CLINIQUES RECONNUES COMME ADAPTEES A UN USAGE EN PMF

## ANNEXE I

### LISTE DES INDICATIONS/PATHOLOGIES/SITUATIONS CLINIQUES RECONNUES COMME ADAPTEES A UN USAGE EN PMF

L'Annexe I de l'Avis aux Fabricants, paru au BO du 15/09/2005, répertorie la liste des indications ou situations cliniques pouvant relever d'une prise en charge autonome par le patient.

Dans le cadre de la mesure « Médicaments devant le comptoir des officines », une mise à jour de cette liste a été réalisée, sur la base des évaluations des demandes d'Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) réalisées par les Groupes de Travail Automédication (GTAM) et Prescription Médicale Facultative (PMF).

Cette mise à jour permet ainsi de définir les indications ou les situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF, pour lesquelles la dispensation devant le comptoir des officines des médicaments disposant d'une AMM dans ces indications serait envisageable, sous réserve que, pour chaque spécialité, les critères d'éligibilité définis au préalable soient remplis.

#### 1. Troubles cutanés

- Etats pelliculaires du cuir chevelu de l'adulte
- Poursées d'herpès labial localisé, appelé aussi "bouton de fièvre"
- Antiseptie ou nettoyage des petites plaies superficielles
- Piqûres d'orties, piqûres d'insectes, coup de soleil localisés
- Irritation de la peau, notamment en cas d'érythème fessier (fesses rouges) du nourrisson
- Chute de cheveux modérée (alopécie androgénétique) de l'adulte, homme ou femme
- Brûlures superficielles et peu étendues
- Acnés mineures
- Troubles de la sécrétion sudorale
- Irritation cutanée modérée
- Sécheresse cutanée accompagnant certaines dermatoses
- Fissures, gerçures, crevasses
- Verrues vulgaires (traitement local)
- Cors, durillons, œil-de-perdrix chez l'adulte
- Intertrigo inter-digito-plantaire
- Poux-Lentes
- Urticaire aiguë localisée (démangeaisons, rougeurs, œdèmes)

#### 2. Troubles oculaires

- Irritation conjonctivale isolée ou répétitive
- Sécheresse oculaire légère à modérée
- Traitement de l'irritation de l'œil (lavage oculaire)
- Conjonctivite allergique saisonnière ou non saisonnière

#### 3. Troubles gastrointestinaux

- Diarrhées passagères (aiguës) chez l'adulte
- Ballonnement abdominal et flatulences
- Brûlures d'estomac, remontées acides
- Constipation occasionnelle de l'adulte

- Nausées et vomissements (sans fièvre)
- Troubles dyspeptiques (lenteur à la digestion, ballonnements)
- Crise hémorroïdaire
- Mal des transports
- Oxyures (petits vers blancs dans les selles)
- Traitement symptomatique des douleurs liées aux troubles fonctionnels du tube digestif et des voies biliaires

#### **4. Troubles de la sphère oto-rhino-laryngologique (orl)**

- Mal de gorge peu intense et sans fièvre,
- Irritations de la gorge.
- Sensations de nez bouché (obstruction nasale)
- Écoulement nasal clair
- Epistaxis (traitement d'appoint des saignements du nez occasionnels)
- Douleur de l'oreille en l'attente d'une consultation médicale
- Rhinite avec mouchage purulent, sans fièvre, sans douleur faciale et sans céphalée
- Rhinite allergique saisonnière ou non saisonnière (écoulement nasal clair, éternuements à répétition, démangeaison (prurit) nasale et/ou oculaire)
- Traitement au cours des rhumes de l'adulte : écoulement nasal clair, maux de tête et / ou fièvre, sensation de nez bouché

#### **5. Troubles des voies aériennes supérieures**

- Toux sèches et toux d'irritation (toux non productive gênante) d'apparition récente ou non chez l'adulte ou chez l'enfant de plus de 6 ans (traitement de courte durée)
- Difficultés d'expectoration (difficultés à rejeter en crachant les sécrétions bronchiques) chez l'adulte
- Troubles de la sécrétion bronchique (affections respiratoires récentes avec difficulté d'expectoration) chez l'adulte

Remarque : La prise en charge d'une toux chez l'enfant de moins de 6 ans nécessite un diagnostic ainsi qu'un suivi médical.

#### **6. Troubles buccodentaires**

- Petites plaies de la bouche
- Aftes quand le nombre de poussées est inférieur à 4 par an
- Sècheresse buccale (hyposialies)
- Prévention de la carie dentaire
- Douleurs liées à la poussée dentaire
- Hygiène bucco-dentaire
- Gingivite chez l'adulte
- Soins postopératoires en stomatologie
- Traitement local d'appoint des infections de la bouche ou en soins après une intervention chirurgicale de la cavité buccale

#### **7. Troubles gynécologiques**

- Mycoses vulvo-vaginales
- Contraception locale, spermicides
- Toilettes, soins gynécologiques externes
- Règles douloureuses

## 8. Troubles d'origine circulatoire

- Manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veino-lymphatique : jambes lourdes
- Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire
- Traumatisme bénin : ecchymoses, contusions (coup, bleus bosses)

## 9. Troubles rhumathologiques

- Traitement d'appoint des œdèmes post-traumatiques
- Traitement local de courte durée en cas de traumatisme bénin: entorse (foulure), contusion
- Traitement symptomatique des poussées douloureuses de l'arthrose, après au moins un avis médical
- Traitement local d'appoint des douleurs d'origine musculaire et tendino-ligamentaire
- Crampes musculaires

## 10. Autres

### ***Douleur***

- Traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles
- Médicament indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses
- Migraine après au moins un avis médical

### ***Addiction***

- Sevrage tabagique / Abstinence temporaire au tabac

### ***Troubles du sommeil***

- Troubles mineurs du sommeil

### ***Asthénie***

- Fatigue passagère
- L'association d'un certain nombre des symptômes suivants peuvent évoquer un déficit en magnésium :
  - nervosité, irritabilité, anxiété légère, fatigue passagère, troubles mineurs du sommeil
  - manifestations d'anxiétés telles que spasmes digestifs ou palpitations (coeur sain)
  - crampes musculaires, fourmillements

L'apport du magnésium peut améliorer ces symptômes.

En l'absence d'amélioration de ces symptômes au bout d'un mois de traitement, il n'est pas utile de le poursuivre.

## ANNEXE III : PROTOCOLE D'ÉVALUATION OSYS



### Résumé du protocole d'évaluation de l'expérimentation Article 51 PharmaOsys

RESUME DU PROTOCOLE D'ÉVALUATION	
<b>Nom de l'expérimentation évaluée</b>	Orientation dans le Système de Soins - Osys
<b>Porteur de projet / Cellule évaluation / Équipe évaluatrice</b>	
<b>Porteur de projet</b>	PHARMA SYSTEME QUALITE
<b>Cellule évaluation</b>	<p>Référent 1 : Nom et prénom : Sandrine Augui (CNAM / Paris)</p> <p>Référent 2 : Nom et prénom : Caroline Feugère, (DREES/OSAM/LABSANTE)</p>
<b>Équipe évaluatrice</b>	<p>Cabinet en charge de l'évaluation : IQVIA France</p> <p>Référent : Nom et prénom : Stéphane Sclison Adresse mail du référent : stephane.sclison@iqvia.com</p>
CONTEXTE ET OBJECTIFS	
<b>Contexte de l'étude et objectifs / impacts attendus</b>	<p><u>Contexte :</u> La France fait face à une diminution des médecins généralistes en milieu rural et la difficulté croissante à prendre rendez-vous chez un médecin généraliste. Le projet vise à intégrer les pharmaciens d'officine dans les soins de premier recours pour 13 situations cliniques dans les zones considérées comme déserts médicaux ou en tension d'accès au soin.</p> <p>Objectifs stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faciliter l'accès aux soins de premiers recours des patients pour des soins non programmés</li> <li>- Contribuer à limiter les consultations inappropriées dans les services d'urgence, l'engorgement des cabinets médicaux et maisons médicales de garde</li> </ul> <p>Objectifs opérationnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser, sécuriser et tracer la prise en charge du premier</li> </ul>

	<p>recours par le pharmacien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimer la diminution des consultations non adaptées, médicales ou services d'urgence</li> <li>- Evaluer l'efficacité du recours au pharmacien</li> </ul> <p><u>L'expérimentation est menée en deux phases :</u></p> <p><b><u>La PHASE 1 (15 juil. 2021 – 15 janv. 2023) a pour objectif de :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valider la mise en œuvre d'un nouveau parcours de soins, intégrant le pharmacien d'officine comme acteur du premier recours et son acceptabilité par le patient, le médecin et le pharmacien</li> <li>- Valider le principe d'un triage pharmaceutique formalisé, homogénéisé, sécurisé et tracé selon le principe du netCare Suisse (expérimentation menée en Suisse) via des arbres de décision adaptés</li> <li>- Identifier le ratio des situations les plus courantes et l'efficacité des réponses apportées par l'officiel et vérifier à l'aide d'indicateurs que la solution envisagée facilite la prise en charge dans l'intérêt du patient, qu'elle est d'un bon rapport coût/efficacité et que le choix de OSyS est adapté à chaque situation.</li> </ul> <p><b><u>La PHASE 2 (16 janv 2023 -15 janv 2024) a pour objectif de :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter le protocole d'orientation OSyS aux premiers résultats obtenus en phase 1</li> <li>- Optimiser les observations</li> <li>- Adapter les indicateurs si besoin</li> </ul> <p>Démontrer que les réponses apportées par le pharmacien peuvent résoudre une large proportion des situations de premier recours</p>								
<p><b>Calendrier de l'expérimentation</b></p>	<p>Date de début : 15 juillet 2021</p> <p>Date de première inclusion (si différente de la date de début) :</p> <p>Date de fin : Phase 1 – 15 janvier 2023, Phase 2 – 15 janvier 2024</p>								
<p><b>Questions évaluatives</b></p>	<table border="1" data-bbox="577 1234 1319 1852"> <thead> <tr> <th data-bbox="577 1234 810 1272">Axe évalué</th> <th data-bbox="810 1234 1319 1272">Question évaluation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="577 1272 810 1375"><b>FAISABILITE/ OPERATIONNALITE</b></td> <td data-bbox="810 1272 1319 1375">1. L'expérimentation OSyS recueille-t-elle l'adhésion des patients ?</td> </tr> <tr> <td data-bbox="577 1375 810 1753"><b>EFFICACITE :</b></td> <td data-bbox="810 1375 1319 1753">           2. Dans quelles mesures l'expérimentation permet-elle une mise en place efficace du parcours de soins OSyS auprès des pharmacies participantes ?             3. L'expérimentation recueille-t-elle l'adhésion des pharmacies participantes ?             4. Quelle est l'efficacité du modèle de prise en charge des patients par consultation du pharmacien pour les situations de triage listées dans le projet OSyS ?         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="577 1753 810 1852"><b>EFFICIENCE</b></td> <td data-bbox="810 1753 1319 1852">5. Dans quelles mesures le modèle économique incluant les pharmaciens dans le parcours de soins primaires proposé par l'expérimentation</td> </tr> </tbody> </table>	Axe évalué	Question évaluation	<b>FAISABILITE/ OPERATIONNALITE</b>	1. L'expérimentation OSyS recueille-t-elle l'adhésion des patients ?	<b>EFFICACITE :</b>	2. Dans quelles mesures l'expérimentation permet-elle une mise en place efficace du parcours de soins OSyS auprès des pharmacies participantes ?  3. L'expérimentation recueille-t-elle l'adhésion des pharmacies participantes ?  4. Quelle est l'efficacité du modèle de prise en charge des patients par consultation du pharmacien pour les situations de triage listées dans le projet OSyS ?	<b>EFFICIENCE</b>	5. Dans quelles mesures le modèle économique incluant les pharmaciens dans le parcours de soins primaires proposé par l'expérimentation
Axe évalué	Question évaluation								
<b>FAISABILITE/ OPERATIONNALITE</b>	1. L'expérimentation OSyS recueille-t-elle l'adhésion des patients ?								
<b>EFFICACITE :</b>	2. Dans quelles mesures l'expérimentation permet-elle une mise en place efficace du parcours de soins OSyS auprès des pharmacies participantes ?  3. L'expérimentation recueille-t-elle l'adhésion des pharmacies participantes ?  4. Quelle est l'efficacité du modèle de prise en charge des patients par consultation du pharmacien pour les situations de triage listées dans le projet OSyS ?								
<b>EFFICIENCE</b>	5. Dans quelles mesures le modèle économique incluant les pharmaciens dans le parcours de soins primaires proposé par l'expérimentation								



		permet-il de réduire les coûts liés à une prise en charge des patients ?
	<b>REPRODUCTIBILITE</b>	6. Dans quelle mesure l'expérimentation est-elle reproductible à plus large échelle ?
<b>MÉTHODOLOGIE</b>		
<b>Description de la cohorte étudiée</b>	<p>L'expérimentation sera appliquée sur la zone ARS Bretagne.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> Tous les patients, de 1 mois à 90 ans (accompagné d'un parent pour les mineurs) venant dans l'une des 50 pharmacies expérimentatrices pour l'une des 13 situations de triage d'intérêt décrites au sein du protocole, acceptant volontairement de participer à l'expérimentation OSyS.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> Les critères d'exclusion tels que des symptômes, certains critères d'âge, des critères d'antécédents et les «red flags» sont inscrits pour chaque situation de triage dans les arbres décisionnels correspondant en annexe 1 du protocole.</p> <p><u>Taille de la population cible</u> Il est prévu dans le cahier des charges d'inclure 50 pharmacies expérimentatrices à travers la région ARS Bretagne. L'objectif visé est de parvenir à environ 12 triages de premiers recours par pharmacie / mois, soit 7 500 triages au cours de la première année d'expérimentation.</p> <p>Pas d'utilisation de population témoin.</p> <p><u>Population d'analyse pour l'évaluation :</u> Différentes populations seront concernées par l'évaluation :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients inclus dans l'expérimentation</li> <li>- Les pharmaciens participants</li> <li>- Les médecins traitants</li> </ul> </p>	
<b>Méthode et analyse des données</b>	<p><u>L'évaluation qualitative</u> repose sur une analyse qualitative complétée par une description quantitative basique des informations recueillies dans le système d'information (SI) de l'expérimentation.</p> <p>Ces données seront accessibles sous forme agrégée pour le rapport intermédiaire et sous forme pseudonymisées pour le rapport final.</p> <p>Le recueil d'information (non-disponibles dans le SI) auprès des parties prenantes se fera principalement par des entretiens et des enquêtes ad-hoc à partir de questionnaires ouverts ou semi-directifs individuels selon le cas. Ces entretiens/enquêtes seront administrés à un échantillon aléatoire de patients et de médecins ainsi qu'à l'ensemble des pharmaciens expérimentateurs, aux porteurs de projet et au responsable projet de l'URPS médecins.</p> <p>Une évaluation intermédiaire, sera effectuée environ 12 à 18 mois après la première inclusion des patients. Cette évaluation comprendra une première analyse de nombre des indicateurs définis.</p> <p>Lors de l'évaluation intermédiaire, spécifiquement en ce qui concerne les patients, l'échantillon pourra être constitué :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- à partir des 100 patients auquel le porteur a transmis la note</li> </ul> </p>	

	<p>d'information patient CNIL à partir des patients récemment inclus (env.250) qui ont reçu une note d'information conforme lors de leur passage en pharmacie (la note CNIL est transmises à l'inclusion par le porteur depuis le 23 septembre 2022)</p> <p>L'évaluation finale des résultats de l'expérimentation sera réalisée 3 mois avant la transmission du rapport final (3<sup>ème</sup> trimestre 2023 selon le calendrier prévisionnel). Les patients n'ayant pas reçu la note d'information patient CNIL seront exclus de l'échantillon finale (non-transmission des données individuelles de ces patients).</p> <p><u>L'évaluation quantitative</u> transversale porte sur la description de la prise en charge des patients au cours de l'expérimentation et de l'évolution de certains indicateurs à moyen terme. Elle repose sur l'analyse descriptive des données de consommation de soins issues du SNDS et seront complémentaires de l'analyse qualitative.</p> <p>L'analyse des données du SNDS sera livrée dans le rapport final afin de prendre en compte le délai d'accès aux données du SNDS.</p>
<p><b>Sources de données utilisées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système d'Information (SI) du porteur,</li> <li>• Système National des Données de Santé (PMSI - MCO et DCIR),</li> <li>• Recueil ad-hoc par l'évaluateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretiens téléphoniques individuelles avec les patients, pharmaciens, médecins traitants, porteurs du projet et l'URPS médecins</li> <li>• Enquêtes téléphoniques auprès des patients, enquêtes en ligne auprès des pharmaciens et des médecins traitants</li> </ul> </li> <li>• Plateforme A51 (incluant le fichier de contrôle).</li> </ul>
<p><b>Principales variables et variables d'appariement le cas échéant</b></p>	<p><u>Principales variables issues du SI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profil patient : âge, genre</li> <li>- Parcours de soins : situation de triage, orientation, suivi notamment, ce qu'aurait fait le patient sans l'expérimentation OSyS</li> <li>- Inclusion à la proposition de prise en charge par les pharmaciens : oui/non</li> <li>- Temps passé au triage : en moyenne</li> <li>- Evénements indésirables : nature</li> <li>- Commune de la situation de triage par le pharmacien et situation : commune et zone rurale/ urbaine</li> <li>- Consultation médecin généraliste : oui/non</li> <li>- Hospitalisation liée à la situation de triage : oui/non</li> <li>- Passage aux urgences : oui/non</li> <li>-Traitement pressenti par le pharmacien : classe thérapeutique</li> </ul> <p><u>Principales variables issues du SNDS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Age : en années</li> <li>- Genre : homme/femme</li> <li>- CMUc/Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et C2S: oui/non</li> <li>- Commune ou département de résidence identique au lieu de triage pharmacie : oui/non</li> <li>- Consultation médecin généraliste : oui/non</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation médecin généraliste clairement liée à la situation de triage du patient : consultation médecin généraliste avec au moins 1 traitement traceur ou un acte biologique traceur oui/non</li> <li>- Hospitalisation liée à la situation de triage : oui/non</li> <li>- Passage aux urgences : oui/non</li> <li>- Autre consommation de soins selon la situation de triage concernée (Traitement traceur/ Acte médical/ biologique traceur/ Hospitalisation/ Spécialiste): oui/non</li> <li>- Comorbidités et antécédents médicaux selon les triages : sur 12 mois d'historique</li> <li>- Traitement délivré en pharmacie de ville dans les 3 jours suivant la consultation médecin généraliste lié à une situation de triage : classe thérapeutique</li> </ul> <p><u>Appariement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• concernant les cas : présence du NIR : oui</li> <li>• concernant les témoins : pas de population témoin</li> </ul>
<p><b>Historique des données demandées</b> (période d'extraction)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De juillet 2021 à octobre 2022 pour le rapport intermédiaire à partir des données du SI</li> <li>- De juillet 2020 à juillet 2023 pour le rapport final à partir des données du SI et du SNDS</li> </ul>
<p><b>Calendrier prévisionnel</b></p>	<p>Date du rapport intermédiaire prévu : décembre 2022 (sous réserve du transfert des données à IQVIA dans les délais)</p> <p>Date du rapport final prévu : octobre 2023</p>



AUTEUR : JGUA Marya

TITRE : Intégration du pharmacien d'officine dans l'organisation des soins non-programmés

DIRECTEURS DE THESE : Professeur Daniel CUSSAC, Docteur Cyrille CHAUGNE

LIEU DE SOUTENANCE : Faculté des Sciences Pharmaceutiques, 35 Chemin des Maraîchers, 31400 Toulouse

DATE DE SOUTENANCE : 13 décembre 2024

---

## RESUME EN FRANCAIS

L'augmentation des « passages évitables » aux urgences conduit de plus en plus à un accès régulé aux services. Pourtant, beaucoup de patients s'y présentent parce qu'ils n'y voient pas d'autres alternatives, faisant de « l'absence de médecins » un motif fréquemment invoqué. Ces patients forment une demande de soins non programmés. La nécessité d'un service d'orientation qui articule médecine de ville et services d'urgence donne naissance aux Services d'Accès aux Soins (SAS), reposant sur une collaboration entre SAMU, associations de PDSA et de médecins régulateurs libéraux. Pour pallier la pénurie de médecins, des dispositifs ont expérimenté partout dans le monde une sécurisation de la prise en charge par le pharmacien et une rémunération longtemps attendue. L'intégration officielle du pharmacien dans les soins non programmés ainsi qu'une collaboration avec le SAS pourrait être envisagée en France.

---

## INTEGRATION OF THE COMMUNITY PHARMACIST IN THE ORGANIZATION OF UNSCHEDULED CARE

The "avoidable visits" to emergency departments is increasingly leading to regulated access to these services. However, many patients come because they see no other alternative, making "lack of general practitioners" a frequently cited reason. These patients are actually requesting unscheduled care. The need for a referral service linking primary care and emergency services gave rise to the « SAS », based on collaboration between emergency medical service and ambulatory care permanence associations. To make up for the shortage of doctors, systems under study have made it possible for pharmacists to take charge of patients more securely, and have provided long-awaited remuneration. The official integration of pharmacists into unscheduled care, and collaboration with the SAS, could be envisaged in France.

---

## DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : PHARMACIE

### ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: PHARMACY

---

**MOTS-CLES** : SOINS NON-PROGRAMMES, SERVICE D'ACCES AUX SOINS, URGENCES, PHARMACIEN D'OFFICINE, AFFECTIONS MINEURES, OSYS, NETCARE, PHARMACY FIRST, ACCES AUX SOINS, TRIAGE PHARMACEUTIQUE, BOBOLOGIE, PASSAGES EVITABLES

**KEYWORDS** : UNSCHEDULED CARE, HEALTHCARE NEED, EMERGENCIES, COMMUNITY PHARMACIST, MINOR ILLNESSES, OSYS, NETCARE, PHARMACY FIRST, ACCESS TO HEALTH CARE, PHARMACY TRIAGE, AVOIDABLE EMERGENCY DEPARTMENT VISITS, EMERGENCY SERVICES

---

Faculté des Sciences Pharmaceutiques, 35 Chemin des Maraîchers, 31400 Toulouse