



HAL
open science

Représentations des pharmaciens sur la notion de soins non programmés en Île-de-France

Mélissa Djaouti, José Solis, Frederic Chevallier

► To cite this version:

Mélissa Djaouti, José Solis, Frederic Chevallier. Représentations des pharmaciens sur la notion de soins non programmés en Île-de-France. Médecine humaine et pathologie. Paris 13, 2025. Français. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-05138660⟩

HAL Id: tel-05138660

<https://hal.science/tel-05138660v1>

Submitted on 1 Jul 2025

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Mélissa DJAOUTI

Née le 15 décembre 1996 à Montreuil

Présentée et soutenue publiquement le 30/07/2025

Représentations des pharmaciens sur la notion de soins
non programmés en Île-de-France

Président de Thèse :

Professeur Jean Ralph ZAHAR

Directeurs de Thèse /Membres du jury :

Docteur Frederic CHEVALLIER

Docteur José SOLIS

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

À Monsieur le professeur Jean Ralph ZAHAR, je tiens à vous remercier pour l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse.

À mes Directeurs de Thèse, Docteur Frédéric CHEVALLIER et Docteur José SOLIS, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, merci pour votre disponibilité et votre bienveillance tous au long de ce travail. Votre accompagnement m'a permis de mener à bien ce projet, mais aussi d'acquérir la méthodologie et l'exigence nécessaire à tout travail de recherche.

À mes chers Parents, merci de m'avoir soutenu depuis mes premiers pas jusqu'à ce jour si particulier. Votre amour inconditionnel, vos sacrifices et votre confiance m'ont donné la force de persévérer. Vous m'avez transmis des valeurs de courage, de travail et de respect qui ont façonné la personne et le médecin que je suis devenue. Vous rendre fiers, est ma plus belle récompense, je vous aime de tout mon cœur. Merci pour tout.

À mes frères Yacine et Arezki, complices de toujours : merci de m'avoir encouragé et écouté pendant toutes ces années . De m'avoir accompagné partout où j'en avais besoin. Vos mots de soutien et votre présence m'ont été d'un réconfort sans pareille. Je suis fière et reconnaissante d'appartenir à cette fratrie soudée.

À Lynda , jamais je n'aurais pu rêver mieux comme sœur dans cette vie., Sans toi, rien n'aurait été pareil : on a partagé tellement de moments inoubliables, voyagé dans le monde entier. Je prie pour que ces années ne soient que le début d'une longue liste. Merci pour ton soutien indéfectible, tes conseils et ta justesse. Je t'aime.

À Sarah , ma sœur depuis l'enfance , tu sais déjà tout, te voir mariée et maman me comble de joie. Merci pour les fous rires partagés et ta présence infallible. Ton bonheur est le mien.

À Hayat, depuis quatre ans, tu es entrée dans ma vie et tu es devenue comme une sœur à mes yeux . Merci pour ta présence et ton soutien de chaque instant.

À Nadia , mon acolyte du sport, merci pour ta motivation et ta joie de vivre , chaque séance à tes côtés est un réel plaisir.

Enfin, je souhaite adresser toute ma reconnaissance à mes amies. Votre présence et votre soutien ont compté bien plus que vous ne l'imaginez, merci.

ABREVIATIONS

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research

CPTS : Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

MATCH: Modélisation des Attente Territoriales Croisées des soignants et des Habitants

MG: Médecin Généraliste

NHS: National Health Service

SAS: Service d'Accès aux Soins

SNP : Soins Non Programmés

TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1: MONOGRAPHIE DES CPTS	11
TABLEAU 2: CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ECHANTILLON.....	14
TABLEAU 3: MATRICE SWOT.....	37
FIGURE 1: REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES RESULTATS	36

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS.....	5
TABLEAUX ET FIGURES.....	6
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	8
MATÉRIELS ET MÉTHODES	11
1.Type d'étude	11
2.Population de l'étude	11
3.Monographie des CPTS	11
4.Collecte des données.....	12
5.Analyse des données.....	12
6.Aspects éthiques et réglementaires	12
RÉSULTATS	14
1. Caractéristiques de l'échantillon	14
2. Compréhension de la notion de SNP.....	15
2.1 Définition subjective et centrée sur le patient	15
2.2 Critère temporel.....	16
3. Rôle central des pharmaciens dans la gestion des SNP	18
4. Outils et ressources à disposition pour répondre aux SNP	25
5. Relations avec les professionnels de santé.....	30
DISCUSSION	38
1. Présentation des résultats.....	38
2. Comparaison avec la littérature existante.....	39
3. Forces et limites de l'étude.....	42
4. Perspectives	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	50
SERMENT D'HIPPOCRATE	57
RÉSUMÉ	58
ABSTRACT	59

INTRODUCTION

En France, le rapport sur la territorialisation des activités d'urgences de 2015 concernant la territorialisation des activités des urgences (1), met en avant l'afflux aux urgences qui est passé de 7 millions de passages par an en 1993 à plus de 18 millions de passages par an en 2013 (2) et 21 millions en 2016 (4) avec une diminution de la part d'urgences dites "réelles" (1 ;5). Cet afflux aux urgences se manifestant par un allongement des temps d'attentes, un surcoût non négligeable et une pression constante sur le personnel hospitalier (4). Une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques a été menée en 2013 (6) : il n'y a que 43% des demandes de soins qui ont été exprimées aux urgences hospitalières qui nécessitent une prise en charge en urgence, selon des critères médicaux évalués a posteriori, relevant donc du premier recours plutôt que de l'hôpital.

Le terme de « soins non programmés » est souvent employé dans la littérature médicale mais il n'y a pas de définition unique. L'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES), dans le rapport datant de juillet 2020 définit les SNP « comme [...] devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences ». Pour les médecins de premiers recours, plusieurs autres définitions ont été proposées, concernant par exemple le délai de prise en charge demandé par le patient : « dans la journée », « dans la demi-journée », « de manière inhabituellement rapide » (5)

Les médecins généralistes (MG) gèrent une part non négligeable des SNP cependant l'offre de soins de ville semble saturée : un accès aux MG difficile, une diminution de leurs nombres (de 153 à 140 pour 100 000 habitants entre 2012 et 2021) et une répartition inégale sur le territoire. Cela entraîne des délais de prise en charge long voir des renoncements aux soins et un report vers les urgences (7). Une étude sur la gestion et représentation des SNP par les médecins généralistes dans le Sud de la Gironde a été réalisée en 2021 : selon eux, la prise en charge des SNP « faisait partie de leur activité habituelle » ; la plupart des consultations non programmées « étaient des urgences ressenties mais non réellement urgentes » ; « demandes non légitimes

». Ils se plaignaient d'une difficulté d'organisation devant prendre « en charge des SNP sur leurs temps de pauses » pourvoyeur « de stress supplémentaire » (8).

Le renforcement des soins de premier recours passe par une délégation de tâche entre les professionnels de santé (9). Le rapport Mesnier de 2018, « encourage beaucoup plus résolument qu'aujourd'hui le partage de tâches entre médecins et autres professions de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) » (10,11)

La littérature se concentre essentiellement sur le rôle des médecins généralistes dans la gestion des SNP, laissant un manque de connaissance quant à la perspective des autres professionnels de santé.(12)

Le contexte actuel des soins de santé est marqué par une demande croissante de services accessibles en dehors des heures régulières, mettant à l'épreuve les systèmes de santé et les professionnels qui les composent. (13)

La pharmacie, en tant que profession pivot du secteur de la santé, est de plus en plus sollicitée pour répondre à cette demande accrue. La participation aux soins de premier recours est une des missions du pharmacien (14). L'accessibilité immédiate sans rendez-vous, la garantie de trouver un professionnel de santé sur place, des plages horaires étendues, l'identification facile de la croix verte, et le maillage territorial des officines font du pharmacien en collaboration avec les autres professionnels de santé, un acteur clé de la prise en charge des demandes de SNP. Un rapport IGAS publié en 2016 dénombre 21833 officines offrant une permanence de soin (six jours sur sept, 52h/semaine), une accessibilité facile (97 % des Français vivent à moins de 10 minutes d'une officine) ; plusieurs millions de passages sont recensés chaque jour en France permettant aux pharmacies d'être un des premiers points de contact et une porte d'entrée vers le système de santé (15). En effet, les pharmaciens sont les premiers professionnels de santé consultés en France : en 2023, le carré de White a été adapté au contexte français et montre que sur 1000 patients rencontrant un problème de santé, 458 ont consulté un pharmacien dans un premier temps (16).

Le pharmacien joue un rôle polyvalent : de conseil sur les médicaments (la posologie, les effets secondaires, les interactions médicamenteuses), traiter les maladies courantes (éruption cutanée, angine, traumatismes, douleurs aiguës, gastro entérite), les méthodes de contraception ; il peut administrer les vaccinations recommandées ou prodiguer les premiers soins en cas de blessure ou d'urgence médicale et réorienter vers d'autres professionnels de santé si besoin. (13)

Dans le Grand Est, en 2023 une enquête a été réalisée sur les demandes de SNP faites dans les officines. Sur une demi-journée par semaine et auprès de 188 officines, 11.010 cas de demandes de SNP ont été traitées. Les principales demandes de soins non programmés concernaient la dermatologie (19%), l'ORL (15%), le gastro-digestif (11%) et l'ophtalmologie (10%). Dans 88,7% des cas, le pharmacien a pu répondre aux demandes et un retour à domicile était préconisé, dans 15% des cas une orientation vers un autre professionnel de santé et dans 1,4%, une orientation vers un service d'urgence (17).

A l'étranger, le pharmacien occupe déjà un rôle de pivot dans la gestion des SNP : Au Royaume-Uni, les pharmaciens ont intégré des équipes de médecine générale au sein de cabinets entraînant une réduction de la charge de travail des MG et de la fréquentation des urgences pour des motifs bénins (18).

À ce jour, aucun travail qualitatif n'a été réalisé sur les représentations des pharmaciens, sur la notion et la gestion des demandes de soins non programmés en Île-de-France. À travers ce travail, nous chercherons à mieux comprendre comment les pharmaciens perçoivent et abordent les SNP, tout en explorant la synergie entre les pharmaciens et les autres professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1.Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative d'inspiration phénoménologique avec un recueil de données par entretiens individuels semi-dirigés.

2.Population de l'étude

La population étudiée sont des pharmaciens d'officines.

Les pharmaciens ont été recrutés au sein de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et par effet boule de neige.

3.Monographie des CPTS

Tableau 1: Monographie des CPTS (19)

Territoire des CPTS	Population et densité	Contexte socio-démographique	Offre de Soins
Pantin (Seine-Saint-Denis)	57 000 habitants ~5 km ² ~ 11500 hab/km ²	-Taux de pauvreté : 28 % ; chômage : 17,3 % -Population jeune, dynamique : 24,4 % < 17 ans -ZIP pour la MG	-Maison de santé -Centres municipaux de santé -Peu de MG (50 % > 60 ans) -Taux élevé de recours aux urgences : 28,1%
Val d'Oise Centre (Agglomération Val Parisis)	274 000 habitants ~ 65km ² ~ 4200 hab/km ²	Population en légère croissance -Âge moyen un peu plus élevé - Taux de pauvreté modéré, actifs nombreux	-Plusieurs hôpitaux (Eaubonne, Montmorency...) -197 MG dont 38% > 60 ans
Liens Santé 77 (Marne et Gondoire)	106 000 habitants ~ 105km ² ~ 1000 hab/km ²	Territoire plutôt urbain -Forte croissance démographique -Niveau socio-économique plutôt favorable	-CH de Jossigny (GHEF), SSR, EHPAD -40 % MG > 60 ans - Recours aux urgences inférieurs à la moyenne : 23,3 %
Paris 10 (10 -ème arrondissement)	90 000 habitants ~ 2,9 km ² ~ 31 000 hab/km ²	-Population plus jeune -Poche de précarité (pauvreté > moyenne régionale)	-Hôpitaux AP-HP (Lariboisière, Saint-Louis...) -Recours élevé aux urgences : 19,9 %

4. Collecte des données

Douze entretiens semi-dirigés ont été menés par l'investigatrice avec les pharmaciens. Le guide d'entretien a été construit par une équipe pluriprofessionnelle incluant une sociologue et testé au préalable dans le cadre du projet de Modélisation des Attentes Territoriales Croisées des soignants et des Habitants (MATCH) (20). Ce projet s'est intéressé aux représentations de plusieurs professionnels de santé et d'usagers sur les SNP au sein de 4 CPTS du territoire d'Île-de-France. Le guide d'entretien a été adapté aux pharmaciens et modifié au fil des entretiens (cf Annexe 1 et 2)

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone après accord oral du pharmacien, puis sauvegardés sur une clé USB cryptée et supprimés du téléphone mobile. Les enregistrements ont été anonymisés et ont été effacés après retranscription (cf Annexe 6). La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été garantis auprès des personnes interrogées, une note d'information leur a été remise et expliquée.

Les entretiens et l'échantillonnage des pharmaciens ont été interrompus après l'obtention de la suffisance des données (21).

5. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sur le logiciel Pages (Apple) par l'investigatrice. Toutes les données personnelles d'identification ont été remplacées par des formules anonymes.

Les verbatims ont été soumis à une analyse thématique en continu à l'aide du logiciel MAXQDA.

Les données ont été codées de manière descriptive puis thématique et une triangulation de 50% des données a été réalisée avec une autre interne en médecine générale.

La grille « COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research » (COREQ) (cf Annexe 3)

6. Aspects éthiques et réglementaires

Ce travail correspond à une MR003 et est inscrit au registre des traitements de données de l'université Sorbonne Paris Nord.

Une demande au Comité éthique du Collège national des généralistes enseignants a été réalisée et a reçu un avis favorable (AVIS 010721289 - IRB00010804).

L'étude a été menée conformément aux principes éthiques de la recherche, en obtenant le consentement éclairé de chaque pharmacien et en garantissant l'anonymat et la confidentialité des données recueillies.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

	Durée (Min)	Sexe	Âge	Statut Marital	Enfants	Nb d'années d'installation	Statut	Passages/J	CPTS	Type de territoire
P1	50		39	Célibataire	0	16 ans	Titulaire	200	Non	Urbain
P2	60	F	26	Fiancée	0	2 ans	Salarié	150	Oui	Rural
P3	55	F	26	Mariée	0	2 ans	Salariée	300	Non	Urbain
P4	36	F	55	Mariée	2	30 ans	Titulaire	300	Non	Rural
P5	47	H	33	Marié	0	8 ans	Titulaire	400	Oui	Urbain

Tableau 2:Caractéristiqies des participants de l'échantillon

P6	40	H	29	Célibataire	0	6 ans	Titulaire	200	Oui	Rural
P7	51	H	45	Marié	3	20 ans	Titulaire	250	Oui	Urbain
P8	49	H	66	Marié	0	38 ans	Titulaire	200	Oui	Urbain
P9	45	F	52	Mariée	4	26 ans	Titulaire	250	Non	Rural
P10	58	F	55	Mariée	2	25 ans	Titulaire	250	Non	Urbain
P11	38	F	28	Célibataire	0	4 ans	Salariée	300	Non	Rural
P12	60	F	30	Fiancée	0	5 ans	Salariée	350	Non	Rural

Au total, 12 pharmaciens ont été interrogés entre avril 2024 et septembre 2024. Sur les douze pharmaciens, 7 étaient des femmes (58 %) et 5 étaient des hommes (42%). L'âge moyen des pharmaciens était de 40,3 ans (âge minimal: 26 ans; âge maximal: 66 ans) avec une médiane de 36 ans. Les entretiens ont duré 49 minutes en moyenne (durée minimale: 36 minutes; durée maximale: 60 minutes). Ils ont été réalisés exclusivement en présentiel dans des lieux différents selon le souhait des pharmaciens interrogés (lieu de santé habituel du pharmacien interrogé et lieu public type café ou parc). En moyenne, les pharmaciens comptabilisaient 15 années d'expérience, avec une médiane de 12 ans. Huit pharmaciens (67%) occupaient un poste de titulaire, les quatre autres pharmaciens exerçaient en tant que salariés. La moitié des pharmaciens (50%) était affiliée à une CPTS et l'autre moitié non. 50 % des pharmaciens interrogés exerçaient en zone urbaine tandis que l'autre moitié exerçait en zone rurale.

2. Compréhension de la notion de SNP

Cette notion de SNP englobe pour les pharmaciens un large éventail de situations variées, souvent conditionnées par l'urgence ressentie par le patient. Les SNP sont définies comme des demandes spontanées, liées à un besoin de prise en charge plus ou moins rapide.

2.1 Définition subjective et centrée sur le patient

Les SNP sont perçus par les pharmaciens comme des demandes non anticipées, imprévues et considérées comme urgente du point de vue du patient.

P1 : « Ce sont des besoins de santé imprévus »

P7 :« Toutes les demandes de soins qui ne nécessitent pas de rendez-vous au préalable »

P9 :« Le terme de « soins non programmés », ça me faisait penser à un soin. Moi, quand j'entends soins non programmés, je m'attends à un geste, un pansement, un vrai soin . Alors qu'en y réfléchissant, vous dans votre domaine, ce sont des consultations non planifiées, donc nous ce serait tous ce qui sort de notre pratique habituelle, c'est-à-dire le renouvellement d'ordonnance, je dirais. »

Les pharmaciens ont insisté sur le caractère subjectif de cette notion d'urgence , basée davantage sur le ressenti du patient que sur une gravité médicale réelle.

P4 :« Pour nous, les SNP, ce sont ces urgences du quotidien. Le patient débarque en panique parce que son fils a mal à l'oreille toute la nuit... Pour lui, c'est une urgence, son fils a mal. Pour nous, c'est gérable. »

2.2 Critère temporel

Le critère principal associé aux SNP et qui revenait le plus souvent dans les entretiens était le temps.

Les pharmaciens devaient prendre en charge les SNP dans un délai un délai très court, au plus tard dans la journée .

P3 :« Ils veulent une réponse rapide, le jour même souvent »

P5 : « En vrai, ce sont souvent des demandes qui pourraient attendre 2-3 jours... Mais quand t'as mal, t'as mal. On ne peut pas leur dire de rentrer chez eux ! »

Ce critère temporel contrastait avec les activités traditionnelles des pharmaciens.

2.3 Distinction entre urgence ressentie et urgence réelle

Une différence entre les vraies urgences médicales et les urgences ressenties par les patients était faite par les pharmaciens au sein de l'officine entraînant de ce fait une hiérarchisation implicite des SNP. Une gradation des SNP était donc effectuée allant des cas les plus simples, maîtrisable en officine, aux cas les plus complexes.

La complexité des SNP pouvait être influencée par plusieurs facteurs comme l'âge du patient ou la nature des symptômes .

P8 : « On ne va pas traiter un enfant comme on va traiter un adulte ».

P1 : « En général, quand je vois des enfants très jeunes, moins de 2 ans ou des nourrissons, j'ai tendance à vite envoyer aux urgences, je prends aucun risque avec ce type de patient »

2.4 Typologie des SNP rencontrés en officine

Les pharmaciens sont confrontés au quotidien à un large éventail de situations médicales allant de symptômes mineurs relevant d'un besoin de réassurance ou de conseils à des urgences graves.

Les demandes les plus fréquentes étaient : des infections urinaires , des éruptions cutanées , des traumatismes bénins, rhinite ou conjonctivite et des angines.

P2 :« La plupart du temps ce sont des infections urinaires, douleurs dentaires, plaies bénignes, entorses »

P1 : « Cela peut inclure des problèmes de santé mineurs, des questions sur des médicaments, des blessures légères ou des brûlures entre autres. »

P9 :« Les classiques ? Éruption cutanée, angines, lumbago... On en voit pas mal. »

P8 : « Au-delà des motifs symptomatiques, cela peut être simplement un conseil sur la démarche à suivre , si justement il y a besoin de voir un médecin généraliste ou non, une lecture de bilan biologique au comptoir,

Les entretiens ont révélé une différence selon la nature du territoire d'exercice. En zone urbaine, les SNP étaient souvent des pathologies bénignes, tandis qu'en zones rurales, les SNP étaient considérés comme plus complexes et bien plus difficile à gérer.

P2 : « En campagne, les gens viennent pour tout et n'importe quoi, parce que le médecin est à 45 minutes d'ici et les urgences à une heure. Donc ça peut aller des motifs les plus bénins à des patients bien plus compliqués »

Les pharmaciens travaillant en territoire rural expliquaient cette différence par le manque d'alternatives en termes d'accès aux soins dans les alentours, faisant de l'officine un point de premier recours avancé.

P4 : « En ville, les patients ont beaucoup plus de choix, ils passent souvent en pharmacie en attendant un rendez-vous chez le médecin. À la campagne, ils viennent parce qu'il n'y a pas d'autres options. »

3. Rôle central des pharmaciens dans la gestion des SNP

La progression des SNP en pharmacie a mis en lumière l'importance du rôle du pharmacien en tant qu'interlocuteur de premier recours pour les patients.

Du fait de son accessibilité et de ses compétences, il joue un rôle de pivot et contribue à la fluidité du parcours de soin. Les pharmaciens perçoivent ce rôle comme une source de valorisation et une opportunité d'évolution professionnelle.

Cependant, cela s'accompagne de plusieurs défis et contraintes. Les pharmaciens expriment malgré tout une volonté d'adaptation et de formation continue afin de répondre efficacement aux attentes croissantes des patients.

3.1 Accessibilité du pharmacien, un atout clé pour les SNP

3.1.1 Accessibilité géographique et temporelle

Une des premières qualités qui a été mise en avant par les pharmaciens est leur large disponibilité pour les patients. En effet, grâce à un maillage territorial dense, une absence de prise de rendez-vous et une plage horaire étendue, ils se considèrent comme des acteurs de 1^{ère} ligne.

P3 : « En Île-de-France, il y'a une pharmacie à chaque coin de rue. C'est notre force. »

P10 :« Les gens savent qu'on est ouverts 24H/24H. Même le dimanche, ils frappent à la porte haha»

P5 : « Notre force, c'est d'être disponibles sans rendez-vous. Mais cela signifie aussi gérer un flux imprévisible et parfois c'est assez difficile. »

3.1.2 Accessibilité relationnelle

En dehors du côté pratique, la relation de confiance avec les patients a été mentionnée à plusieurs reprises par les pharmaciens. Les interactions personnelles et répétées avec les patients a permis de créer une relation privilégiée et à favoriser une meilleure compréhension des besoins des patients.

P7 : « On a aussi notre patientèle comme les médecins. Ce sont quasiment toujours les mêmes patients qu'on voit, donc forcément un lien s'est tissé et ils sont fidèles à notre pharmacie »

P4 : « Certains patients me disent, « vous êtes ma pharmacie de référence » !!! »

3.2 Compétences mobilisées dans la gestion des SNP

La gestion des SNP mobilise à la fois des compétences techniques et relationnelles.

3.2.1 Compétences techniques

La gestion des SNP nécessitent une capacité d'évaluation de l'état clinique des patients afin de pouvoir les trier. C'est à partir de ces données que les pharmaciens pourront orienter les patients si besoin vers des structures adaptées. Sinon, leur prodiguer les conseils nécessaires.

P8 : « Nous devons être capables de faire un tri, de savoir ce relève de l'urgence ou non, et ce que l'on peut traiter nous-mêmes. »

P9 : « On effectue aussi des tests pour les angines , désinfecte des plaies , prend en charge des brûlures »

P4 : « Oui, quelqu'un qui vient de tomber dans la rue, qui arrive la tête en sang, on ne va pas le laisser comme ça, quoi. Bien sûr, on lui fait les soins de premiers secours, on évalue son état clinique si ce n'est pas trop grave, et après on essaye d'appeler quelqu'un de sa famille pour le raccompagner chez lui ou si c'est urgent, on appelle effectivement les pompiers ou le 15 pour l'emmener à l'hôpital. Oui, cela arrive régulièrement. »

3.2.2 Compétences relationnelles

La dimension humaine est tous aussi importante , les pharmaciens insistent sur les compétences relationnelles dans la gestion des SNP. Une grande partie des patients qui consultent sont anxieux et désemparés. Les pharmaciens jouent un rôle d'écoute active, de réassurance et d'accompagnement.

P2 : « Je pense que c'est aussi notre rôle de répondre à l'inquiétude des patients. »

P6 : « En voyant son soulagement, je me suis rendu compte que c'était ça mon rôle : pas seulement délivrer un médicament, mais prendre le temps de discuter, de trouver la meilleure solution, et de guider le patient dans le parcours de soins. »

3.3 Pandémie du Covid 19: révélateur des SNP

Les pharmaciens évoquaient la crise sanitaire comme le facteur ayant mis en exergue le rôle primordial du pharmacien. Ils ont été très sollicités et estiment avoir fait partie des premiers professionnels de santé en contact avec les patients.

P7 : « Pendant le covid, on était en première ligne, tellement sollicités pour des avis, des conseils, des orientations vers les structures adaptés pour ensuite faire les vaccins. »

3.4 Élargissement des missions

L'élargissement récent des missions a été perçu par les pharmaciens comme une opportunité de peaufiner leurs compétences et d'améliorer leurs implication dans le parcours de soin du patient.

Ils ont l'impression désormais de pouvoir répondre à une grande partie des demandes de SNP et de rendre service à la population.

P4 : « Avant, tout finissait aux urgences. Maintenant, sur 10 cas, on en règle 7 sur place. Ça soulage tout le monde. »

P1 : « À force de donner des conseils et de prendre en charge des petits maux, on voit bien qu'il y a une vraie demande de la population »

3.5 Évolution du métier de pharmacien: transition vers un rôle clinique

Les pharmaciens perçoivent la gestion des SNP comme un moyen de redéfinir leurs missions et leur identité professionnelle et non pas comme une charge supplémentaire

.

Ils voient une occasion de se recentrer sur l'aspect « soin » de leurs profession, se détachant ainsi de l'image traditionnelle du commercial, du « pousseur de boîte ».

Certains pharmaciens m'ont alors décrit un sentiment de fierté et de valorisation de leur métier. D'autres éprouvent un sentiment d'utilité renforcé notamment dans les déserts médicaux.

P8 : « Désormais, les patients nous considèrent plus comme des professionnels de santé que des vendeurs de médicaments. »

P9 : « Ça redonne du sens au métier. Enfin on fait du vrai soin, pas que de la dispensation ! »

En dehors de la reconnaissance officielle par les autorités de santé, c'est la reconnaissance par les patients qui renforce leurs motivations.

3.6 Perceptions des SNP par les patients selon les pharmaciens

Les patients perçoivent de manière positive, la disponibilité, la polyvalence et la réactivité des pharmaciens.

Les pharmaciens ressentent une confiance émanant des patients à leurs égards même si elle ne sera jamais aussi forte qu'avec leurs médecins traitants.

Certains pharmaciens se remémorent des retours valorisants :

P1 : « Un monsieur m'a dit : 'Grâce à vos conseils, j'ai pu éviter d'aller aux urgences pour rien !' Merci !! »

P6 : « Ils nous font confiance pour les problèmes de santé du quotidien, même s'ils savent qu'en cas de souci plus grave, il faut aller voir le médecin. »

3.7 Défis et risques liés à l'exercice du rôle

3.7.1 Contraintes organisationnelles

Cette accessibilité n'est cependant pas sans contreparties. Un flux de demandes imprévisibles oblige les pharmaciens à jongler entre les SNP et leurs missions traditionnelles entraînant une réorganisation de l'équipe officinale et une adaptation constante.

P1 : « Les gens attendent souvent juste derrière la personne qui est au comptoir. Forcément, ça limite nos échanges. Le secret médical, c'est pas trop ça hein !!! hahaha »

P3 : « Honnêtement, parfois c'est assez compliqué de tous gérer, t'as des patients qui sont pas bien , tu dois décider si oui ou non c'est du ressort des urgences , quoi faire, et puis t'as une file de patients à coté qui veulent renouveler leurs ordonnances ou acheter de la crème pour le visage, donc parfois j'avoue qu'on se retrouve dans des situations , on a envie de se tirer les cheveux. »

La gestion de l'urgence peut complètement désorganiser le fonctionnement de la pharmacie.

P5 : « On ne sait jamais à l'avance comment la journée va se dérouler. Il y a des journées hyper calmes, et puis le lendemain c'est la folie : tu peux avoir cinq ou six patients qui arrivent en même temps avec des soucis urgents. Il y a des jours comme ça, on a zéro répit : entre les ordonnances, les conseils ect.. On passe notre journée à jongler entre l'urgence et le reste, c'est épuisant. »

3.7.2 Charge mentale et physique

La charge mentale et physique qu'éprouvent les pharmaciens au quotidien aboutissent chez certains à un épuisement professionnel progressif.

P2 : « c'est du stress en continu, la charge de travail est énorme. À la fin de la journée ,je suis épuisée, la fatigue s'accumule. »

P6 : « Émotionnellement , c'est dur parfois, j'ai l'impression d'absorber toute l'angoisse et la peur des patients tous la journée. Parfois, je rentre chez moi, je repense à des histoires que les patients m'ont racontées, je n'arrive pas toujours à faire le vide dans ma tête »

3.7.3 Limites légales et responsabilité

Une frustration a été décrite par les pharmaciens concernant la prise en charge des SNP. Ils se sentent bridés dans leur capacité d'action , ils connaissent la prise en charge mais sont limités dans ce qu'ils ont le droit de faire ou non sous peine de sanction. Certains ont même avoué avoir pris des décisions à la frontière du cadre légal afin de pouvoir soulager au mieux les patients, se retrouvant partagé entre éthique et professionnalisme.

P7 : « Après, si je suis complètement honnête avec vous, avant tout ces protocoles, cela m'est déjà arrivé de donner des antibiotiques à des femmes qui venait pour brûlures mictionnelles sans ordonnance »

P8 :« Parfois, on est tentés de déroger aux règles pour aider un patient qui souffre, mais on sait qu'on prend un risque. »

P1 :« Cela nous arrive de bricoler un peu... Comme quand on donne de la fosfomycine sans ordo, on sait que c'est pas trop légal quoi. »

Ce sentiment s'est tout de même atténué depuis l'autorisation de délivrer les antibiotiques en autonomie sans dépendre d'une structure d'exercice coordonnée .

P12 :« Depuis qu'il y a les protocoles qui nous autorise la délivrance des antibiotiques sans forcément passer par un médecin, je suis un peu plus soulagée , je sais que j'aurai un champs d'action un peu plus large et que je pourrai aller au bout de ma prise en charge »

3.8 Formations

Les limites de leurs compétences sont revenues de manière récurrentes dans les entretiens et ont été identifiées comme un frein à cette gestion des SNP par les pharmaciens. En effet, les pharmaciens les plus jeunes estiment ne pas avoir reçu une formation initiale adaptée aux réalités du terrain. Quant aux pharmaciens les plus âgés, ils sont plus à l'aise mais en partie grâce à l'expérience accumulée ces dernières années pour compenser ces lacunes. Les pharmaciens expriment une volonté claire de monter en compétences et d'être mieux formés afin de pouvoir sécuriser leur pratique et répondre de manière optimales aux demandes de SNP.

P6 : « On a eu quelques notions à la fac, que de la théorie, mais en pratique, on a surtout travaillé sur les ordonnances. Cela étant, les profs le savent très bien qu'en pratique, il y a beaucoup de soins non programmés. Et c'est pour ça qu'il nous demande de travailler à côté de nos cours pendant les études, parce que ce n'est pas pareil. »

P2 : « Alors moi je pêche un peu en dermato. J'aimerais avoir des formations dans ce domaine, oui. On n'y est pas du tout formé hormis quelques cours théoriques. »

P2 : « J'ai eu un jour une patiente qui s'est faite projetée par une porte automatique, elle était ensanglantée, elle vient nous voir, je pense qu'on devait être sur son chemin. Je la fais asseoir, j'évalue son état, j'essaye de nettoyer la plaie du crâne. C'était profond, je panique, je me dis imagine, une fracture du crâne ? J'appelle les pompiers directs. Dans cette situation, je n'étais pas capable, je me sentais démunie. Parfois on reçoit ce type de cas et je me dis qu'on est ni formé pour et surtout , c'est pas de notre ressort »

P6 : « Parfois, je me sens impuissant. Le patient est là, et j'ai l'impression de ne pas pouvoir l'aider autant que je le voudrais. C'est frustrant, parce que je veux faire plus mais on arrive au bout de ce que je peux faire, obligé de le reconnaître. »

4. Outils et ressources à disposition pour répondre aux SNP

Devant l'augmentation croissante des SNP, plusieurs outils et ressources ont été mis de manière progressive à disposition à l'officine afin de faciliter la prise en charge des SNP par les pharmaciens.

Des logiciels d'aide à la décision, aux protocoles de coopération ou encore aux outils technologiques, ces outils sont bien accueillis par les pharmaciens mais restent encore intégrés de manière inégale au sein de l'officine freinés par des obstacles techniques , culturels et organisationnels.

4.1 Logiciel d'aide à la décision : entre standardisation et intuition

Les pharmaciens utilisent plusieurs logiciels qui les aident au quotidien.

P11 : « Personnellement, j'utilise pas mal Antibioclic , cela me permet de vérifier les posologies prescrites, je trouve cela plus rassurant »

Parmi ces ressources, des arbres décisionnels et des organigrammes ont été spécifiquement conçus à destination des pharmaciens d'officines afin de les aider à évaluer l'état clinique des patients et de parvenir à une décision concernant la prise en charge. Ils standardisent les réponses mais peuvent manquer parfois de flexibilité.

P8 : « J'utilise pas mal « pharmaReco » « au quotidien pour m'aiguiller. C'est un site internet hyper intuitif il y a plein de conduite à tenir pour différentes pathologies »

4.2 Protocoles de coopération

Protocoles réglementés: légitime le rôle du pharmacien

Il existe des protocoles réglementés qui ont été modifiés récemment et qui autorisent les pharmaciens à délivrer sous certaines conditions, sans ordonnances et sans accord préalable des MG, des antibiotiques après réalisation d'un test. C'est le cas des TROD pour les angines à streptocoques et des bandelettes réactives urinaires pour les cystites aiguës.

Les pharmaciens ressentent moins de frustrations et peuvent répondre , à l'aide de ces protocoles , à un bon nombre de SNP. Cela facilite la réponse à certains motifs de SNP et permet de fluidifier le parcours de soins des patients. La pratique est plus sécurisée avec un cadre strict. Certains pharmaciens nuancent quand même leurs propos, il y a beaucoup de critères d'exclusion dans ces protocoles. Ils font souvent face à une réalité tout autre ou les patients ne rentrent dans aucune case. Ils insistent sur le fait que rien ne remplacera l'avis d'un médecin généraliste en cas de doute sur une prise en charge.

P5 :« Quand un patient ne rentre pas dans les critères du protocole, on doit improviser. C'est là que la collaboration avec le médecin serait cruciale. »

P6 : « Je trouve cela vraiment dommage, c'est bien les protocoles mais cela n'est pas suffisant, c'est le lien avec les médecins généralistes, que je recherche. Justement, je voulais faire un protocole avec l'aval d'un médecin dans le cadre de la CPTS. Mais les médecins de la CPTS n'étaient pas très chauds, ils ne voulaient pas prendre cette responsabilité. Et j'avais trouvé un médecin qui était d'accord mais il n'appartenait pas à la CPTS, et donc ça a bloqué. On devait être en coordination avec un médecin pour pouvoir le faire, et c'était un protocole. Le médecin était censé nous former, nous apprendre. Il disait que c'était beaucoup d'administratifs que nous en tant que pharmacien on n'avait pas forcément le temps pour ça. Que c'était une prise de risque car on voyait des patients qu'on que probablement on ne verrait plus jamais qui n'avait pas forcément de suivi et qu'il ne voulait donc pas engager leurs responsabilités. »

4.3 Intégration des outils technologiques dans la pratique quotidienne

En cas de nécessité d'un avis médical, ils peuvent avoir recours aux plateformes de télé expertise, ou alors orienter les patients vers les bornes de téléconsultation.

4.3.1 Bornes de téléconsultation: complémentarité ou concurrence?

En cas de nécessité d'un avis médical , les MG étant souvent difficile à joindre, les bornes de téléconsultations semblent être une alternative pour répondre aux demandes de soins non programmés.

Avantages

En l'absence de médecins disponibles , les pharmaciens peuvent orienter les patients vers les bornes de téléconsultations. Ils peuvent donc avoir accès à un avis médical assez rapidement. Il s'agit d'un gain de temps pour le patient.

P9 : « De temps en temps, cela peut être utile quand on est en plein doute , qu'on a besoin d'un avis médical rapidement et qu'aucun médecin généraliste n'est joignable. »

Limites

Certaines limites ont été soulignées par les pharmaciens : le manque de confidentialité et d'espaces dédiés dans certaines officines, l'absence d'examen clinique et l'absence de suivi, une connexion internet instable notamment en zone rurale .

P4 : « Oui, haha. Mais nous, dans notre ville, le flux internet est très instable et notre cabinet tenait pas du tout. On avait fait des tests et ça se déconnectait en permanence donc bon, il n'y a rien qui va quoi. »

P6 :« Quand la connexion saute, on est coincés. Et les patients âgés n'y comprennent rien. »

L'absence d'examen clinique peut parfois être pallié par la présence du pharmacien d'officine qui fait office de présence.

P2 : « en ce qui me concerne je trouve que la qualité du praticien derrière ne suit pas forcément si on n'accompagne pas le patient donc personnellement je ne laisse jamais un patient tout seul en borne de téléconsultation, je ne vois pas l'intérêt si la qualité n'y est pas. Les médecins sont chez eux, ils prennent aucun risque, parfois prescrivent des antibiotiques sans auscultation, aucune présentation de leurs parts, certains ont des paquets de chips à la main, sur leurs canapés, ce n'est pas très sérieux je trouve quand même. On se retrouve avec des médecins qui ne connaissent ni le patient ni son dossier médical. Après si je vois en effet que le médecin est ouvert à la discussion, j'essaie un peu de parler avec lui, de la prise en charge, des médicaments à donner, parce que c'est vrai qu'après c'est moi qui vais délivrer les médicaments donc j'estime que j'ai le droit de comprendre les prescriptions, ce qu'il a l'intention de donner pour vite m'adapter. »

P6 : « Nous, on fait la téléconsultation médiée, personnellement je ne laisse jamais un patient seul à une borne de téléconsultation, je suis à côté, pour expliquer tout le dossier du patient et les traitements qu'il prend. On fait le bilan ensemble, c'est assez chronophage, mais ça permet au médecin d'avoir toutes les infos »

Certains pharmaciens émettent une réserve quant à l'utilisation des bornes de téléconsultation qui peuvent conduire à des dérives : relation parfois inexistante avec l'équipe officinale , la pharmacie servant uniquement de local technique.

P7 :« Je trouve que c'est une très mauvaise idée. Les patients y prennent rendez-vous sur Doctolib pour avoir accès à la borne de téléconsultation. Ils voient un médecin, ont leur ordonnance puis partent. Parfois, ni bonjour ni rien ils font comme si on n'existait pas, qu'on n'était pas au comptoir. Ce n'est pas le marché en fait, ils ne rentrent pas quand ils veulent, font ce qu'ils ont à faire ensuite sortent. »

Concurrence perçue avec les MG

Certains pharmaciens craignent que l'utilisation de bornes de consultations ne soient perçus comme un empiètement sur le travail des médecins généralistes de proximité.

P1 : « Non , moi honnêtement, ma pharmacie est littéralement collée au cabinet de médecine générale avec lequel je travaille main dans la main , ce serait un affront haha d'installer des bornes de téléconsultation et puis j'en ai pas réellement besoin.»

P12 : « J'ai fait le tour du quartier pour sonder un peu les avis des médecins généralistes avant d'installer des bornes de téléconsultations. Cela ne les a pas dérangés, ils sont déjà assez surchargés comme cela je pense. »

4.3.2 Télé expertise

L'outil de télé expertise semblait faire l'unanimité auprès des pharmaciens. En effet , il était perçu comme un soutien direct à la pratique professionnelle. Les pharmaciens se sentaient intégrés dans le parcours de soin du patient. Cet outil s'inscrivait dans une démarche de collaboration avec les autres professionnel de santé. Malgré tout, son utilisation par les pharmaciens restait marginale. Plusieurs freins ont été rapportés par les pharmaciens : un manque de formation, la méconnaissance de l'utilisation de cet outil. Au-delà de ça, une partie des pharmaciens reconnaît être peu habitué au travail d'équipe à distance mais plutôt à un fonctionnement interne au sein de l'officine.

P8 : « En cas de nécessité d'un avis médical, on peut avoir recours aux plateformes de télé expertise comme omnidoc par exemple. C'est utile après je ne l'utilise que de manière très ponctuel, question d'habitude je pense »

P12 : « On a l'habitude de bosser entre nous, dans l'équipe. Avec les autres, on communique quand on a un contact direct, mais c'est vrai que les outils comme la téléexpertise, c'est pas encore un réflexe. On ne sait pas toujours vers qui se tourner. Parfois trop d'outils tuent les outils. On doit essayer d'évoluer en même temps que toute cette technologie »

5. Relations avec les professionnels de santé

La gestion des SNP génèrent des interactions entre le pharmacien et les autres acteurs du système de santé : les médecins généralistes, les infirmiers et les structures de coordination comme les CPTS. La collaboration se révèle à la fois souhaitée mais difficile à mettre en place.

En ce qui concerne la relation avec les MG, des obstacles pratiques existent (communication limitée, manque de temps, méconnaissance mutuelle des rôles) et culturels (paternalisme perçu, sentiment de « concurrence » autour des SNP).

L'émergence de dispositifs de coordination, comme les CPTS, montre que de nouveaux espaces d'échanges peuvent améliorer cette collaboration même s'il persiste un engagement inégal des différents professionnels de santé.

De plus, la collaboration avec d'autres acteurs de la santé, notamment le Service d'Accès aux Soins (SAS) reste insuffisamment valorisé et exploité.

5.1 Relation avec les médecins généralistes: entre souhait et réalité

5.1.1 Une collaboration souhaitée mais rare

Les pharmaciens interrogés expriment une volonté forte de collaboration. Il s'agit d'une relation souhaitée mais quasi inexistante. En effet, les pharmaciens estiment qu'une collaboration avec les MG permettraient une meilleure prise en charge des SNP. Ils ont également exprimé un sentiment d'isolement dans leur pratique au quotidien.

P11 : « Ce type de collaboration peut être bénéfique : on gagne en efficacité, et le patient en profite directement, c'est gagnant-gagnant »

P8 : « On est un peu tout seuls dans notre pharmacie hein, on aimerait se sentir un peu plus épaulés par les médecins. »

Les médecins sont décrits comme injoignables et surchargés. La plupart n'ont pas de ligne direct , et la ligne pour joindre la secrétaire est la plupart du temps saturée.

P3 :« On perd un temps fou juste pour essayer de joindre un généraliste. On tombe souvent sur la secrétaire et encore »

P6 :« On espère sincèrement une meilleure entente avec les médecins. Parfois, on a l'impression de travailler en parallèle plutôt qu'ensemble. »

Cette collaboration se limite le plus souvent à des échanges téléphoniques à l'initiative du pharmacien, et ces échanges semblent être plus informatifs que collaboratifs.

P5 :« On appelle pour confirmer une posologie ou un dosage, mais on ne discute pas de prise en charge . »

Une minorité de pharmaciens arrive à tout de même à maintenir une bonne relation avec les MG. Il s'agit de pharmacie de proximité , collée au cabinet médical , fonctionnant par échanges de bons procédés et communiquant avec leurs téléphones portables personnels.

5.1.2 Absence de coordination

Quand les pharmaciens orientent les patients vers les MG, il y a rarement un retour. Certains pharmaciens considèrent qu'un retour d'information renforcerait la qualité de la prise en charge et améliorerait la relation entre les deux professionnels de santé.

P3 :« Sans feedback, on ne sait pas si notre orientation était pertinente ou non, alors qu'on pourrait encore gagner en efficacité. »

5.1.3 Dynamique de pouvoir et paternalisme

Les pharmaciens perçoivent de manière fréquente une posture paternaliste de la part des MG. Ils ont la sensation d'être réduit à un simple rôle d'exécutant. Ils ressentent de la part des MG un manque de confiance qui peut s'expliquer selon eux pas cette double casquette de professionnel de santé et de commerçant.

P5 : « On ressent parfois une forme de condescendance de leurs parts, l'impression qu'on nous considère comme de simples exécutants plutôt que comme des partenaires de travail. »

5.1.4 Concurrences perçues autour des SNP

Avec les nouvelles missions confiées aux pharmaciens, des zones de concurrences potentielles avec les médecins généralistes ont été mises en lumière.

Certains médecins généralistes donnent l'impression aux pharmaciens qu'ils « volent leurs consultations faciles »

P9 : « La question des TROD angine a créé des tensions. Certains médecins ont l'impression qu'on empiète sur leur domaine. »

P12 : « Un médecin m'a clairement dit qu'on lui volait ses petites consultations. »

Quelques MG considèrent que certaines demandes que gèrent les pharmaciens ne sont pas légitimes et ne devraient relever que de la médecine général. D'autres semblent au contraire favorable à voir les pharmaciens réduire une partie de la charge de travail lié aux SNP.

5.2 Les CPTS: levier d'amélioration pour la collaboration avec les MG

5.2.1 Levée d'anonymat et échanges formalisés

L'appartenance à une CPTS permet d'identifier les médecins généralistes partenaires et à fluidifier les orientations.

P6 : « Personnellement oui, appartenir à une CPTS m'a permis de me créer un petit réseau, d'avoir des contacts. J'ai pu me rapprocher beaucoup plus des prescripteurs et j'ai donc maintenant plus de facilités à les contacter. Pour l'activité au sein de la pharmacie ce n'est pas forcément un plus mais je pense que ça peut se développer dans le futur. »

P7 : « Je dirais que l'avantage de l'appartenance à une CPTS, c'est cette levée d'anonymat. »

5.2.2 Réunion interprofessionnel

Au sein des CPTS, les échanges entre les professionnels de santé ont lieu dans des espaces dédiés pour discuter des protocoles communs et clarifier les rôles de chacun.

Les pharmaciens témoignent des avantages apportés par ces réunions régulières : discuter des difficultés rencontrées au quotidien,

P8 : « Les réunions en CPTS ont permis de briser la glace avec des médecins généralistes. Maintenant, on se connaît, c'est donc plus facile de travailler ensemble. »

P5 : « Ça reste ça le plus important je pense dans la construction d'une équipe pluriprofessionnelle, c'est de passer du temps humain ensemble. »

5.2.3 Des Limites liées à l'engagement et à la disponibilité

Certains pharmaciens ne participent pas de manière régulière à ces réunions. Cet investissement dans les CPTS est considéré comme chronophage. L'engagement reste hétérogène entre ceux qui s'investissent et ceux qui restent en retrait, ce qui nuit à l'efficacité globale du dispositif.

P2 : « Après normalement, quand t'as l'envie d'appartenir à une CPTS c'est que t'as aussi envie de collaborer, de rencontrer d'autres professionnels de santé, t'es quelqu'un d'assez actif. »

P5 : « Oui j'appartiens à une CPTS. Alors, le sigle...Territoire Santé je me souviens plus trop hahahahhahah. J'en fais partie. J'en fais partie, mais je ne suis pas du tout actif dessus par manque de temps. Mais je fais partie d'une CPTS. Ce n'est pas forcément une plus-value pour moi. Je ne fais rien dedans, je n'ai pas le temps de consacrer du temps dessus. »

5.3 Pistes d'amélioration

Formation interprofessionnelles

La collaboration entre les pharmaciens et les MG a été jugée insuffisante. Néanmoins, les pharmaciens ont souligné que, durant leurs cursus universitaires, n'avoir eu que très peu d'occasions de se former et s'exercer à travailler ensemble.

P7 :« On n'a pas été formés pour ça , ni les médecins ni nous, pour bosser ensemble. On découvre souvent sur le tas comme tout le monde. »

Stéréotypes ancrés

Selon les pharmaciens, cette hiérarchie qui s'opère entre les pharmaciens et MG était déjà présente sur les bancs de la fac.

P11 : « Dès la fac déjà, on avait l'impression qu'il y avait un classement : le médecin au sommet et le pharmacien juste en soutien. »

P6 : « Parfois , j'ai l'impression qu'on doit prouver plus notre valeur, parce que l'image du médecin prime. »

5.4 Collaboration avec d'autres professionnels de santé

Les pharmaciens peuvent échanger avec d'autres acteurs du système de santé comme les infirmiers ou le SAS par exemple.

De manière globale, la relation avec les infirmiers était positive, constructive et fonctionnait dans les deux sens.

P12 : « Oui globalement , la relation avec les infirmiers est bonne, on peut s'appeler ponctuellement pour l'évolution d'un pansement par exemple ou des questions »

En revanche , en ce qui concerne le SAS, les pharmaciens regrettaient de ne pas être mieux intégrés et valorisés dans ce dispositif de régulation des SNP. Aucun d'entre eux n'a jamais eu à faire au SAS. Probablement dû à une méconnaissance de leurs part sur le rôle du pharmacien et à un manque de directives officielles.

P10 : « En théorie, ils pourraient nous envoyer des patients qui n'ont pas forcément besoin de consulter un médecin, pour des symptômes mineurs, mais en pratique on n'a jamais reçu personne via ce système. »

P1 : « C'est dommage, car on pourrait réellement contribuer à fluidifier l'accès aux soins. Je ne sais pas, peut-être qu'ils ne sont pas au courant qu'on existe et qu'on fait partie du dispositif »

Figure 1: Représentation schématique des résultats

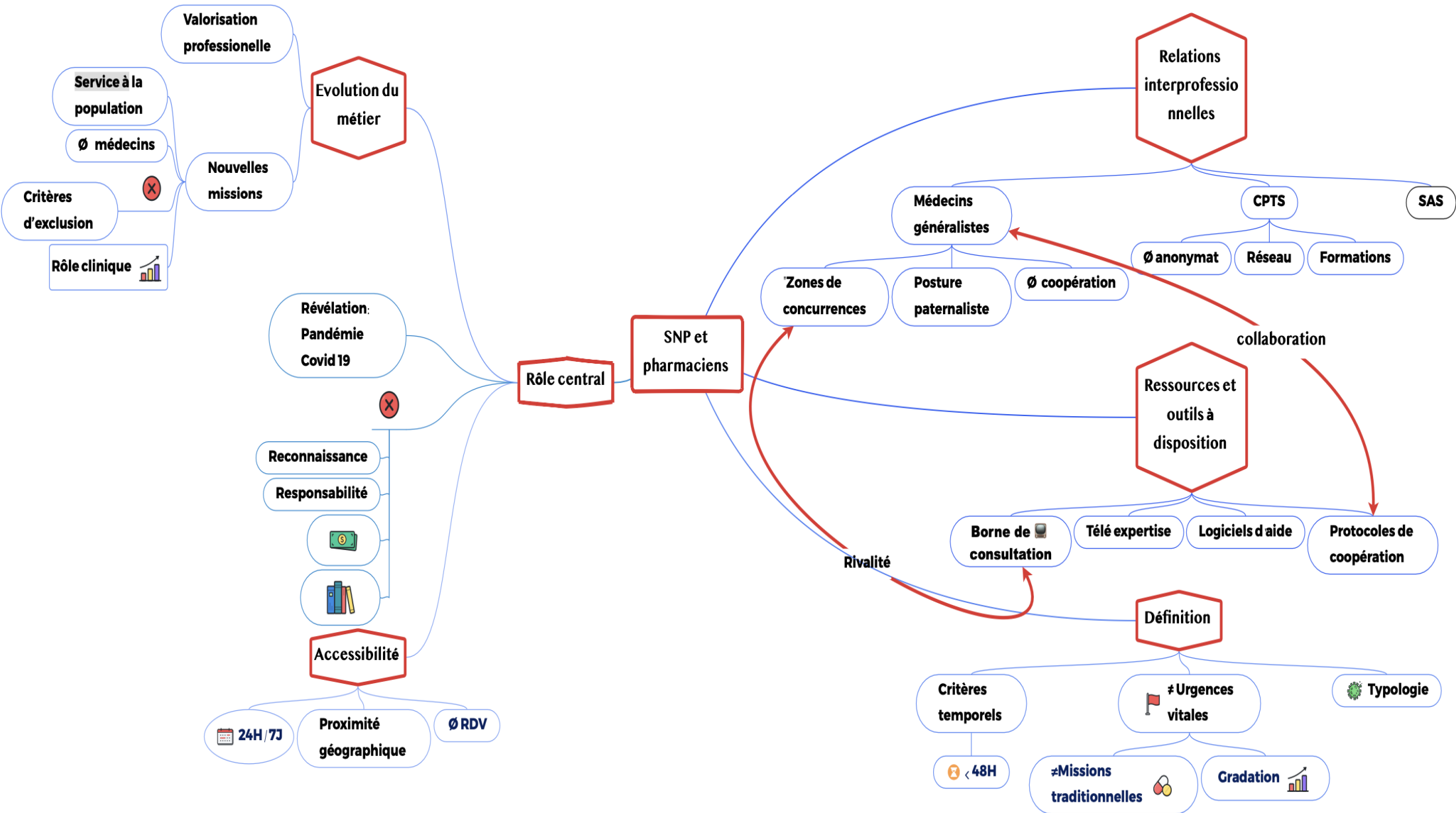


Tableau 3: Matrice SWOT

SWOT – Gestion des Soins Non Programmés par les Pharmaciens en Île-de-France

FORCES	FAIBLESSES
- Accessibilité géographique et temporelle forte des pharmacies (maillage territorial, horaires étendus).	- Collaboration limitée avec les médecins généralistes, communication difficile, coordination rare.
- Relation de proximité et de confiance avec les patients, premier recours fréquent.	- Formation initiale insuffisante pour gérer les SNP, notamment pour les jeunes pharmaciens.
- Compétences techniques et relationnelles mobilisées efficacement (tri, écoute, orientation, premiers soins).	- Contraintes organisationnelles (flux imprévisible, surcharge de travail, tension entre tâches traditionnelles et SNP).
- Protocoles réglementés (TROD angines, cystites) permettant une certaine autonomie dans la prise en charge.	- Limites légales perçues comme frein à l'action, sentiment de responsabilité non reconnue institutionnellement.
- Utilisation croissante d'outils d'aide à la décision (Antibiocllic, PharmaReco, etc.).	- Intégration inégale et marginale des outils numériques comme la téléexpertise ou téléconsultation.
OPPORTUNITÉS	MENACES
- Développement de la télémédecine, téléexpertise pour faciliter la prise en charge partagée et réduire l'isolement.	- Risque d'épuisement professionnel lié à la charge mentale/physique accrue et au manque de reconnaissance.
- Valorisation du rôle clinique du pharmacien, revalorisation de l'image professionnelle auprès des patients.	- Concurrence perçue avec les médecins généralistes, tensions autour du périmètre des missions (ex: TROD).
- Appartenance à une CPTS favorisant la collaboration interprofessionnelle et la levée d'anonymat.	- Inégalités d'engagement dans les CPTS, manque de temps pour la participation, efficacité inconstante du dispositif.
- Intégration future des pharmaciens dans le Service d'Accès aux Soins (SAS) pour fluidifier le parcours de soins.	- Dérives d'usage des bornes de téléconsultation (perte de lien avec patients, perception de simple « local technique »).
- Evolution législative possible pour élargir les compétences (modèle québécois, britannique à suivre).	- Absence de rémunération pour la gestion globale des SNP (hors actes techniques), pouvant décourager l'implication.

DISCUSSION

1. Présentation des résultats

Les résultats de notre étude suggèrent que les pharmaciens définissent les soins non programmés comme des demandes imprévues, spontanées basées sur le ressenti du patient, incluant une palette de motifs médicaux et pharmacologiques allant de simples conseils à des urgences beaucoup plus graves nécessitant une prise en charge assez rapidement.

La gestion des SNP positionne le pharmacien d'officine comme un acteur de première ligne. Les pharmaciens mettent en avant leur accessibilité immédiate offrant un accès aux soins facilités.

Gérer les SNP fait partie intégrante des compétences du pharmacien. En effet, ils possèdent des compétences de tri, d'adressage, d'orientation à un autre professionnel de santé si besoin, de conseils/écoute et de réassurance.

Récemment ils se sont vus confiés de nouvelles responsabilités générant des contraintes organisationnelles en termes de gestion du temps et émotionnelles dû à la surcharge de travail .

Les pharmaciens décrivent la mise en place progressive de plusieurs outils afin d'optimiser la prise en charge des SNP mais les avis quant à leurs efficacités sont assez partagés. La téléconsultation est reconnue comme une solution rapide afin d'obtenir l'avis d'un médecin rapidement mais son utilisation est freinée notamment par des problèmes techniques et par les dérives de certains usagers quant à leur utilisation. La téléexpertise est jugée encourageante mais d'utilisation encore trop marginale et peu intégrée dans la pratique du pharmacien d'officine. Depuis juin 2024, la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique et de bandelette urinaires sont possible à l'officine, permettant la délivrance d'antibiotiques, sous certaines conditions, sans accord préalable d'un médecin généraliste. Cette avancée est bien accueillie par les pharmaciens, qui y voient une reconnaissance de leur profession. Néanmoins, ces protocoles réglementés ne couvrent qu'une partie des situations rencontrées à l'officine, pour lesquels un avis médical serait le bienvenue.

La collaboration avec les médecins généralistes, jugée essentielle à l'unanimité par les pharmaciens reste le maillon faible dans cette prise en charge des SNP. En pratique, la communication directe reste rare hormis quelques exceptions, contraignant les pharmaciens à prendre en charge souvent seul les SNP. Ils se sentent considérés comme de simples « exécutant » et non comme un binôme parfois même comme des concurrents débordant sur leurs travaux.

À l'inverse, la relation avec les infirmiers est décrite comme fluide et positive.

En revanche, une absence totale de contact avec le SAS est rapportée par les pharmaciens, ce qu'ils regrettent, estimant que leur rôle de professionnel de premier recours pourrait y être pleinement intégré.

Des leviers d'améliorations ont été identifiés : les CPTS donnent lieu à un cadre de dialogue entre les professionnels de santé permettant une levée d'anonymat et propice à une meilleure coordination, sous réserve de l'implication des différents protagonistes étant assez inégale.

2. Comparaison avec la littérature existante

2.1 Définition des SNP

La littérature étrangère retrouve une définition des SNP équivalente à celle définie par les pharmaciens de notre étude. Le NHS écossais décrit les SNP comme « tout qui ne peut être prévu ou planifié à l'avance »(22). La seule différence notable est que notre étude met l'accent sur la dimension émotionnelle du patient, sur cette idée d'« urgence ressentie » sans qu'il y ait nécessairement une gravité médicale alors que dans la littérature étrangère, l'accent porte davantage sur l'organisation et la planification.

2.2 Critère temporel/ Gradation des SNP

De manière générale, le critère temporel dans la définition des SNP est un dénominateur commun dans la littérature. Dans notre étude, les pharmaciens définissent les SNP selon un critère temporel et donc devant être pris en charge dans les 24H-48h, au Royaume-Uni, les SNP sont également définis comme ceux devant être pris en charge en moins de 24H(23).

Au Royaume -Uni, une distinction est effectuée par le NHS England entre les demandes en « urgent care » (à prendre en charge sous 7 jours) et les « emergency care » (sous 24H) sans qu'aucun des deux ne relèvent d'une urgence vitale(24).

Cette gradation des SNP rejoint les résultats de notre étude dans laquelle, les pharmaciens catégorisaient les demandes de SNP, entre celles jugées urgentes médicalement et complexes et celles uniquement « ressentie » par le patient.

Les recommandations britanniques se basent surtout sur la nature des symptômes alors que dans notre étude, les critères étaient essentiellement l'âge du patient (nourrissons, patient très âgés ect..)

2.3 Typologie des SNP

Dans notre travail, les pharmaciens décrivent un panel de cas rencontrés au quotidien : éruption cutanée, conjonctivite, traumatismes ect.... Une différence est tous de même réalisée selon la zone exercée, en effet, en zone rurale, les SNP étaient jugés beaucoup plus complexes qu'en zone urbaine, dû à un manque d'alternatives en termes d'accès aux soins.

Dans la littérature , les études montrent globalement des motifs de recours aux soins non programmés similaires à notre travail : dermatologie (19%) (15) ; angine (11,6%)(25), troubles digestifs (11%)(26).

Nos résultats corroborent donc les tendances retrouvées dans la littérature en apportant un éclairage en plus sur l'impact du contexte géographique, moins mis en avant à l'étranger.

2.4 Rôle et compétence des pharmaciens

Au Canada, plus précisément au Québec, la « Loi 31 » démontre l'étendue et l'avancée du champs de pratique des pharmaciens. En effet, elle autorise la prescription et la délivrance de traitement contre le zona ou la grippe. Elle permet également aux pharmaciens de prescrire un traitement qui a déjà été prescrit initialement pour certaines pathologies dans les 2 (candidose orale, hémorroïdes) ou 5 (dermatite atopique, herpès labial, vaginite) années qui précèdent(27 ;28).

Depuis quelques années, le rôle du pharmacien est en constante évolution en France, illustré par les nouvelles responsabilités qui lui ont été confiées. Cependant, cette profession évolue bien plus lentement qu'à l'étranger.

On observe dans notre étude, une tendance à l'évolution professionnelle, assez similaire (TROD, ..) qui rejoint ainsi les autres études qui mettent en avant « la transition vers un rôle plus clinique » des pharmaciens, mais à un rythme beaucoup plus lent et en mettant en avant les limites et risques liées à cette évolution.

2.5 Collaboration pharmaciens/MG

Le projet netCare en Suisse permet aux pharmaciens de réaliser des consultations de premier recours afin de gérer les SNP, à l'aide d'arbres décisionnels coconstruit avec les MG. Sur plus de 4500 consultations, 75% ont été résolus par le pharmacien et seulement 5% ont été adressés à un médecin généraliste. C'est un modèle de collaboration abouti, basé sur une coopération avec les MG fiable et solide ou le pharmacien est complètement intégré aux soins de premiers recours (29).

Nos résultats restent assez contrastés avec les modèles qu'on retrouve à l'étranger : la collaboration entre les pharmaciens et les MG rencontre des difficultés tant organisationnelles que culturelles même si la volonté de collaborer est présente. La collaboration n'est pas encore aussi fluide et solide qu'elle peut être à l'étranger.

2.6 Rémunération

Au Royaume Uni, existe le « Community Pharmacy Contractual Framework (CPCF) » qui permet de prendre en charge les patients adressés pour des SNP (par le médecin généraliste ou le 111). Pour chaque patient, le pharmacien sera payé £14 pour l'évaluation et un conseil, indépendamment de la délivrance ou non d'un médicament(30).

Au Canada, les paiements pour la gestion des SNP n'ont été instaurés que récemment, mais en pleine évolution(31).

Nos résultats montrent une différence de rémunération des SNP comparés à l'étranger. La prise en charge des SNP n'est rémunérée qu'à travers un acte technique

(TROD, cystite). Les conseils, réorientation et le temps passé avec les patients ne sont en aucun cas valorisés.

3. Forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, le respect de la grille attestant d'une transparence de cette étude.

La principale force de cette étude est que jusqu'à présent, aucune étude n'avait abordé qualitativement les représentations des pharmaciens sur cette notion de soins non programmés.

Une autre force majeure de cette étude réside dans son approche qualitative approfondie qui a permis d'explorer en détail, avec une durée moyenne des entretiens de 49,08 minutes, les représentations des pharmaciens sur la notion de soins non programmés. De plus, la triangulation des données avec une seconde analyse indépendante effectuée par une autre chercheuse en médecine générale renforce la validité interne des résultats et limite le biais d'interprétation

La diversité des participants, répartis entre milieux urbains et ruraux au sein de plusieurs territoires d'Île-de-France constitue un autre atout permettant d'augmenter la validité externe de cette étude.

Toutefois, certaines limites doivent être soulignées. L'étude se concentre exclusivement sur l'Île-de-France, une région caractérisée par une densité médicale et pharmaceutique particulière, rendant difficile la généralisation à d'autres territoires moins dotés en infrastructures de santé, notamment en zone exclusivement rurale.

Il existe un biais d'investigation lié à l'absence d'expérience initiale en recherche qualitative de la chercheuse. Cela a pu limiter et influencer le recueil puis l'analyse des données. Enfin, un biais d'interprétation face à des données verbales subjectives a pu influencer les résultats mais a été limité par la tenue d'un outil réflexif (cf Annexe 5).

4. Perspectives

4.1 Implications pour la recherche

-Réaliser une évaluation quantitative et médico-économique des SNP en pharmacie afin de mesurer l'impact des récents changements organisationnels et d'analyser le

rapport coût-efficacité de l'implication des pharmaciens dans la gestion des SNP. Une étude des bénéfices en termes de réduction du recours aux urgences et aux consultations médicales permettrait de justifier un élargissement des missions des pharmaciens(32).

-Une autre perspective intéressante concerne l'exploration des points de vue croisés entre les différents acteurs du système de soins. Il serait utile d'analyser les convergences et divergences de perception entre les pharmaciens, médecins généralistes et infirmiers. Des études antérieures menées dans le cadre du projet MATCH ont déjà exploré certaines de ces populations, mais des recherches complémentaires croisées permettraient d'affiner la compréhension des dynamiques interprofessionnelles et d'identifier des leviers d'amélioration.

-Par ailleurs, l'extension géographique de l'étude constitue une piste de recherche. L'élargissement de l'enquête à d'autres régions de France permettrait d'identifier d'éventuelles spécificités territoriales et d'évaluer la généralisation des résultats obtenus en Île-de-France à d'autres contextes régionaux.

-Évaluer l'apport de la télémédecine et des outils numériques dans la gestion collaborative des SNP pourrait offrir de nouvelles perspectives d'organisation des soins et renforcer l'accessibilité des patients aux services de santé.

4.2 Implications pour la pratique clinique

-L'élaboration d'un modèle de collaboration interprofessionnelle est également essentielle. L'intégration efficace des pharmaciens dans la prise en charge des SNP nécessite la mise en place d'un cadre de travail collaboratif structuré entre pharmaciens, médecins généralistes et autres professionnels de santé. Cette approche permettrait d'optimiser la gestion des SNP et de renforcer la complémentarité des compétences dans un esprit de coopération.

-Une meilleure intégration des outils numériques au quotidien.

4.3 Implications pour la formation/l'enseignement

Il serait intéressant d'introduire des formations spécifiques sur les SNP dans le cursus des pharmaciens afin que leurs formations initiales soient en adéquation avec l'évolution croissante de leurs rôles. Au Canada, depuis 2015 l'université de

SasKatchewan a adapté son programme pour y inclure des cours dédiés à la prescription et à la gestion des affections bénignes (éruption cutanée, douleurs aiguës, infections virales) : « 90 heures de cours magistraux, 16 heures de TD et 10 heures de TP ». Ces enseignements se sont traduits par une progression du rôle du pharmacien à l'officine, un accès aux soins facilité et une meilleure satisfaction des patients sur la prise en charge des pharmaciens(33).

CONCLUSION

Les soins non programmés, définis de manière unanime par les pharmaciens comme des demandes imprévues et nécessitant une prise en charge rapide, sont devenus une part incontournable de l'activité officinale.

Du fait de leur accessibilité, les pharmaciens d'officine occupent une position centrale de premiers recours, répondant aux SNP par des compétences techniques et relationnelles.

Néanmoins, cette prise en charge s'accompagne d'une surcharge de travail, de contraintes organisationnelles et d'un isolement professionnel, notamment dû à la difficulté qu'ont les pharmaciens de collaborer avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

Il devient donc essentiel d'élaborer un modèle de collaboration/coopération interprofessionnelle avec les autres professionnels de santé, intégrant les pharmaciens.

La mise en place d'outils de communications partagés, d'une reconnaissance officielle et institutionnelle de leur rôle ainsi qu'une meilleure coordination avec les médecins généralistes permettraient d'optimiser la prise en charge des SNP et de fluidifier ainsi le parcours de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grall J-Y (Directeur général de l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais). *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences*. Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais; 2015 Juil.
2. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). *Actualités de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence – SFMU*. 2019.
3. ministère des Solidarités et de la Santé. *Rapport sur les soins non programmés en France*. 2019. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
4. IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé). *Les soins non programmés et le recours aux urgences hospitalières dans les pays de l'OCDE [Internet]*. Paris : IRDES; 2017. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-soins-non-programmes-et-le-recours-aux-urgences-hospitalieres-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>
5. Bouet P (Membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins). *Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2021*. 2021 Janv 1. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/2juin2021_projet_atlas_cartes_definitives_bdef_0.pdf
6. Mauro L. *Résultats du questionnaire patients – le parcours des personnes âgées aux Urgences*. DREES; 2014 Nov 18:1-16.
7. Sénat (France). *Rapport d'information n° 587 (2021-2022) : La permanence des soins ambulatoires : un service public à conforter [Internet]*. Paris : Sénat ; 2022. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-128.html>

8. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé Publique*.2021;33(4):517-26. doi: [10.3917/spub.214.0517](https://doi.org/10.3917/spub.214.0517)
9. APMSL (Association pour le Développement de l'Exercice Coordonné Pluriprofessionnel en Pays de la Loire). *Protocoles, ne confondons pas tout*. Pays de la Loire; 2023 Février. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/sites/apmsl/files/outils/fichiers/PPSPR-FPRAT-038-0223.pdf>
10. URPS Pharmaciens Grand Est. *Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]*. URPS Pharmaciens Grand Est ; 2018. Disponible sur : <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/138>
11. Association pour le Développement de la Médecine de Proximité en Soins Primaires (APMSL). *Protocoles de soins non programmés en maison de santé*. 2023. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/sites/apmsl/files/outils/fichiers/PPSPR-FPRAT-038-0223.pdf>
12. Harani A. Représentations des soins non programmés par les médecins généralistes en Île-de-France [thèse]. Bobigny: Université Sorbonne Paris Nord, Faculté de médecine; 2024. 84 p.
13. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining Quality of Care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
doi: [10.1016/s0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00057-5)
14. Société des Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique (SPHISP). *Référentiel métier Pharmacien Inspecteur de Santé Publique [Internet]*. France : SPHISP; 2020. Disponible sur : <https://www.sphisp.org/wp-content/uploads/2020/12/2020.11.25.-Referentiel-metier-PHISP-version-finale.pdf>
15. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). *La régulation du réseau des pharmacies d'officine [Internet]*. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/La-regulation-du-reseau-des-pharmacies-d-officine.html>
16. Laporte, Catherine, Frédéric Fortin, Julie Dupouy, David Darmon, Bruno Pereira, Nicolas Authier, Jessica Delorme, Chouki Chenaf, Hubert Maisonneuve, et Matthieu

Schuers. « The French ecology of medical care. A nationwide population-based cross sectional study ». *Family Practice* 41, n° 2 (1 avril 2024): 92-98. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmad098>.

17. Wilcke, C., L. Parenty, H. Zamolo, et F. Sarkozy. « [Community pharmacists are also first aid actors. Results of the survey on unscheduled care in pharmacies in the Grand Est region] ». *Annales Pharmaceutiques Françaises* 81, no 2 (mars 2023) : 380- 88. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.08.012>.

18. Hayhoe, Benedict, Jose Acuyo Cespedes, Kimberley Foley, Azeem Majeed, Judith Ruzangi, et Geva Greenfield. « Impact of Integrating Pharmacists into Primary Care Teams on Health Systems Indicators: A Systematic Review ». *British Journal of General Practice* 69, n° 687 (1 octobre 2019): e665-74. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X705461>.

19. Miller D, Bourgueil Y. Monographies du projet MATCH : tableau de synthèse et frise chronologique. Paris : EHESP, LEPS, GIRCI IdF ; 2021. 8 p.

20. Giorgetti-Paugam C. Les soins non programmés : notions, représentations, attitudes et modes de gestion. Résultats de l'enquête menée auprès des professionnels de santé et des usagers dans le cadre du projet Match [Internet]. Paris : Institut Jean-François Rey ; 2022 [cité le 21 mars 2025].

21. Sauramps Médical. *Initiation à la recherche qualitative en santé [Internet]*.

22. Community Pharmacy Scotland. *Unscheduled Care [Internet]*. Disponible sur: <https://www.cps.scot/unscheduled-care>

23. Nicholson BD, Mant D, Neal RD, Hart N, Hamilton W, Shinkins B, et al. International variation in adherence to referral guidelines for suspected cancer: a secondary analysis of survey data. *Br J Gen Pract.* 2016;66(643): e106-13. doi: 10.3399/bjgp16X683413

24. NHS Improvement. *Making connections with the challenges of unscheduled care*. London: NHS Improvement. Disponible sur:

<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Unscheduled-Care.pdf>

25. Welsh Government. *Community pharmacy services: April 2023 to March 2024 [Internet]*. Cardiff: Welsh Government; 2024 [cité le 3 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.gov.wales/community-pharmacy-services-april-2023-march-2024-html>

26. Boag L, Stewart D, MacLure K, Cunningham S, Boyter A, Akram G, et al. *Community Pharmacy Scotland: A Mixed Methods National Evaluation of the Experiences of Service Users of the Minor Ailment Service*. 2018 Nov. Disponible sur: <https://ihub.scot/media/7311/cps-mas-report-fv-jan-2019.pdf>

27. Ordre des pharmaciens du Québec. *Guide d'exercice : les activités professionnelles du pharmacien [Internet]*. 2020 [cité 12 fév 2025]. Disponible sur : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/12/Guide_exercice_nouv_act_VF.pdf

28. Ordre des pharmaciens du Québec. *Projet de loi 31 : résumé des activités professionnelles des pharmaciens [Internet]*. 2020 [cité 12 fév 2025]. Disponible sur: https://www.opq.org/wpcontent/uploads/2021/03/Resume_PL31_OPQ_VF.pdf

29. Ruggli M, Iten S, Jordan D, Erni P. *netCare, une nouvelle prestation dans les Pharmacies suisses*. 2014.

30. Hussain R, Babar Z-UD. Global landscape of community pharmacy services remuneration: a narrative synthesis of the literature. *J Pharm Policy Pract*. 2023; 16:118.

doi: 10.1186/s40545-023-00626-0

31. Alberta.gov. *Pharmacy services and fees*. 2021 [cité 10 mars 2025]. Disponible sur : <https://www.alberta.ca/pharmacy-services-and-fees.aspx>

32. Khmour MR, Agus AM, Kidney JC, Smyth BM, McElroy JC. Cost-utility analysis of a pharmacy-led self-management programme for patients with COPD. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(4):665-73.

33. Pawluk SA, Farris KB, Morecroft C, Luder HR, Saba M, Wiley KE, et al. Training pharmacy students to provide minor ailment management services. *Can Pharm J(Ott)*. 2016;149(4):219-29. doi: 10.1177/1715163516650095

Ce travail a bénéficié de l'assistance d'outils d'intelligence artificielle, pour reformulation de certains paragraphes. Les résultats produits par ces outils ont été soigneusement vérifiés et validés par les auteurs afin de garantir leur exactitude et leur conformité aux standards scientifiques. L'utilisation de ces technologies s'inscrit dans une démarche d'optimisation des processus de recherche et de rédaction

ANNEXES

Annexe 1 :Guide d'entretien initial

- 1) Pourriez-vous me raconter le dernier contact que vous avez eu avec un patient ?
- 2) Qu'est-ce que vous comprenez quand vous entendez le terme de soins non programmés ?
- 3) Parlez-moi de votre rôle dans la gestion des soins non programmés.
- 4) Que pensez-vous des nouvelles missions qui vous ont été confiées ? Qu'est-ce que cela vous apporte en tant que professionnel de santé ?
- 5) Comment se passe la collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier avec les médecins généralistes ? Décrivez-moi cette relation.
- 6) Comment voyez-vous l'avenir ? l'évolution de votre profession ? Que faudrait-il améliorer ?

Annexe 2 : Guide d'entretien final

- 1) Pourriez-vous me raconter le dernier contact que vous avez eu avec un patient ?
- 2) Qu'est-ce que vous comprenez quand vous entendez le terme de soins non programmés ?
- 3) Parlez-moi de votre rôle dans la gestion des soins non programmés.
- 4) Que pensez-vous des nouvelles missions qui vous ont été confiées ? Qu'est-ce que cela vous apporte en tant que professionnel de santé ?
- 5) Comment se passe la collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier avec les médecins généralistes ? Décrivez-moi cette relation.
- 6) Comment voyez-vous l'avenir ? l'évolution de votre profession ? Que faudrait-il améliorer ?

Annexe 3 : Grille COREQ

Item N°	Guide questions/description	Réponses
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel où L'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	DJAOUTI Mélissa
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple: PhD, MD	Sans titres académiques
3. Activités	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Novice
Relations avec les participants		
6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de étude?	Non
7. Connaissances des Participants au sujet De l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Thème de la recherche
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	Thème de la recherche
Domaine 2: Conception de étude		
Cadre théorique		
9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Phénoménologie
Sélection des participants		
10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Effet boule de neige
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Courriel
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	12
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0
Contexte		
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Lieu de travail et lieu public
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Cf page 15
Recueil des données		

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au peelable?	Oui
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données?	Enregistrement audio
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?	Pendant et après l'entretien (journal de bord)
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	49 minutes en moyenne
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux Participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui
Domaine 3: Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage?	Oui
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données?	Déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données?	MAXQDA24
28. Participant checking	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Oui
Rédaction		
29. Vérification par les participants	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30. Citations présentées	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats?	Oui
31. Cohérence des données et des résultats	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires?	Oui

Annexe 4 : Poster CNGE 2024

Représentations de la notion de soins non programmés par les pharmaciens en Île-de-France

Mélissa DJAOUTI¹, Frédéric CHEVALLIER¹, José SOLIS¹

¹ Département Universitaire de Médecine Générale, Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny



Quelles sont les représentations des pharmaciens sur la notion de SNP en Île-de-France?

CONTEXTE

- ❖ Les soins non programmés (SNP) = consultations non anticipées urgentes pour les patients.
- ❖ Accès limité aux soins primaires => implication accrue des pharmaciens dans les SNP.
- ❖ Objectif: explorer les représentations des pharmaciens sur la notion et leur rôle dans la gestion des SNP.

CONCLUSION

- ❖ SNP = opportunité d'élargir le rôle des pharmaciens + recentrer sur le soin.
- ❖ Existence de zones de concurrence potentielles avec les médecins généralistes (MG)
- ❖ Forces: Durée des entretiens, triangulation des données (validité interne), exploration d'un sujet peu traité, diversité des participants (validité externe)
- ❖ Limites: Focus géographique restreint (Île-de-France), biais de désirabilité sociale

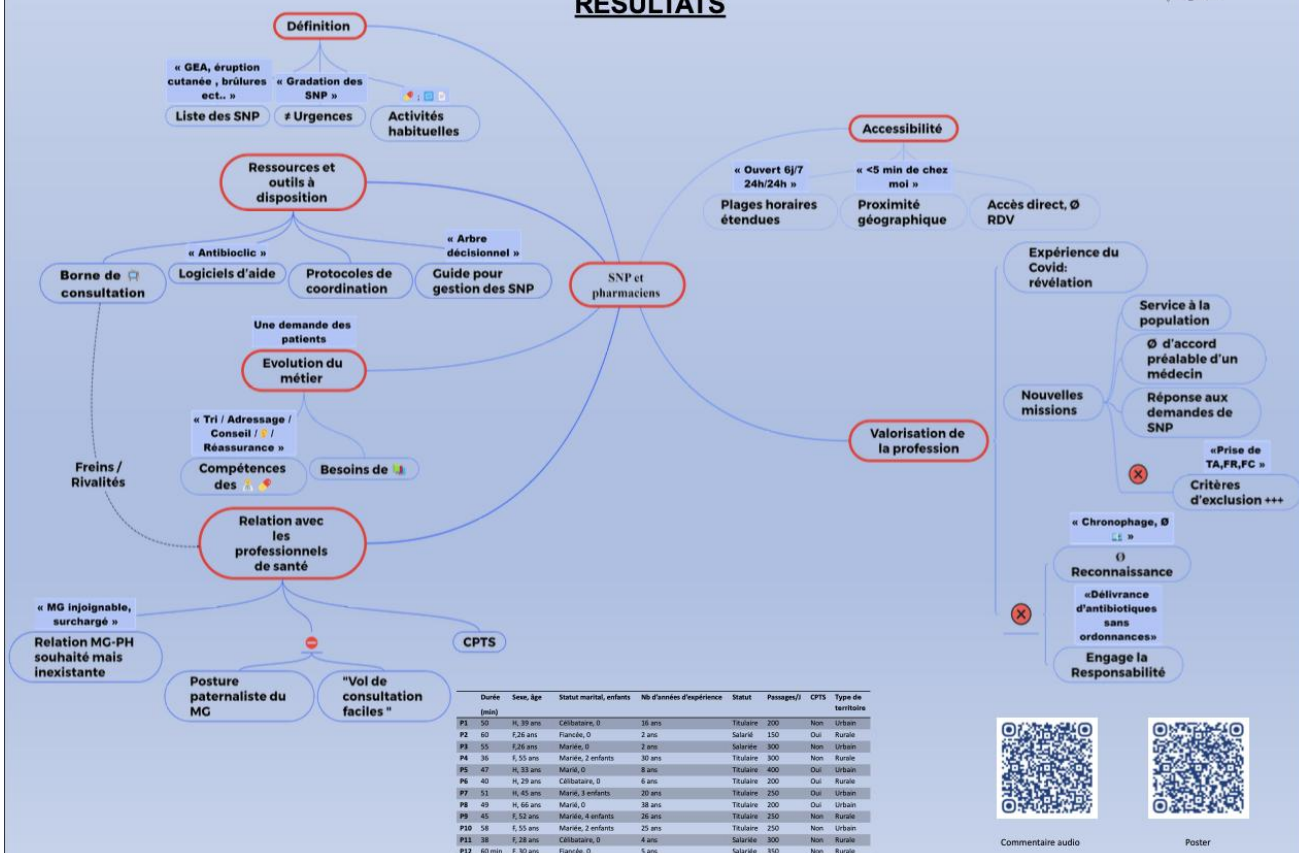
- Un modèle de collaboration interprofessionnelle est à créer.
- Une évaluation quantitative et médico économique est nécessaire pour évaluer les changements organisationnels récents.

METHODE

- ❖ Étude qualitative par entretiens semi-dirigés
- ❖ Recrutement de 12 pharmaciens par effet boule de neige
- ❖ Sur le territoire de 4 CPTS d'Île-de-France
- ❖ Échantillonnage raisonné
- ❖ Analyse thématique inspiré de l'IPA



RESULTATS



Durée (min)	Sexe, Age	Statut marital, enfants	Nb d'années d'expérience	Statut	Passages/ CPTS	Type de territoire
P1 50	H, 30 ans	Célibataire, 0	18 ans	Titulaire	200	Non Urbain
P2 60	F, 26 ans	Mariée, 0	2 ans	Salarié	150	Oui Rural
P3 55	F, 26 ans	Mariée, 0	2 ans	Salarié	300	Non Urbain
P4 36	F, 55 ans	Mariée, 2 enfants	30 ans	Titulaire	300	Non Rural
P5 47	H, 50 ans	Marié, 0	8 ans	Titulaire	400	Oui Urbain
P6 40	H, 29 ans	Célibataire, 0	6 ans	Titulaire	200	Oui Rural
P7 51	H, 45 ans	Marié, 3 enfants	20 ans	Titulaire	250	Oui Urbain
P8 49	H, 40 ans	Marié, 0	38 ans	Titulaire	200	Oui Urbain
P9 45	F, 52 ans	Mariée, 4 enfants	28 ans	Titulaire	250	Non Rural
P10 58	F, 55 ans	Mariée, 2 enfants	25 ans	Titulaire	250	Non Urbain
P11 38	F, 28 ans	Célibataire, 0	4 ans	Salariée	300	Non Rural
P12 60 min	F, 50 ans	Francisé, 0	5 ans	Salariée	350	Non Rural

Tableau 1 : caractéristiques des pharmaciens interrogés

Commentaire audio

Poster

Contact frederic.chevallier@sorbonne-paris-nord.fr

Cet annexe sera disponible sur HAL.

Annexe 6 : Verbartims

Cet annexe sera disponible sur HAL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Les soins non programmés sont définis de manière générale comme des demandes relevant de l'urgence ressentie par le patient. Ils sont à l'origine d'une augmentation des passages aux urgences depuis 1990. Les médecins généralistes gèrent une part de cette demande en ville, mais cela n'est pas suffisant. Les pharmaciens d'officines, par leur accessibilité pourraient contribuer à la gestion des SNP. Cependant, les représentations des pharmaciens restent peu documentées dans la littérature.

Cette étude s'intéresse donc aux représentations des pharmaciens sur les soins programmés.

MÉTHODE

Une étude qualitative par d'entretiens semi-dirigés a été menée auprès de 12 pharmaciens d'officines en Île-de-France. Les entretiens ont été retranscrits puis une analyse thématique a été effectuée à l'aide du logiciel MAXQDA®.

RÉSULTATS

Les pharmaciens interrogés définissent les soins non programmés comme des urgences ressenties par le patient. Par leurs accessibilités, ils occupent un rôle central dans la gestion des soins non programmés. Mais plusieurs contraintes existent : organisationnelles et émotionnelles. Ils ont plusieurs outils à disposition pour les aider. Ils soulignent un manque de communication avec les médecins généralistes avec présence de zones de concurrences.

CONCLUSION

L'étude met en évidence le rôle central du pharmacien d'officine dans la prise en charge des SNP. Cependant, il est nécessaire de mettre en place une meilleure collaboration avec les médecins généralistes. La mise en place de structures collaboratives est encourageante pour optimiser la prise en charge des SNP.

MOTS-CLÉS: « Pharmaciens d'officine » ; « représentations », « soins non programmés », « collaboration interprofessionnelle », « médecins généralistes », « Étude qualitative »

ABSTRACT

INTRODUCTION

Unscheduled care is generally defined as requests arising from a patient's perceived urgency. They have been the cause of an increase in emergency department visits since 1990. General practitioners (GPs) manage some of this demand in the community, but this is not sufficient. Community pharmacists, through their accessibility, could contribute to the management of unscheduled care. However, pharmacists' perceptions remain poorly documented in the literature.

This study therefore focuses on pharmacists' perceptions of unscheduled care

MÉTHODE

A qualitative study using semi-structured interviews was conducted with 12 community pharmacists in the Île-de-France region. The interviews were transcribed and then a thematic analysis was performed using MAXQDA® software.

RÉSULTATS

The pharmacists surveyed defined unscheduled care as emergencies experienced by the patient. Due to their accessibility, they play a central role in managing unscheduled care. However, there are several constraints: organizational and emotional. They have several tools at their disposal to help them. They highlight a lack of communication with general practitioners, with the presence of competitive areas.

CONCLUSION

The study highlights the central role of the community pharmacist in the management of SNPs. However, it is necessary to establish better collaboration with general practitioners. The establishment of collaborative structures is encouraging to optimize the management of SNPs.

MOTS CLÉS: « Community pharmacists », « general practitioners » (MeSH), « perception »(MeSH), « Unscheduled care », « interprofessional collaboration » « Qualitative study »