



UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTE DE SANTE

DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE: 2023

THESE 2023/TOU3/2037

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par
PALACIN BRICE

« L'avenir de l'engagement des pharmaciens dans les exercices coordonnés : focus sur les communautés professionnelles territoriales de sante »

Soutenu le 16 juin 2023 à Toulouse
Directeur de thèse : Dr STIGLIANI Jean-Luc

Président : Pr CESTAC Philippe
1er assesseur : Dr STIGLIANI Jean-Luc
2ème assesseur : Dr JUSKIEWENSKI Nadia

PERSONNEL ENSEIGNANT

du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 20 février 2023

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

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

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	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
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERAËVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V. (*)	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
Mme WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

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

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique
Mme DINTILHAC A.	Droit Pharmaceutique
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

M. TABTI Redouane	Chimie Thérapeutique
Mme HAMZA Eya	Biochimie
Mme MALLI Sophia	Pharmacie Galénique

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Jean-Luc STIGLIANI, directeur de thèse, pour son soutien et ses précieux conseils lors de la rédaction de cet ouvrage. Je remercie Monsieur CESTAC pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury et Madame JUSKIEWENSKI qui m'a fait le plaisir d'accepter de participer au jury de cette thèse et de répondre à mes questions lors d'une interview.

Il est important pour moi de remercier certaines personnes qui ont joué un rôle important dans ma vie, notamment mes amis et collègues de la faculté. Tout d'abord, je voudrais remercier Kiady et Julie avec qui j'ai formé un trinôme pour la faluche et partagé de nombreuses aventures. Je tiens également à remercier Iness, mon binôme de TP, pour les moments mouvementés et les bons moments que nous avons partagé. Mes colocataires passés Yosra, Chloé, Nicolas et Robin, avec qui j'ai vécu à Paris durant ces années de COVID et qui ont réussi à les rendre beaucoup plus joyeuses. Mais aussi mes colocataires présents, Nicolas et Mathilde. Ma nouvelle rencontre de TBS, Tyb, avec nos échanges pouvant aller jusqu'à la fermeture des bars. Mon ami depuis le primaire, Flau à qui je remercie d'avoir gardé le contact. Je voudrais aussi remercier Ade, Camille, Angela, Samir, avec qui je pars souvent en vadrouille, ainsi que tous les autres comme Mathilde, Léa, Vincent, Victor, Jérémie, Marion, Laetitia, Charlotte, Yasmine, Nathan, Laura, Come, Anaëlle, Mélanie, et bien d'autres encore. Je leur souhaite à tous beaucoup de succès et de bonheur dans leur vie.

Je tiens également à remercier ma partenaire, Eloïse, pour son soutien infailible et sa présence à mes côtés. J'ai hâte de faire la suite du chemin avec toi et de voir ce que l'avenir nous réserve.

Je n'oublie pas de remercier mes parents pour toutes les valeurs qu'ils m'ont inculquées et pour leur soutien constant. Ils ont tant donné et je leur dédie cet aboutissement.

Je ne peux pas oublier ma sœur, qui m'a supporté à travers toutes les épreuves et les défis que j'ai rencontré au fil des ans. Merci et bravo pour ton soutien indéfectible.

Enfin, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenues et accompagnées durant cette aventure passionnante.

TABLE DES MATIERES

Serment de Galien	p4
Remerciements	p5
Table des illustrations	p8
Liste des abréviations	p9
Introduction	p11

PARTIE 1 : L'émergence d'un nouveau dispositif de coordination interprofessionnelle en santé

1. La coordination en santé	p13
a. Le cadre réglementaire	p13
b. Les exercices coordonnés	p14
i. Les exercices coordonnés avec une logique de patientèle	p16
I. Les Équipes de Soins Primaires (ESP)	p16
II. Les Maisons de santé (MSP)	p16
III. Les centres de santé pluridisciplinaires – CSP	p18
ii. Les exercices coordonnés avec une logique de responsabilité populationnelle	
I. L'émergence des territoires en santé	p19
II. Les réseaux de santé	p24
c. Les enjeux de ces dispositifs	p27
2. Les CPTS	p28
a. La genèse des CPTS	p28
b. Le dispositif	p29
c. Les différents acteurs	p29
d. Le territoire en santé et les CPTS	p31
i. L'organisation du système de santé sur le territoire	p31
ii. Les CPTS sur le territoire	p32
e. Les missions des CPTS	p33
f. Les grandes étapes de création	p35
i. La lettre d'intention	p36
ii. Le projet de santé	p37
iii. Signature du contrat ACI	p38
g. Le financement	p38
h. Suivi et évaluation	p39
i. Etat actuel en France	p40
3. Pharmacien, exercice coordonné et CPTS	p40
a. Le pharmacien au sein des exercices coordonnés	p40
i. Les pharmaciens au sein des maisons de santé	p43
ii. Les outils participant à la coopération	p44
b. Le pharmacien au sein d'exercice de coordination pluriprofessionnel à l'étranger	p45

i.	Le pharmacien aux Etats-Unis	p45
ii.	Le pharmacien aux Canada	p46
iii.	Le pharmacien aux Royaume-Uni	p46
iv.	Le pharmacien aux Pays-Bas	p46
v.	Le pharmacien en Suisse	p46
c.	Le pharmacien au sein d'un territoire	p47
d.	Rôle du pharmacien au sein des CPTS	p48

PARTIE 2 : ETUDE DE TERRAIN « l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS »

1	Contexte général	p48
2	Choix méthodologiques	p49
a.	Constitution de l'échantillon	p49
b.	Passation des entretiens	p53
c.	Stratégie d'analyse	p54
3	Résultats	p55
a.	Analyse verticale des entretiens	p55
b.	La création des CPTS	p55
c.	Le recrutement des professionnels de santé	p57
d.	Le pharmacien au sein des CPTS	p59
e.	L'adhésion et la non-adhésion des professionnels de santé	p66
f.	Le futur du dispositif	p69
g.	La sensibilisation sur les CPTS auprès des étudiants en pharmacie	p71
4	Conclusion	p73
	Conclusion	p77
	Bibliographie	p78
	Annexes	p83

Table des illustrations

Figures :

Figure 1 : Visuel décrivant les DAC

Figure 2 : Les missions des CPTS

Figure 3 : Les grandes étapes de création d'une CPTS

Figure 4 : Répartition géographique des différents répondants

Figure 5 : Diagramme représentant la répartition par sexe des répondants ayant participé à l'étude

Figure 6 : Diagramme représentant la répartition des professionnels de santé interrogés en fonction de leur âge

Tableaux :

Tableau 1 : Tableau représentatif de la sollicitation par mail des répondants, obtenue par calcul des moyennes des réponses positives, négatives, et non réponses

Tableau 2 : Tableau représentatif de la répartition des répondants selon leur spécialité

Tableau 3 : Tableau représentatif de la répartition des répondants selon leur rôle au sein de leur CPTS et leur profession

Tableau 4 : Durée moyenne totale des entretiens et type d'entretien mené

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Centre De Santé

CLIC : Centres Locaux d'Informations et de Coordinations

COS : Cadre d'Orientation Stratégique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CSP : Code de la Santé Publique

CTA : Coordination Territoriales d'Appui

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESP : Equipes de Soins Primaires

ESP CLAP : Equipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Investissement Régionaux

ISQ : Indice Synthétique de Qualité

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : « Hôpital, patients, santé et territoires »

LMSS : Loi de Modernisation du Système de Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelle

PDS : Professionnel De Santé

PRS : Plan Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriales d'Appui

RCS : Réseau de Soins Coordonnée

SROS : Schéma d'Organisation Régional Sanitaire

SRS : Schéma Régional de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

INTRODUCTION

Le 18 septembre 2018, le Président de la République, Emmanuel Macron, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, ont présenté *“Ma Santé 2022”*, avec pour objectif une transformation en profondeur de notre système de santé. Ce projet fait suite à un changement des attentes des professionnels de santé d’un côté et l’évolution des besoins en termes de santé d’un autre côté (Vieillesse de la population, forte augmentation des maladies chroniques, des inégalités dans l’accès aux soins...). *“Ma santé 2022”* suit une grande ligne directrice. Il s’agit de la coordination et coopération des professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients. En effet, l’objectif est d’éviter ou réduire les exercices isolés des professionnels de santé à l’horizon de 2022. Pour cela, les professionnels de santé au sein d’un même territoire vont se réunir autour de projets de soins pour rassembler leurs compétences et ressources au service du patient. [\(1\)](#)

“Ma santé 2022” se construit à travers 9 chantiers et 5 actions prioritaires. Nous pouvons retrouver dans ces 5 actions prioritaires :

- La mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Le déploiement de médecins généralistes dans les territoires prioritaires
- La création des assistants médicaux
- La labellisation des hôpitaux de proximité
- La réforme du 1^{er} et du 2^{ème} cycle des études médicales

Ces CPTS sont des collectifs de professionnels de santé au sein d’un même territoire qui vont se rassembler autour d’un projet commun. Ce projet commun doit répondre à un besoin identifié dans ce territoire. Les professionnels de santé concernés exercent, pour la majorité, en ville : Médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes.... [\(2\)](#). Ces professionnels de santé peuvent être adhérents à la CPTS ou même initiateurs de projets. Les missions de ces CPTS vont être multiples, mais doivent être liées à ce que l’on appelle les missions socles :

- L’amélioration de l’accès aux soins
- L’organisation de parcours pluriprofessionnel autour du patient
- Le développement des actions territoriales de prévention
- La qualité et pertinence des soins
- L’accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Le pharmacien d'officine peut adhérer, participer ou même créer une CPTS. Acteur de santé de proximité, le pharmacien a la responsabilité de certifier l'efficacité, la sécurité et qualité du médicament et des produits de santé qu'il dispense. ⁽³⁾ Sa proximité avec le patient et sa place de carrefour dans le parcours de soins des patients lui donne une place importante dans la construction et le fonctionnement de ces CPTS. En effet, aujourd'hui, 97% des Français vivent à moins de 10 minutes en voiture d'une officine. De plus, la régulation du réseau officinal permet la mise en place et l'harmonisation des pharmacies au sein du territoire. ⁽⁴⁾

Le pharmacien a la possibilité de rejoindre des exercices coordonnés : équipe de soins primaires (ESP), centre de santé (CDS) ou maison de santé (MSP) et CPTS (les CPTS étant la dernière en date). Il a aussi la possibilité d'exercer plusieurs missions facultatives à la condition d'être impliqué dans ces exercices coordonnés : pharmacien correspondant et dispensation protocolisée. ⁽³⁾

De plus en plus, les patients considèrent le pharmacien comme un professionnel de santé indispensable à leur bonne prise en charge. Durant la crise du covid :

- 97% des Français avaient confiance en leur pharmacien (+5 points depuis 2018)⁽⁵⁾
- 77% des Français avaient identifié la pharmacie comme le principal lieu permettant d'accéder à des soins ou des conseils en matière de santé ⁽⁵⁾

Nul doute qu'aujourd'hui le pharmacien est un acteur indispensable du parcours de soins et a toute sa place au sein des exercices coordonnés et des CPTS. Nous pouvons alors nous demander, quelle est sa place et quelles sont ses missions au sein de ces exercices coordonnés ? Comment se positionne-t-il par rapport aux autres professionnels de santé ? Quels sont les leviers d'engagements du pharmacien pour intégrer les CPTS ? Quel est l'avenir du dispositif ?

Je vais essayer de répondre à ces différentes questions avec deux parties :

- Une revue poussée de la littérature pour mieux comprendre l'émergence de ces exercices coordonnés ainsi que la place que peut y tenir le pharmacien

- Une étude qualitative auprès d'acteurs majeurs intervenant directement ou indirectement au sein de ces exercices

PARTIE 1 : La coordination interprofessionnelle en santé, l'émergence d'un nouveau dispositif : l'exercice coordonné, CPTS et pharmacien

1. La coordination en santé

1.a Le cadre réglementaire

Au début des années 2000, les tensions en termes de démographie médicale motivent les premiers travaux de coopération médicale. L'enjeu est alors simple : travailler ensemble pour répondre aux nouveaux besoins du système de santé. Le terme "exercice pluriprofessionnel" n'est pas encore utilisé. À l'époque, on parlait de "délégation de tâches". L'idée était de déléguer des tâches médicales à des professionnels paramédicaux. Des expérimentations sont lancées majoritairement en milieu hospitalier. Cette coopération s'effectuait entre le médecin et d'autres professions médicales. Les premiers professionnels concernés étaient : les infirmiers, les manipulateurs en électroradiologie et les orthoptistes. [\(6\)](#)

La notion de "coordination en santé" évolue et prend un tournant fondateur en 2009. C'est avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), que l'on aborde pour la première fois la notion de coopération entre professionnels de santé. Elle permet notamment une véritable innovation en matière de coopération entre les établissements hospitaliers. Elle crée notamment les communautés hospitalières du territoire. Il s'agit d'un nouvel instrument de coopération entre les établissements de santé du territoire. Elle va aussi confirmer l'importance de la coopération entre les acteurs de santé dans des groupements de coopération sanitaire. [\(7\)](#)

Dans la loi HPST, la notion de coopération est accompagnée par la notion de parcours de soins. L'idée est d'optimiser le parcours du patient et inciter le partage des informations entre les professionnels de santé. La loi décrit les modalités de coopération. Pour participer à un exercice de coopération, les professionnels de santé doivent élaborer des protocoles de soins. Ces protocoles étaient transmis à l'ARS (Agence Régionale de Santé) puis validés par l'HAS (Haute Autorité de Santé). [\(7\)](#)

Au même moment, d'autres éléments vont impacter le système de santé. On observe depuis les années 2000 un vieillissement de la population et une forte augmentation du poids

des pathologies chroniques. Ces changements ont fait évoluer le besoin de santé et ont abouti à la réorganisation du système de soins. [\(7\)](#)

Le 26 janvier 2016, une loi va donner un nouveau tournant à la notion de coopération en santé. Il s'agit de la loi de modernisation du système de santé (LMSS). La loi incite au développement d'ESP et de MSP pour améliorer la coopération pluriprofessionnelle. Elle fait émerger un nouveau dispositif qui rassemble les acteurs sociaux et les acteurs de soins de premier et de deuxième recours sur un territoire. Il s'agit des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'idée est de développer une médecine de proximité autour du médecin traitant. La loi permet aux professionnels de santé libéraux de s'organiser pour proposer une offre de proximité au sein du territoire. [\(8\)](#)

En juillet 2019, le dispositif des protocoles de coopération entre les professionnels de santé a été rénové par la loi "d'organisation et de transformation du système de santé". L'objectif est de déployer des coopérations pluriprofessionnelles sur tout le territoire national. Ce nouveau dispositif se fonde sur un pilotage national des protocoles de coopération nationaux. Un comité national publie des appels à manifestation d'intérêt autour des thématiques contribuant aux objectifs de la politique de santé. Si la trame du protocole est validée, le groupe projet peut rédiger le protocole ainsi que son modèle économique. Le financement du protocole est soumis à l'avis de l'Assurance Maladie (AM) puis à l'avis de la HAS. Après un avis positif de la HAS, le protocole est publié via un arrêté ministériel qui autorise l'application du protocole sur tout le territoire national. Pour la mise en œuvre de ce type de protocole, il est nécessaire de déclarer l'équipe volontaire et de transmettre chaque année les indicateurs de suivi du protocole de coopération. Un exemple de protocole national est le protocole de coopération ASALEE. C'est un dispositif mis en place par l'association ASALEE (Association de Médecins Généralistes et d'Infirmières Déléguées à la Santé Publique basée en région Poitou-Charentes). Le principe repose sur une coopération pluriprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrés au cabinet des praticiens. [\(9\)](#)

Spécifiquement formés, les infirmiers interviennent, dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, auprès de patients atteints de maladies chroniques, en proposant un accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste. [\(9\)](#)

1.b les exercices coordonnés

Le syndicat MG France définit l'exercice coordonné ainsi : *"L'exercice coordonné, quelle que soit sa forme, est un lieu et/ou une organisation de soins de premier recours dans un territoire. Il permet aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations et de mieux se coordonner."*⁽¹⁰⁾

L'exercice coordonné en soins primaires peut fournir un cadre d'exercice attrayant pour les professionnels de la santé et en particulier dans les zones caractérisées par une faible densité de professionnels de santé. Il assure l'accessibilité aux soins.⁽¹¹⁾

Ces dernières années, la prestation des soins primaires a subi de profonds changements en raison de ces 3 effets combinés : les besoins de la population, les attentes des professionnels de santé et la démographie médicale.⁽¹²⁾

Ces exercices coordonnés vont essayer de répondre à plusieurs besoins de la population : ⁽¹²⁾

- Les besoins de prise en charge de la population. Il fait notamment référence aux situations complexes impliquant un suivi pluridisciplinaire des patients diabétiques, des personnes âgées vulnérables, des populations en situation économique et sociale, société, conduites addictives, etc.
- Les besoins liés à la démographie médicale. Le travail d'équipe peut favoriser l'installation de spécialistes dans des zones dans lesquelles l'offre de soins est déficitaire.
- La nécessité d'un parcours de soins de plus en plus structuré : l'équipe peut facilement proposer une continuité de soins sur un territoire.

Ces exercices vont aussi répondre aux besoins des professionnels de santé : une meilleure coordination entre les professionnels de santé, une complémentarité des compétences pour des prises en charge complexes, un cadre propice pour l'expérimentation en santé,⁽¹²⁾ Ce régime d'exercices privilégie la communication et la coordination entre les professionnels de santé pour de meilleurs soins médicaux.

Il existe aujourd'hui deux grands types d'équipes coordonnées en santé. Ces exercices coordonnés vont se décliner soit avec une logique de patientèle en se concentrant sur le patient (ESP), soit avec une logique de responsabilité populationnelle en ne se concentrant pas sur l'individu, mais sur une population (ex : CPTS). On retrouvera dans les ESP des sous-groupes d'exercices coordonnés : les MSP, les CDS et les ESP CLAP (équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient) [\(13\)](#)

1.b.i Les exercices coordonnés avec une logique de patientèle :

1.b.i.I les Équipes de Soins Primaires (ESP) :

Selon le Code de la Santé publique, "*une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.*" (Article L1411-11-1 du Code de la Santé Publique)[\(14\)](#)

L'ESP se forme autour d'un médecin généraliste et est composée de plusieurs professionnels de santé. Pour son fonctionnement, il est nécessaire d'avoir un projet de santé commun et validé par l'ARS. Elle a plusieurs objectifs principaux : contribuer à la structuration des parcours de santé, coordonner les acteurs des parcours de santé, mettre en œuvre des actions de prévention et améliorer l'état de santé de la population. Elle peut aussi avoir des objectifs secondaires comme réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. [\(14\)](#)

1.b.i.II les Maisons de santé (MSP) :

Selon le Code de la santé publique : "*Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de*

pharmacie ou d'odontologie, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la Santé et de l'enseignement supérieur. ” (Article L6323-3 - Code de la santé publique) [\(15\)](#)

Une MSP est une structure qui regroupe un certain nombre de professionnels de santé indépendants autour d'un projet commun et formalisé pour la population du territoire concerné. Le projet doit être cohérent avec les priorités identifiées par l'ARS. On comptait en juin 2021 : 1889 maisons opérationnelles et 366 maisons en projets. [\(16\)](#)

Les MSP rassemblent des professionnels de santé au sein d'une communauté. Ils sont composés d'au moins deux médecins généralistes et un paramédical. Tous les professionnels de santé (profession médicale ou auxiliaire médicale) peuvent être à l'initiative d'une MSP. Il est tout de même nécessaire de rassembler plusieurs conditions pour la création d'une MSP : l'initiateur doit exercer en libéral et la MSP doit avoir au minimum 2 médecins généralistes. [\(13\)](#)

Une MSP a plusieurs fonctions. Elle permet de consolider l'offre de soins de premiers recours, de développer la formation des jeunes professionnels de santé, de proposer aux habitants d'un territoire une offre pluriprofessionnelle de proximité ainsi qu'une prise en charge globale sur un même lieu. [\(17\)](#)

Les professionnels pouvant constituer une MSP sont les suivants : médecin , chirurgien-dentiste , sage-femme , biologiste , pharmacien , transporteur sanitaire , infirmière , masseur-kinésithérapeute , orthophoniste , orthoptiste , pédicure-podologue , audioprothésiste , opticien ou professionnel de l'appareillage. [\(17\)](#)

Ces exercices coordonnés peuvent bénéficier des financements sous certaines conditions. Les professionnels engagés doivent suivre une ou plusieurs missions identifiées par les ARS : l'amélioration de l'accès aux soins , un travail d'équipe et de coordination facilité ou un développement de système d'information. [\(18\)](#)

1.b.i.III Les Centres de Santé Pluridisciplinaires – CSP

Ce sont des structures sanitaires de proximité sans hébergement. Elles permettent la pratique de soins de premier et/ou de second recours à travers de multiples missions : actions de prévention, soins et diagnostic. L'activité de cet exercice peut se dérouler au sein du centre ou au domicile du patient. La création du centre doit être accompagnée d'un projet santé porté par les adhérents. Ce projet doit porter sur l'accessibilité et la continuité des soins ainsi que sur la coordination des professionnels de santé. Ces projets peuvent notamment tourner autour des protocoles de coopération interprofessionnelle. Les professionnels concernés par cet exercice sont les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux. ^(19,20)

1.b.ii Logique de responsabilité populationnelle

Nous avons d'autres dispositifs qui participent à l'exercice coordonné sur le territoire à une échelle différente. Un de ces dispositifs est la CPTS. Ce niveau de coordination s'appuie davantage sur une logique populationnelle et de flux de patients entre les différents acteurs d'un territoire de santé. ⁽²¹⁾

Au sein du même territoire et sur le même principe que les CPTS on retrouve plusieurs dispositifs qui vont être en appui des parcours de santé. On va retrouver : ⁽²²⁾

- Les plateformes territoriales d'appui (PTA) qui sont des outils d'aides mis à disposition des professionnels de santé sur un même territoire. Ces outils ont pour objectif d'appuyer la coordination des parcours de soins complexes. Parmi les missions de la PTA, nous pouvons retrouver : l'information et l'orientation des PDS vers les ressources du territoire.
- Les réseaux de santé constituent un des premiers dispositifs de coordination.
- Les CTA (coordinations territoriales d'appui)
- Les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)
- Les CLIC (Centres Locaux d'Informations et de Coordinations)
- Les DAC (Dispositifs d'appui à la coordination) (voir figure 1). Les DAC sont la fusion de l'ensemble des dispositifs d'appui sur un territoire avec l'objectif de créer un

interlocuteur unique pour les professionnels de santé. Cette unification a pris effet au niveau national en juillet 2022.



Figure 1 : Visuel décrivant les DAC ⁽²²⁾

Les DAC sont des dispositifs d'appui qui sont au service de tous les professionnels de santé du territoire, mais aussi des patients et aidants. Ils ont pour mission d'informer, d'orienter et d'accompagner pour faciliter le parcours de soins et apporter des réponses coordonnées aux besoins. Par exemple, ils vont pouvoir aider les professionnels de santé par le biais d'une assistance technique pour la réorientation des patients vers les professionnels adéquats. Ils vont aussi aider les patients et aidants par exemple une orientation et une mise en relation avec un professionnel de santé en réponse à leurs besoins ou encore des conseils pour les guider sur leurs parcours de soins. ⁽²²⁾

Il est conseillé aux CPTS de travailler en collaboration avec ces dispositifs déjà présents sur le territoire.

Pour mieux comprendre l'apparition des CPTS, il est intéressant d'étudier et analyser l'émergence des territoires en santé et des réseaux de santé.

1.b.ii.I L'émergence des territoires en santé :

Les territoires en santé se sont construits au fil des années en répondant à des besoins de santé en perpétuelle mutation.

- La première forme de réseau santé a vu le jour en 1914 avec la création du comité national de défense contre la tuberculose. Le but de ce comité était de favoriser sur toute l'étendue du territoire la création et le fonctionnement de divers organismes de lutte antituberculeuses. Une loi est alors votée. Les préfets doivent ouvrir des dispensaires dans toutes les grandes villes. Un plan de prise en charge globale contre la tuberculose se met alors en place à travers ce réseau de dispensaire dans tout le territoire national. Cette prise en charge se caractérise par un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite et une surveillance épidémiologique. ^(23,24)
- En 1946, l'État finance la mise en place d'un réseau institutionnel qui a l'objectif de prendre en charge ce que l'on appelait les fléaux sociaux. ⁽²⁴⁾ La définition des fléaux sociaux à l'époque est la suivante : « *Les fléaux sociaux sont non seulement le résultat d'un agent pathogène, mais aussi de conditions de vie, de climat, d'habitation, de travail, de comportement, de possibilité ou d'habitude alimentaire... Ils se caractérisent par leur puissance d'extension et de multiplication* ». Il s'agit de menace pour la survie de la collectivité. On peut notamment y retrouver la tuberculose, le cancer ou encore la mortalité infantile. ⁽²⁵⁾ C'est à partir de ces réseaux que l'on va retrouver la notion de réseaux spécialisés. Il s'agissait de dispositifs sanitaires gérés par la DDASS (La direction départementale des Affaires sanitaires et sociales) dont le financement ne relevait pas de l'assurance maladie.
- C'est en 1970 qu'une carte sanitaire se dessine au niveau national. Cette carte est actée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Cette loi vise à l'instauration d'un plateau technique au sein des 256 secteurs sanitaires répartis dans les 21 régions. L'objectif était de créer des lits d'hospitalisation pour que leur nombre soit adapté à la population de chaque région (secteur géographique dépendant). C'est la première fois que l'on va parler d'un objectif populationnel au lieu d'un objectif géographique. ⁽²⁶⁾
- En 1983, les réseaux de santé ainsi que le système de santé vont vivre un moment de rupture dû en partie à la crise économique et la mise en place de la décentralisation.

Les contraintes budgétaires entraînées par cette crise vont être à la base de la mise en place des RCS (réseau de soins coordonné). C'est la toute première fois qu'est abordée la notion de soins coordonnés en France. C'est avec la loi du 19 janvier qu'est encouragée l'expérimentation de réseau de soins coordonné. L'état tente alors de s'inspirer des États-Unis qui dès 1973 avaient créé un organisme de soins en réseau. (managed care, health maintenance organization (HMO). Au total, il y a eu 10 tentatives de réseau de soins coordonnés. ⁽²⁴⁾

- Par la suite, l'arrêté ministériel du 5 mai 1992 redéfinit les territoires en santé. Ces territoires ne sont alors plus définis par la superficie, mais plutôt par la démographie. Un secteur sanitaire doit au moins comprendre 200 000 Habitants. ⁽²⁷⁾
- En 1994, l'État met en place le premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 1). Ce schéma régional est un schéma d'organisation sanitaire élaboré dans chaque région. Ce dispositif a pour objectif de compléter la carte sanitaire en lui donnant des objectifs qualitatifs. Ils visent à rationaliser l'offre de soins en respectant les principes d'égalité, d'équité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et de maîtrise des dépenses. ⁽²⁸⁾ Ce premier SROS 1 s'est tout d'abord focalisé sur les grands établissements de centre hospitalier qui assuraient l'essentiel des soins aigus. Les deux premiers SROS (SROS 1 et 2) ont notamment permis l'expérimentation et l'apprentissage locaux ainsi qu'un enrichissement de la réflexion sur les territoires. La notion de réseaux d'acteurs ou encore de territoires de projet ont émergé de ces expériences. Elles ont aussi permis la définition de zonage en se concentrant sur les habitudes de vie et le déplacement de la population. Ces SROS qui deviendront plus tard les Schémas Régionaux de santé (SRS) vont avoir une importance capitale sur l'organisation des soins sur un territoire et vont participer grandement à l'organisation du système de santé au niveau des régions. ⁽²⁴⁾
- C'est vraiment en 1996 que les réseaux de santé vont être officialisés. Les ordonnances de 1996 vont alors donner au réseau un cadre légal ainsi que proposer des outils pour leur fonctionnement (dossier médical partagé, informatisation, système d'information...). Ces ordonnances mettent aussi en place ce que l'on appelait des conférences régionales de santé. Ces conférences avaient pour objectif d'analyser la situation sanitaire de la région ainsi que les besoins de celle-ci pour

proposer des priorités politiques de santé publique. Ces conférences réunissent des représentants des professionnels de santé, des institutions et des établissements de santé. Les résultats des conférences sont alors remis au gouvernement qui s'en sert pour l'élaboration des projets de loi de financement de la sécurité sociale. ^(24,27) Il est aussi créé en 1996 les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). L'objectif de ces ARH est de réformer l'hospitalisation publique et privée. Ces ARH vont définir et mettre en œuvre la politique d'offre de soins régionaux hospitalière. ⁽²⁹⁾

- C'est à partir de 2001 que les ARH deviennent des acteurs majeurs des politiques régionales. Les ARH vont alors se servir du SROS comme un instrument de l'organisation sanitaire, pour la distribution des moyens et pour les recompositions hospitalières. Cela commence par les urgences et la périnatalité.

La territorialisation adopte alors un double objectif : un objectif de santé publique et de maîtrise des dépenses. ⁽²⁷⁾

- La notion de territorialisation a évolué au cours du XXème siècle, mais c'est à partir de 2002, avec la loi du 4 mars relative au droit des malades et de la qualité du système de soins, qu'il a été défini pour la première fois les réseaux de santé. Ces réseaux ont alors pour objectif de favoriser l'accès aux soins et la coordination entre professionnels de santé. ⁽³⁰⁾
- En 2003, les secteurs de santé, définis par la carte sanitaire, sont remplacés par les territoires de santé. Ce nouveau zonage prend en compte l'état de santé, le lieu de vie et la localisation des soins de la population. Cette nouvelle géographie de santé permet de décrire l'état de santé d'une population ainsi que l'offre de santé qui lui est mis à disposition. Cette mise à disposition permet aussi la comparaison de zones géographiques entre elles et de repérer les inégalités au sein des territoires. Cette comparaison va notamment permettre de mettre en évidence des inégalités géographiques de santé. Les inégalités les plus marquantes mises en évidence sont l'espérance de vie à la naissance et la mortalité prématurée avant 65 ans avec une forte disparité entre le nord et le sud. Une autre inégalité mise en évidence est la différence d'accès aux soins au sein de la population. ⁽³¹⁾
- C'est en 2008 avec le rapport de RITTER que l'organisation de santé au sein du territoire va prendre un tournant majeur. C'est ce rapport qui va introduire les ARS ainsi que leur rôle et leurs missions. En termes de mission, les ARS ont pour objectif

d'organiser l'offre de soins sur le territoire régional et un rôle de contrôle sur l'efficacité des dépenses d'assurance maladie. Elles sont aussi responsables de la carte sanitaire, de la carte des formations, des restructurations des établissements de soins, de la contractualisation avec les professions de santé et de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. ⁽³²⁾

- C'est en 2009 avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) qu'est actée la création des ARS. Le territoire est reconnu comme un lieu d'aménagement, d'organisation des soins et une composante de la santé publique. ⁽³³⁾
- Un nouveau tournant est emprunté avec la loi de modernisation du système de santé en 2016. ⁽⁸⁾

Elle s'est organisée autour de 4 piliers : renforcer la prévention et la promotion de la santé, faciliter au quotidien les parcours de santé, innover pour garantir la pérennité de notre système de santé et renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire. C'est le troisième pilier qui va permettre la création des ESP et CPTS. Cette mesure se concentre sur la coordination entre professionnels de santé avec l'objectif de soutenir les initiatives des professionnels de santé libéraux. Cette coordination a pour objectif de renforcer la couverture du territoire. ⁽⁸⁾

- En 2019, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn a présenté son projet de loi, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Il s'agit du plan "Ma Santé 2022". ⁽³⁴⁾

Cette nouvelle stratégie d'engagement collectif implique la création de 1000 CPTS, réparties sur l'ensemble du pays et consacrées aux soins "primaires".

La démarche de création des CPTS du plan national de "Ma Santé 2022" s'inscrit dans une démarche de déconcentration. En effet on assiste à un déplacement du pouvoir central (l'État) vers la périphérie (province) via les acteurs décisionnaires et ayant main mis sur la création et fonctionnement des CPTS.

On a pu donc voir que la notion de territoire de santé a été un long processus avec de nombreuses expérimentations au cours du dernier siècle. Le système de santé a évolué en fonction de l'environnement et s'est transformé pour s'adapter aux besoins de la population et des professionnels de santé.

On peut voir que le plan “Ma santé 2022” et en particulier la création des CPTS n’est pas le fruit du hasard et est dû à un long processus. On peut retrouver dans ce plan la notion de rationalisation des soins et des dépenses des SROS de 1994, la notion de territorialisation amenée en 2002 avec les réseaux de santé et la loi HPST de 2009 qui donne le pouvoir aux ARS quant à la gestion du territoire au niveau régional.

1.b.ii.II Les réseaux de santé :

Comme on a pu le voir, c’est en 2002 qu’ont été définis pour la première fois les réseaux de santé ainsi que leurs objectifs : « *les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique* » (article L. 6321-1 du CSP). ⁽³⁰⁾

Deux types de réseaux sont alors créés :

- Les réseaux centrés sur les pathologies qui ont pour pivot un ou plusieurs hôpitaux et qui couvrent un secteur sanitaire.
- Les réseaux de proximité qui couvrent un territoire plus réduit avec l’objectif une prise en charge globale des patients. Ces deux types de réseaux peuvent cibler une catégorie de la population comme les personnes âgées.

Les réseaux de santé peuvent être composés de professionnels de santé de ville, d’établissements publics ou privés de santé, de centres de santé, de médecins du travail, d’établissements de services médico-sociaux et sociaux. Le financement de ce type de réseau était décidé par un comité régional. ⁽²⁷⁾

En 2011, on décomptait 716 réseaux de santé financés par le FIQCS (Fonds d’Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) à hauteur de 167 millions d’euros. Ces réseaux présentent un bilan contrasté alors qu’ils constituent jusqu’en 2012 les principaux dispositifs de coordination. ⁽³⁵⁾

Une des conclusions du rapport de 2012 de la DGOS sur les réseaux de santé est la suivante : *“ Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d’information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu’à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes ”*. On peut retrouver des aspects similaires dans le dispositif des CPTS. En effet, ce dispositif met au centre les effecteurs de soins et permet la création de projet par ces derniers. [\(35\)](#)

Les réseaux de santé ont pour vocation d’appuyer le médecin généraliste ou les équipes de premier recours dans le cadre de leur fonction. Ils ont pour mission de coordonner les acteurs pouvant répondre à une situation complexe notamment sur les aspects médicaux-sociaux. In fine, l’objectif est de faire gagner du temps aux professionnels de santé et de réorienter leurs patients. [\(35\)](#)

La DGOS a publié un rapport en 2012 sur ces réseaux de santé. [\(35\)](#)

Il a été observé :

- Un dispositif formalisé de coordination avec des compétences et des expériences réussies.

Plusieurs programmes de santé publique se sont appuyés sur les réseaux de santé pour promouvoir la coordination de soins. On peut y retrouver des plans cancers ou encore la prise en charge de la douleur. En 2011, 2100 professionnels de santé étaient employés dans ces réseaux de santé. Ils ont développé une certaine expertise dans la coordination de soins. Ces réseaux de santé ont notamment permis de développer le lien ville/hôpital grâce à des organisations et procédures mobilisables.

- Une forte hétérogénéité dans l’activité des réseaux de santé.

La spécialisation par pathologie ou population ont généré un panorama des réseaux très éclaté. Le manque de contrôle et d’identification de leurs missions ont rendu difficile l’identification d’un objectif commun à ces réseaux de santé. En 2011, il était complexe de définir objectivement les rôles et positionnement des réseaux dans l’offre de soins.

- Une efficacité très variable.

La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé préconisait de ne « *financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations* ». Malgré ce formulaire, il est observé que l'allocation des ressources n'est pas encore suffisamment proportionnelle aux services rendus. Une des raisons alors évoquée est le manque d'outil pour mesurer l'impact de ces réseaux. Un des principaux indicateurs "l'indice synthétique de qualité (ISQ)" permettait l'évaluation de l'efficacité de ces réseaux. En 2011, 43% des réseaux ont un score inférieur à 5/10.

Ces 10 années d'expérimentation ont donc permis de construire des dispositifs avec des résultats encourageants ainsi que de développer une certaine expertise dans la construction de ces réseaux. Malgré ces éléments encourageants, il est observé un problème d'identification dans le rôle et positionnement de ces réseaux ainsi qu'un problème au niveau de l'allocation des ressources. [\(35\)](#)

Au vu de ce résultat mitigé, la DGOS a émis des recommandations et priorités concernant les réseaux de santé. Les directives de la DGOS reposent sur les services d'appui à la coordination des professionnels de santé. Des services qui sont proposés par l'ARS en concordance avec leur PRS. Les 3 directives énoncées par la DGOS sont les suivantes : [\(35\)](#)

1. *"Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours."* A travers cette directive, l'idée est de recentrer les missions des réseaux sur les besoins du territoire et donner une directive commune à ces réseaux.
2. *"Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient."* Cet appui prendra la forme de service d'appui avec pour principale mission la mise en relation des différents acteurs.
3. *"Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux."* Il s'agit d'une des grandes missions des réseaux de santé.

La DGOS a aussi mis en exergue les principaux objectifs que devraient adopter les réseaux de santé dans à l'avenir : [\(35\)](#)

- Une meilleure identification du rôle et de l'offre de soins de ces réseaux
- L'amélioration et la promotion de la coopération entre les différents acteurs
- L'orientation des moyens financiers exclusivement vers les structures répondant aux missions attendues.
- L'harmonisation des pratiques ainsi que les coûts de fonctionnement des réseaux.
- La mise en place d'un cadre de contractualisation permettant d'accompagner l'évolution des réseaux (évolution de l'appui à la coordination, de leur articulation avec les autres acteurs sur le territoire et une fixation en amont des modalités d'évaluation).

On peut donc en conclure que les réseaux de santé sont les prémisses des CPTS et ont permis la construction et la mise en place de ce dispositif. La mise en place de ce dispositif tel qu'on le connaît a été construit suite à toutes ces expérimentations et enseignements acquis au cours de ces années. Si on regarde plus attentivement les directives et objectifs futurs de ces réseaux donnés par la DGOS, nous pouvons retrouver beaucoup de caractéristiques de ce dispositif : [\(35\)](#)

- L'identification du rôle et de l'offre de soins avec les missions socles et facultatives des CPTS.
- L'orientation des moyens financiers exclusivement répondant aux missions attendues comme avec les CPTS.
- L'harmonisation des pratiques et les coûts de fonctionnement avec le financement proposé par les ARS (fixe + variable) pour les CPTS.
- La mise place d'un cadre de contractualisation permettant d'accompagner l'évolution des réseaux avec le contrat tripartite entre l'ARS, l'AM et la CPTS. Un contrat qui permet aujourd'hui la contractualisation et la création de chaque CPTS.

1.c Les enjeux de ces dispositifs

Les projets des exercices coordonnés s'inscrivent donc dans une logique d'intérêts partagés. Les enjeux de ces dispositifs sont multiples et identifiés chez tous les acteurs :

- Pour les pouvoirs publics et institutions, les exercices coordonnés permettent l'optimisation des parcours de soins. Cette optimisation permet une gestion des soins plus efficiente ainsi qu'une optimisation des coûts de l'assurance maladie. Un autre avantage est la meilleure structuration de l'offre de soins sur un territoire donné, ce qui permet une meilleure coordination entre les différents niveaux du système de santé. Les exercices coordonnés peuvent être un levier pour attirer les professionnels de santé sur les territoires touchés par la désertification médicale.
- Pour les professionnels de santé, l'exercice permet aux professionnels de proposer une offre de soins étendue à la population en mettant en commun les compétences et spécificités de chacun. Dans le même temps, il permet une optimisation du temps médical. L'objectif est ici de rationaliser le temps médical et de mettre à profit l'ensemble des compétences des acteurs du système de santé. On peut aussi retrouver d'autres intérêts pour les professionnels de santé. L'exercice coordonné facilite la gestion des cas complexes avec la collaboration et coordination des acteurs de la santé (professionnel de santé, acteur médical et social). Il permet aussi de rompre l'isolement induit par l'exercice libéral.
- Pour le patient, ce type de dispositif permet une meilleure prise en charge et une optimisation du parcours patient. Ils permettent aussi une centralisation de l'offre (d'un point de vue géographique) ainsi que la mise en disposition de nouveaux services s'il est concerné par les objectifs de ce dispositif.

2. Les CPTS

2.a La genèse des CPTS

Aujourd'hui, le système de santé tente de relever des enjeux de santé publique au sein des territoires. Ces enjeux sont les suivants : coordination des parcours patients, prestation chez les patients chroniques (prévention, l'éducation thérapeutique, ...) et réduction des inégalités aux soins. Pour répondre à ces enjeux, il est prévu une optimisation de l'organisation dans la continuité des soins (Soins de villes et soins hospitaliers mis en place par les acteurs du secteur social et médico-social). [\(36\)](#)

Pour y répondre, l'État a créé des CPTS. Elles ont pour objectif de structurer l'offre de soins ambulatoire du territoire. Ce dispositif a aussi été créé en réponse aux attentes des

professionnels de santé qui veulent promouvoir cette prise en charge ambulatoire. Ce dispositif permet notamment la coopération et la coordination entre les différents professionnels de santé de ville et leurs partenaires. Ainsi, les CPTS sont nées d'une rencontre entre une nécessité de territorialisation et un objectif de coordination de l'offre de santé ambulatoire. Il s'agit avant tout d'un outil mis au service du professionnel de santé qui va permettre de répondre aux besoins de santé répertoriés au sein de son territoire. [\(36\)](#)

Pour finir, ces CPTS avantagent tous les acteurs :

- Les professionnels de santé. Ils vont pouvoir mieux se coordonner, coopérer et mutualiser leurs compétences au service de leurs patients.
- Les patients. Cette organisation apporte une meilleure visibilité du parcours de soins ainsi que de nouveaux services.
- Les institutions. Cette organisation s'aligne sur les objectifs de santé publique " la réduction des inégalités d'accès aux soins au sein des territoires".

2.b Le dispositif

Les CPTS sont des dispositifs destinés à tous les agents de santé ayant pour volonté de s'organiser et de répondre aux besoins d'une population. Ces communautés permettent aux professionnels de santé de s'organiser sur un territoire. [\(36\)](#)

2.c Les différents acteurs

Seul un professionnel de santé de ville spécialisé dans les soins ambulatoires peut initier la création d'une CPTS. Cependant, ce dispositif s'adresse aussi à tout type de professionnel de santé, qu'ils soient libéraux ou salariés. L'objectif est que tous les professionnels au sein d'un même territoire se coordonnent et travaillent ensemble. [\(37\)](#)

Les différents professionnels habilités à constituer une CPTS sont cités dans le Code de la Santé Publique. On peut y retrouver :

- Des professionnels de santé. Les professions médicales : médecins-généralistes, spécialistes de proximité exerçant en établissement de santé, sage-femmes et odontologistes (art. L4111-1 à L4163-10).

Professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

Professions de la pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie... (art. 4211-1 à 4244-2)

- Des établissements de santé.
- De structures médico-sociales et sociales. (L. 312 – 1 CAS)

Ce dispositif permet l'intégration et la représentativité de l'ensemble des professionnels de santé. L'intégration de ces professionnels de santé se fait sur la base du volontariat. La présence de l'ensemble des acteurs d'un territoire n'est donc pas requise pour la création d'une CPTS. La CPTS a tout de même l'obligation d'informer au maximum les acteurs de santé du territoire pour permettre une adhésion maximale. [\(37\)](#)

D'autres acteurs vont venir soutenir et participer au cycle de vie des CPTS. On va pouvoir retrouver de multiples partenaires qui vont se différencier à 2 niveaux.

- On va tout d'abord retrouver les partenaires " d'appui à l'organisation" : les élus (représentants sur un territoire), patients (associations patients), les représentants des professionnels de santé (URPS,). Ces différents acteurs ont la capacité de faire remonter les besoins et de constituer un support pour la création, le suivi et l'organisation des CPTS. On verra plus tard que ces acteurs ont de nombreuses interactions avec les CPTS lors de leurs créations.

Il paraît pertinent d'intégrer des patients/usagers au sein du dispositif. La démocratie sanitaire a pour ambition que le patient devienne acteur dans le système de santé au côté des professionnels. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a révélé l'importance de la participation des patients au sein du système de santé.

- On va ensuite retrouver des partenaires d'appui qui ont pour objectif la prise en charge des parcours de soins. Il est notamment conseillé de collaborer avec les organisations de santé présentes sur le territoire de la CPTS. On peut y retrouver des structures

hospitalières (ex : Cliniques...), des structures médico-sociales (ex : des EHPAD, ...), des PTA ainsi que des organisations coordonnées qui sont déjà présentes sur le territoire (ESP, MSP,....).

Les CPTS ont pour objectif de se coordonner et s'articuler autour d'organisations déjà présentes sur le territoire. Cependant, ces organisations doivent avoir pour objectif de simplifier la prise en charge des patients et améliorer le service médical rendu de la population. [\(37\)](#)

L'une des organisations auxquelles peuvent s'articuler les CPTS est la PTA. C'est un dispositif propre à chaque territoire qui est organisé par les acteurs de santé de ce territoire. Ce dispositif va avoir pour objectif d'apporter du soutien aux professionnels de santé de ville dans les parcours de soins complexes. Il va pour cela proposer différents services comme l'apport d'informations et l'orientation des professionnels de santé vers les ressources dont ils ont besoin. Il va aussi soutenir les professionnels de santé dans les parcours de soins complexes (exemple : l'aide à la coordination des professionnels de santé sur le parcours patient Hôpital vers la ville). Il soutient les initiatives des professionnels de santé en matière de coordination et de sécurité des parcours d'accès aux soins. [\(37\)](#)

Les avantages des PTA pour les CPTS sont :

- L'apport d'une expertise sur un territoire plus large que celui des CPTS. Une PTA peut aussi apporter une multitude de services et de ressources aux CPTS.
- Des moyens et ressources sur le pilotage et le suivi des projets. Elles peuvent être mises à disposition des CPTS.

2.d Le territoire en santé et les CPTS

2.d.i L'organisation du système de santé sur le territoire

Il existe différentes organisations qui vont jouer un rôle dans la stratégie de santé du territoire. [\(37\)](#)

- L'ARS avec la mise en place du PRS (Plan Régional de Santé). Chaque ARS met en place un PRS par territoire pour décliner les politiques de santé nationale au niveau du territoire. Ce PRS est une feuille de route qui définit les objectifs de santé de l'ARS pour cinq ans et les ressources nécessaires pour les atteindre. Il doit être en cohérence avec

la stratégie nationale de santé et respecter les lois de financement de la sécurité sociale. Ce PRS comprend le cadre d'orientation stratégique (COS) (rapport qui englobe les objectifs et résultats généraux sur 10 ans), le schéma régional de santé (SRS) (schéma stratégique sur 5 ans qui s'appuie sur les besoins médicaux sociaux du territoire) et le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). [\(38\)](#)

- Le Conseil Territorial de Santé. En 2016, la loi de modernisation du système de santé a transformé les conseils de territoire (un rassemblement de 50 membres représentatifs d'un territoire au niveau de la santé, créé par l'ARS, qui ont un rôle d'assistance au niveau du territoire concernant les projets de santé) [\(39\)](#). Les conseils territoriaux de santé doivent améliorer leur rôle d'instance et instaurer une démocratie sanitaire de proximité. Ces conseils territoriaux sont garants de la cohérence des initiatives de santé sur le territoire, des projets régionaux de santé et des programmes nationaux de santé publique. Ces conseils territoriaux vont suivre la mise en place des CPTS et analyser la cohérence du projet avec les besoins de santé du territoire. [\(37\)](#)

L'intégration de ces conseils territoriaux peut être accompagnée par la participation des patients au niveau local. L'intégration des patients peut permettre d'accroître la connaissance du système de santé de proximité, de donner un point de vue différent et complémentaire des professionnels de santé. Grâce à leur intervention, le patient deviendra acteur. C'est ainsi qu'il pourra participer à l'élaboration d'un projet de santé. [\(37\)](#)

- Les organisations préexistantes sur le territoire. Nous pouvons citer les équipes de soins primaires (ESP) qui sont des équipes de soins de proximité. Plusieurs ESP peuvent constituer une CPTS. [\(37\)](#)

2.d.ii Les CPTS sur le territoire

Cette nouvelle approche se porte davantage sur la notion de population que de territoire. Il s'agit davantage d'une organisation destinée aux besoins réels de la population plutôt et non au découpage territorial. En effet, le territoire de la CPTS concerne avant tout la population visée par le projet.

Leurs territoires ne sont donc pas définis administrativement (à l'échelle d'un canton ou d'un département) mais en fonction des flux de patients, des aires de rayonnement et de l'implantation de structures d'exercice coordonné comme les MSP.⁽⁴⁰⁾

Les CPTS peuvent avoir différentes tailles. La taille va dépendre de la densité de la population présente sur le territoire d'une CPTS. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) prévoit 4 tailles :

- Taille 1 (moins de 40 000 habitants),
- Taille 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants),
- Taille 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants)
- Taille 4 Plus de 175 000 habitants.

Ces tailles conditionnent les financements attribués destinés à la création et au fonctionnement des CPTS. La taille retenue lors de la création des CPTS pourra évoluer selon les projets et leurs dynamiques.⁽⁴⁰⁾

2.e Les missions des CPTS

Les objectifs d'une CPTS correspondent à une coordination de PDS à l'échelle des territoires autour de projets de santé. Les missions d'une CPTS sont séparées en deux types. Nous avons les missions socles et les missions complémentaires.⁽⁴⁰⁾



Figure 2 : Les missions des CPTS

*Source : Guichet CPTS Occitanie – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (guichet-cptsoccitanie.org)

Mission socle 1 : Amélioration de l'accès aux soins. Pour améliorer l'accès aux soins, un des objectifs est de faciliter l'accès à un médecin traitant. Il s'agit de mettre en place une organisation permettant de trouver plus facilement un médecin traitant. Les personnes concernées par cette mission sont les patients en ALD (Affection Longue Durée), les patients chroniques qui ont plusieurs pathologies et les patients vulnérables. Un exemple concret est la mise en place d'un recensement des patients à la recherche d'un médecin traitant au sein d'un territoire.

Un autre objectif, au sein de cette mission socle, est l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés. Pour cela, il peut être proposé une organisation permettant une prise en charge rapide pour les besoins non vitaux au sein d'un territoire. Cette mission peut concerner tous les professionnels de santé en fonction de la demande de soins non programmés. Par exemple : " l'organisation de plage horaire de soins non programmé par certains médecins". La mise en place de téléconsultation fait partie d'une des solutions destinées à améliorer l'accès aux soins. [\(40\)](#)

Mission socle 2 : l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient. Pour éviter la rupture du parcours de soins des patients et les rendre plus efficaces. Une coordination plus efficace entre les PDS semble indispensable. L'objectif est ici d'optimiser le parcours patient. La construction de ce parcours de soins va dépendre du besoin et des problématiques du territoire. Il peut par exemple se concentrer sur le lien entre les établissements médico-sociaux et professionnels de santé de ville pour optimiser le suivi du patient. Il peut aussi se concentrer sur certaines problématiques du territoire comme la prise en charge des personnes âgées si des difficultés ont été recensées parmi cette population. L'objectif est de prodiguer les soins au bon moment, au bon endroit et par la bonne personne. [\(40\)](#)

Mission socle 3 : Développement des actions territoriales de prévention. Pour cette mission, l'objectif est de décliner les actions nationales de santé publique et les adapter au territoire. L'impact d'un message sera d'autant plus important si tous les professionnels de santé poursuivent le même objectif. En tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien semble être le plus apte à réaliser cette mission. Un des exemples est la vaccination. [\(40\)](#)

Mission complémentaire 1 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins. L'idée est d'adapter les pratiques des PDS à leurs patients. Ils peuvent par exemple échanger autour de cas patients (cas complexes). L'objectif est ici de partager l'expertise et les connaissances entre confrères et les autres professionnels de santé. [\(40\)](#)

Mission complémentaire 2 : Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire. L'objectif est ici d'accompagner et aider les professionnels qui veulent s'installer sur le territoire. Cette mission est plus importante dans les déserts médicaux. L'un des moyens proposés est de promouvoir les activités de la CPTS à travers des actions de communication. [\(40\)](#)

*Une 3ème mission complémentaire a été rajoutée. L'ordonnance du 12 mai 2021 a présenté la 6ème mission qui va être assurée par les CPTS. Elle est intitulée : "la participation à la réponse aux crises sanitaires". Elle permettra d'intégrer les CPTS dans les crises sanitaires à venir.

2.f Les grandes étapes de création

Lors de l'initiation d'un projet de CPTS, les professionnels de santé doivent suivre plusieurs étapes. Le processus est le suivant :

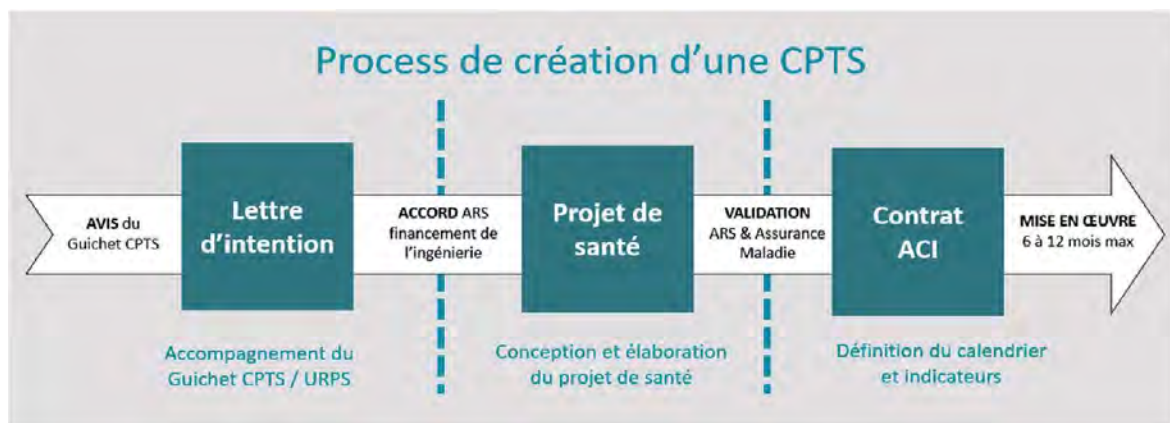


Figure 3 : Les grandes étapes de création d'une CPTS

*Source : [\(42\)](http://Guichet CPTS Occitanie – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (guichet-cptsoccitanie.org))

2.f.i La lettre d'intention :

Cette étape est la première et permet de formaliser les grandes lignes de la CPTS. Pour écrire cette lettre d'intention, le porteur de projet va devoir prouver que son projet correspond aux besoins du territoire et commencer à rassembler des PDS autour de son projet.

Cette démarche commence avec un ou plusieurs porteurs de projet (PDS de ville).

Le(s) porteur(s) de projets vont devoir définir les objectifs de leur CPTS. Ces objectifs doivent être en cohérence avec les missions socles et/ou complémentaires énoncées plus haut. Il(s) vont devoir ensuite définir le territoire d'intervention de leur CPTS à l'aide d'un diagnostic territorial. Pour les aider, l'ARS fournit des données croisées (INSEE, CNAM, ARS) pour identifier les besoins, forces et faiblesses du territoire. L'objectif de la CPTS doit être aligné sur les besoins identifiés lors de ce diagnostic. [\(37,40\)](#)

Le(s) porteur(s) de projets vont devoir mobiliser les acteurs de santé de leur territoire. Les porteurs doivent commencer à fédérer les professionnels de santé afin de les intégrer à leur projet. Pour contacter ces professionnels de santé, ils peuvent être aidés par certaines instances comme les URPS, l'ARS, l'AM et la CPAM. L'adhésion d'autres professionnels de santé est indispensable pour la validation de la lettre d'intention.

Après la réunion de tous ces éléments, la lettre d'intention peut être rédigée. Elle est composée de plusieurs parties : les acteurs engagés dans la CPTS, le contexte, les besoins identifiés sur le territoire, le territoire pressenti de la CPTS (nb d'habitants et périmètre géographique), les objectifs de la CPTS, un calendrier prévisionnel et les premiers freins identifiés pour l'élaboration du projet.

Cette lettre d'intention est ensuite soumise à l'ARS, les URPS concernés et à l'assurance maladie pour validation. Une fois validé, la CPTS doit adopter un statut juridique d'association (Loi 1901). Ce statut va permettre de recevoir les financements de l'ARS. Il est indispensable si la CPTS veut recevoir le Fonds d'Investissement Régionaux (FIR). C'est un financement qui peut être débloqué pour aider à la mise en place et l'élaboration du projet (exemple : embauche d'un coordinateur, location de salle pour les réunions et dédommagement des PDS sur le temps consacré à l'élaboration du projet,...) [\(37,40\)](#)

2.f.ii Le projet de santé

La deuxième grande étape est l'élaboration et la construction du projet. Elle peut démarrer une fois la lettre d'intention validée. Le projet va ensuite être présenté et validé par un comité départemental composé de l'ARS, de l'AM, des URPS concernés et du MSA. [\(37,40\)](#)

Pour construire le projet, il est recommandé d'identifier :

- Les objectifs de la CPTS. Il est demandé de rentrer plus en détail et de définir des objectifs concrets. Le(s) initiateur(s) doivent partir des grandes missions socles et définir les objectifs spécifiques (réponse aux besoins). Il est aussi demandé de définir des actions stratégiques et opérationnelles (actions concrètes et évaluables).
- Les professionnels impliqués dans la CPTS. Il est nécessaire d'impliquer dans la construction de la CPTS le maximum de professionnels de santé du territoire. En effet, le projet doit être reconnu et validé par la majorité des acteurs de santé du territoire.
- Les besoins et les actions qui en découlent pour y répondre. Les professionnels de santé doivent définir le territoire et détailler les meilleures actions possibles.
- Les modes de fonctionnement entre les PDS. Il faut présenter le mode d'organisation qui va être utilisé pour le fonctionnement de la CPTS (exemple : protocole(s) pluriprofessionnel(s), dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données,...)

Pour la réalisation de ces différentes étapes, plusieurs acteurs peuvent être en appui et participer à la construction du projet. Les URPS peuvent jouer le rôle d'intermédiaire pour la mise en relation avec les PDS du territoire. L'assurance maladie peut aider dans l'identification du territoire d'action. L'ARS peut mettre à disposition ses ressources grâce à ses délégations départementales. La MSA peut jouer un rôle d'intermédiaire pour mobiliser les différents acteurs concernés. [\(37,40\)](#)

Le projet de santé finalisé est présenté, pour avis, au sein d'un comité départemental. Ce comité réunit : l'ARS, les URPS, la MSA et l'AM. Si le projet est validé, la CPTS peut passer à la 3ème grande étape qui est la demande d'adhésion à l'ACI.

2.f.iii Signature du contrat ACI

Une fois le projet validé par le comité départemental, la CPTS peut préparer son dossier pour l'adhésion à l'ACI. Il s'agit d'un accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. La signature de cet accord est indispensable à la mise en place et fonctionnement d'une CPTS pour recevoir les financements. Ils doivent définir les indicateurs qui vont permettre de suivre et d'ajuster les financements du projet. Ces indicateurs vont aussi permettre de mesurer l'impact de la CPTS sur le territoire. Les indicateurs doivent être simples, faciles à renseigner, mesurables, révisables et adaptés à la réalité du territoire. [\(37.40\)](#)

Cette contractualisation prend la forme d'un contrat tripartite entre l'ARS, l'AM et la CPTS. Le contrat définit l'objet et les objectifs du projet, son périmètre géographique, les engagements de chacune des parties prenantes, les moyens consentis, les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. [\(37.40\)](#)

Ce contrat a une durée de 5 ans. Chaque mission sera évaluée avec les indicateurs préalablement définis par l'ACI. Deux volets de financement sont proposés :

- Un financement dédié au fonctionnement de la CPTS
- Un financement pour chacune des missions socles et optionnelles. Ce financement tient compte de l'intensité des moyens déployés pour l'atteinte des objectifs ainsi que des résultats observés.

Les contenus de chaque contrat peuvent être régulièrement révisés pour s'adapter à l'évolution de la CPTS (modification de la taille, des missions, du champ d'action,..). Il est évalué tous les ans lors d'une réunion annuelle pour le suivi du projet. [\(37.40\)](#)

2.g Le financement

Les financements alloués aux CPTS sont en supplément de la rémunération de l'activité des professionnels de santé. Ils peuvent participer à la construction de la CPTS, à son fonctionnement et à l'ambition des missions mises en œuvre. Le financement peut être différent en fonction de sa taille et des missions réalisées. [\(37.40\)](#)

On va avoir deux grands types de financement :

- Le premier finance le fonctionnement de la CPTS. Ce financement est fixe et dépend de la taille de la CPTS. Il est versé dès la signature de l'ACI pour assurer les fonctions d'animation et de pilotage de la CPTS. Il est ensuite versé chaque année à la date d'anniversaire de signature de l'ACI. Il peut aussi contribuer à l'acquisition de matériels et outils pour la réalisation des missions (ex : plateforme de coordination). Il va varier en fonction des 4 tailles de CPTS :
 - CPTS de taille 1- Moins de 40 000 habitants : 50 000 €
 - CPTS de taille 2 - Entre 40 et 80 000 habitants : 60 000 €
 - CPTS de taille 3 - Entre 80 et 175 000 habitants : 75 000 €
 - CPTS de taille 4 - Plus de 175 000 habitants : 90 000 €
- Le deuxième est un financement mission dépendante. Ce financement va être séparé en deux. Tout d'abord un financement fixe qui va dépendre des moyens mis en œuvre par la CPTS (temps dédié des PDS pour la réalisation des missions, acquisition et maintenance d'outils, actions de communication,...). Ensuite, nous avons un financement variable qui va dépendre de l'intensité des moyens mis en œuvre et des résultats. Ces résultats seront évalués tous les ans lors de réunions avec les signataires de l'ACI. Ces financements sont versés tous les ans. [\(37,40\)](#)

Des financements complémentaires peuvent être ajoutés comme un forfait structure de la CPAM (ex : aide pour le financement de l'équipement).

2.h Suivi et évaluation :

Les CPTS sont évaluées durant la durée du contrat par l'ARS et l'AM. Des points d'échanges sont organisés chaque année pour suivre l'évolution de la CPTS ainsi que les indicateurs préalablement identifiés. Parmi les éléments qui sont évalués, nous pouvons retrouver : [\(37,40\)](#)

- Le calendrier de déploiement des missions. Des échéances pour la réalisation des missions peuvent être données lors de la contractualisation de l'ACI.
- Le niveau d'intensité déployé pour le fonctionnement de la CPTS. Ce niveau est d'ailleurs évalué pour réajuster ou non le financement " mission dépendante variable ".
- L'évolution de la CPTS en termes de mission et de taille
- L'atteinte des résultats avec les indicateurs de chaque mission.

2.i Etat actuel en France

A la date du 2 juillet 2022, on dénombre 733 CPTS :

- 207 sont en phase de pré-projet
- 173 CPTS ont validé la lettre d'intention et construisent leur projet de santé
- 47 CPTS sont en négociation de l'ACI (projet de santé validé)
- Le nombre de contrats ACI-CPTS signés est de 306 ⁽⁴¹⁾

3) Pharmacien, exercice coordonné et CPTS

3.a Le pharmacien au sein des exercices coordonnés

Pour le pharmacien, tout commence en 2009 avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST). Le pharmacien d'officine a enfin la possibilité de participer à des activités de "coopération interprofessionnelle". ^(19,42)

Avant cette loi, l'officine était définie comme « *l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du Code de la Santé Publique, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales* ». C'est à partir de la loi HPST de 2009 que les missions du pharmacien ont été complétées et reconnues (L. 5121-1-1 A du CSP). La loi HPST : ^(19,42)

- Introduit la notion et le statut de « pharmacien correspondant »,
- Inscrit dans le Code de la Santé Publique les missions du pharmacien,
- Intègre dans les soins de premier recours le conseil pharmaceutique,
- Introduit la notion de « pharmacien référent » pour les établissements sans PUI (Pharmacie à usage interne),
- Permet la mise en place des premiers renouvellements exceptionnels par le pharmacien. C'est à partir de cette loi que le pharmacien a eu la possibilité de renouveler les contraceptifs oraux sous certaines conditions.

Cette loi a aussi permis au pharmacien de participer à l'éducation de la santé et à l'accompagnement des patients sous pathologie chronique via l'éducation thérapeutique. Elle encourage la coopération entre les professionnels de santé suivant des protocoles validés par

la HAS et les ARS. Elle fait notamment allusion à la coopération entre les officines et les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD). Elle se concentre aussi sur la collaboration ville-Hôpital. Ces nouvelles missions ont permis l'enrichissement du métier ainsi que le renforcement des liens avec les autres professionnels de santé.

Outre les officinaux, les pharmaciens biologistes et hospitaliers ont aussi été intégrés dans les démarches de coopération interprofessionnelle. Par exemple, le pharmacien biologiste peut apporter son expertise lors de cas complexes chez un patient diabétique. ^(19,42)

Ces nouveaux exercices doivent s'appuyer sur des protocoles de soins élaborés par les professionnels de santé. Ces formulaires peuvent être élaborés par un pharmacien officinal, hospitalier et même biologiste. Ces protocoles sont transmis à l'ARS et validés par la HAS.

La loi du 26 janvier 2016 (LMNS) renforce la notion de parcours de soins. Cette nouvelle notion vise : *“en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale”*. Pour mieux structurer cette coopération interprofessionnelle, cette loi incite à la création d'équipes de soins primaires et de maison de santé. Elle introduit aussi le dispositif des CPTS. ⁽¹⁹⁾

En 2016, l'ordre des pharmaciens avait sondé 870 pharmaciens pour évaluer la manière dont la démarche de coopération influence leur pratique. ⁽¹⁹⁾

- Ce sondage avait montré un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération. 20 % des sondés étaient déjà engagés dans une démarche de coopération entre PDS.
- Les pharmaciens travaillaient principalement avec les médecins et infirmières.
- 10 % des pharmaciens déclaraient être pharmaciens, référent pour un établissement médico-social dépourvu de PUI
- Il y avait en moyenne 2,4 pharmaciens par maison de santé en France. Fin 2015, il y avait 778 maisons de santé ouvertes sur le territoire.
- 8 pharmaciens sur 10 souhaitaient participer s'ils disposaient de moyens et d'informations nécessaires.

Comme l'a montré l'étude de l'ordre des pharmaciens en 2016, les pharmaciens étaient déjà présents au sein des programmes de coopération. Ces programmes permettent de mettre en contact le pharmacien avec des médecins, sage-femmes, les kinésithérapeutes, les diététiciens... mais aussi avec d'autres pharmaciens au cours d'échanges. Pour le pharmacien, l'intégration dans ce type de structure permet :⁽¹⁹⁾

- « *D'améliorer ses pratiques professionnelles au service des patients* » (citation : d'Anne Ducret, pharmacienne d'officine et créatrice en 2017 d'un groupement de professionnels de santé travaillant avec un médecin généraliste.)
- D'exercer une fonction de pharmacien clinicien en apportant son expertise sur des cas complexes.
- De « *Lever des malentendus, de prévenir des conflits en connaissant le métier de l'autre* » (citation d'Isabelle Geiler, pharmacienne d'officine, qui a créé en 2014 un réseau périnatal pour accompagner les femmes qui allaitent.)
- La modification de l'image du pharmacien auprès de ces patients. En effet, la coopération interprofessionnelle permet de replacer le pharmacien « *au cœur du parcours de soins du patient* » explique René Paulus président de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine de 2015 à 2019.

On peut citer plusieurs exemples de programme de coordination impliquant des pharmaciens.

On peut retrouver des programmes variés avec de bons résultats :

- L'association Eduphar est une association, créée par Denis Cassaing pharmacien d'officine en Occitanie et en 2011. Elle a pour but d'accompagner les patients diabétiques. Cet accompagnement est composé d'entretiens thérapeutiques avec des patients diabétiques préalablement recrutés par des pharmaciens. Ces entretiens peuvent réunir jusqu'à 20 professionnels participants (pharmaciens, médecins, diabétologues, diététiciennes, éducateurs sportifs). Un des bilans de cette association est la reconnaissance du pharmacien comme un véritable acteur de santé. Les réunions annuelles et soirées de formation avec les médecins ont notamment permis la création de relations interprofessionnelles. En juillet 2016, 148 patients ont pu participer à une cinquantaine d'ateliers. ^(19,43)

- Le réseau de périnatalité OMBREL rejoint par Isabelle Geiler en 2010. Elle a créé un programme d'accompagnement des femmes qui allaitent leurs enfants. Ce programme s'appuie sur un groupe de 150 pharmaciens et préparateurs. Pour les accompagner, des algorithmes ont été créés et développés lors de réunions interdisciplinaires rassemblant pharmaciens, sages-femmes, puéricultrices et pédiatres du réseau périnatalité. Ces algorithmes prennent la forme de questions/réponses et sont des outils qui peuvent aider le pharmacien au comptoir. L'implication des pharmaciens a été accueillie favorablement par le réseau de périnatalité. Les échanges entre les différents professionnels ont même permis de lever certains malentendus. [\(19,43\)](#)
- Le programme Sioux créé par Didier Poivret rhumatologue à Metz. Il a pour but de créer un programme d'éducation et de suivi thérapeutique destiné aux patients ostéoporotiques. Ces patients sont envoyés à l'hôpital par leur médecin traitant afin de participer à un programme d'éducation thérapeutique. Ils sont ensuite suivis pendant 3 ans par leur pharmacien et leur médecin traitant. Chaque patient du programme doit voir tous les 6 mois son médecin et pharmacien afin d'effectuer des entretiens personnalisés. Les pharmaciens et médecins travaillent en duo en mettant leur compétence respective au profit du patient. En 2016, 120 patients sont inclus dans le programme. Les résultats observés lors de cette expérimentation ont été positifs. En effet, en comparaison avec les résultats attendus, il a été observé une adhésion améliorée, une activité physique plus courante, de meilleures connaissances alimentaires ainsi qu'une meilleure habitude de vie pour la prise en charge de leur pathologie. Le rôle du pharmacien a été défini comme un rôle de sentinelle qui peut indiquer au médecin traitant si le patient prend bien son traitement. [\(19,43\)](#)

3.a.i Les pharmaciens au sein des maisons de santé

Les pharmaciens se sont beaucoup impliqués dans les maisons de santé. Au sein de ces structures, ils coopèrent pour optimiser les prescriptions et éduquer les patients. Le pharmacien au sein des maisons de santé est perçu comme expert du médicament. Les différents professionnels de santé qui composent une maison de santé doivent élaborer ensemble des protocoles de soins, se réunir pour discuter des cas complexes et coordonner

les parcours de soins. Accessible sans rendez-vous, le pharmacien est le professionnel qui peut le plus rapidement réorienter le patient vers le bon professionnel médical ou paramédical. De plus, le fait d'être sur place (à proximité des professionnels de santé qui composent la maison de santé) est un atout indéniable pour le pharmacien. En effet, il peut accéder aux données cliniques, participer à l'écriture des protocoles de soins, animer et participer à des réunions sur des prescriptions. Il voit son rôle éducatif renforcé et trouve sa place en tant qu'expert du médicament. ^(19,44)

3.a.ii Les outils participant à la coopération :

Le pharmacien dispose de nombreux outils à sa disposition pour la pratique des exercices coordonnés. En effet, nous pouvons citer :

- Les entretiens pharmaceutiques avec des patients chroniques asthmatiques, traités par chimiothérapie orale ou encore sous anticoagulants oraux. La pratique de ces entretiens lui permet de participer à l'éducation thérapeutique du patient. Le pharmacien a alors un véritable rôle de conseil, d'éducation et de prévention. Ces entretiens peuvent être intégrés dans le parcours patient d'un exercice coordonné. En effet, ces entretiens peuvent être utiles dans le suivi du patient, pour la réorientation vers une structure adaptée si le pharmacien estime que c'est nécessaire, améliorer l'adhésion aux traitements ainsi que la qualité de vie du patient. ^(44,45)
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) qui peut contenir la plupart des informations de santé d'un patient (l'historique des soins, les comptes-rendus hospitaliers, les résultats d'examen ou encore les différentes prises de traitement). Ce dossier peut être rempli par le pharmacien, mais aussi être créé directement en ligne, à l'officine (grâce au Logiciel de Gestion d'Officine, LGO). Ce carnet de santé est un outil qui peut être très utile dans le suivi des patients et dans la pratique des exercices coordonnés. ⁽⁴⁵⁾
- L'installation de télécabine en officine. Ces télécabines sont utilisées pour la téléconsultation avec des médecins. Le pharmacien peut alors jouer un rôle d'assistant dans le cadre d'une téléconsultation. Il peut s'assurer du bon déroulement de la consultation et de la compréhension et de l'accompagnement du patient.

- La possibilité de renouveler les traitements chroniques et d'adapter les posologies dans le cadre de son rôle de pharmacien correspondant. Pour cela, le pharmacien doit être intégré dans un exercice coordonné et doit avoir l'accord du médecin traitant.

Pour conclure, dans le cadre d'un exercice coordonné, le pharmacien joue un rôle essentiel, tant en matière de collaboration professionnelle que de la prise en charge du patient.

3.b Le pharmacien au sein d'exercice de coordination pluriprofessionnel à l'étranger

Afin de compléter les recherches sur la place du pharmacien au sein des exercices coordonnés, il serait intéressant de faire un état des lieux à l'étranger. En effet, de nombreux pays ont expérimenté des exercices de coordination de soins en intégrant le pharmacien.

L'exercice collaboratif au sein de la santé est un concept des pays anglo-saxons. Pour le pharmacien, ce concept est défini comme une pratique clinique dans laquelle il collabore avec d'autres professionnels de santé dans l'intérêt du patient. Ce sont ces pays anglo-saxons qui apparaissent comme les plus avancés dans cette pratique. ⁽¹⁹⁾

Au regard du monde, les échanges et les collaborations entre professionnels de santé sont très variés. On peut aller d'un modèle où le pharmacien a des échanges minimes avec les autres professionnels de santé jusqu'à des modèles dans lequel le pharmacien a de plus grandes responsabilités. On peut par exemple citer la possibilité de modifier ou initier un traitement si le pharmacien est adhérent à une équipe de soins pluridisciplinaire. ⁽¹⁹⁾

Nous pouvons ainsi évoquer : le Canada, les États-Unis, le Royaume Unis, les Pays-Bas ou encore la Suisse. Dans ces pays, le pharmacien coopère avec d'autres professionnels de santé et a la possibilité d'initier ou de modifier des traitements.

3.b.i Le pharmacien aux États-Unis :

En 1997, il a été mis en place aux États-Unis une gestion collaborative des traitements médicamenteux entre le pharmacien et le médecin. À la base introduite dans certains états, cette gestion s'est étendue en 2003 à de nombreux états. Cette méthode permet au pharmacien de participer à la prise en charge thérapeutique avec les médecins. Selon le protocole prédéterminé, le pharmacien peut initier, renouveler et modifier des traitements

médicamenteux. Il a même la possibilité de prescrire des examens biologiques. Les pharmaciens et médecins agissent conjointement et forment une équipe de professionnels de santé. ⁽⁴⁶⁾

3.b.ii Le pharmacien au Canada :

Au Canada, les pharmaciens ont de multiples fonctions. C'est en particulier dans la province d'Alberta que les pharmaciens ont des missions très variées. Ils peuvent ajuster, renouveler des ordonnances, prescrire des analyses biologiques et prescrire des traitements pour des pathologies bénignes. Au Québec, les pharmaciens peuvent aussi depuis 2013, en relation avec le médecin, modifier des ordonnances, prescrire certains médicaments et prescrire des examens biologiques. Comme pour les États-Unis, au Canada les pharmaciens travaillent en collaboration étroite avec les médecins. ⁽⁴⁷⁾

3.b.iii Le pharmacien au Royaume-Uni :

Au Royaume-Uni les Pharmacies sont régies par le National Health System leur système de santé national. Une des spécificités du système pharmaceutique au Royaume-Unis est que certaines pharmacies sont autorisées à fonctionner comme une clinique. Les patients peuvent y recevoir des soins pour des cas d'urgences mineures. Depuis quelques années, il est possible de mettre en place des protocoles de collaboration entre un médecin et un pharmacien. Ce protocole permet de déléguer certaines tâches du médecin vers le pharmacien. On peut y retrouver les ajustements de prescription ou encore la vaccination. En 2016, il a été créé le poste de pharmacien clinicien. C'est un pharmacien travaillant dans un cabinet de généraliste qui a le rôle de conseils cliniques sur les traitements notamment avec les patients polymédiqués. ⁽⁴⁸⁾

3.b.iv Le pharmacien aux Pays-Bas :

Aux Pays-Bas, le pharmacien travaille en collaboration étroite avec le médecin généraliste. Le pharmacien a accès, grâce à l'interconnexion des données patients, aux diagnostics des médecins ainsi qu'aux résultats des examens biologiques. Par exemple, certains programmes coopératifs entre médecin et pharmacien ont été mis en place pour faciliter le maintien à domicile des patients âgés. ⁽¹⁹⁾

3.b.v Le pharmacien en Suisse :

En suisse, une pratique de coopération entre les médecins et pharmaciens a vu le jour en 1997. Il s'agit de cercles de qualité pharmacien-médecin qui se réunissent plusieurs fois par an et qui discutent des prescriptions de leurs patients. L'enjeu est d'améliorer la qualité de la prescription à l'aide de l'expertise des pharmaciens. Ce procédé a ensuite été étendu aux structures médico-sociales suisses. ⁽⁴⁹⁾

On remarque que la coordination interprofessionnelle et en particulier médecin-pharmacien se rapproche de l'exercice que l'on peut retrouver au sein des exercices pluri professionnels. A contrario, ces dispositifs n'englobent pas la totalité des professionnels de santé de ville et se concentrent plus sur le pharmacien et le médecin.

3.c Le pharmacien au sein d'un territoire :

Comme nous avons pu le voir, le rôle du pharmacien a évolué au cours des dix dernières années. Les chaînes pharmaceutiques composées d'officines sur le territoire participent au bon fonctionnement du système de santé et de l'accès aux soins. Au cours des dernières années, on a vu le nombre de pharmacies baisser. Une baisse qui peut s'expliquer par la restructuration du réseau officinal via les regroupements d'officines et de mutualisation entre les PUI. Malgré une tendance à la centralisation, le maillage pharmaceutique, véritable atout de la profession, reste stable et harmonieux au sein des territoires. En 2021, on recense en moyenne 31 officines, 7,3 laboratoires de biologie médicale et 3,5 pharmacies à usage intérieur pour 100 000 habitants.⁽⁵⁰⁾ Un chiffre qui reste stable depuis 10 ans (-0,9% par rapport à il y a 10 ans). En écartant les communes qui ont déjà des pharmacies dans leur enceinte, la distance moyenne des pharmacies les plus proches est à 5km. ⁽⁵¹⁾ Ce maillage est un véritable atout pour le pharmacien et ses activités au sein des exercices coordonnés.

Ce maillage est en grande partie dû aux respects des quotas démographiques. En effet, ces quotas sont définis par l'article L.5125-4 du Code de la santé publique. Il est autorisé 1 officine pour les 2 500 premiers habitants d'une commune puis tous les 4 500 habitants. Il y a des exceptions dans les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin où le quota est de 1 officine à partir de 3 500 habitants. ⁽⁵¹⁾

3.d Rôle du pharmacien au sein des CPTS :

Les CPTS s'organisent autour des besoins d'une population concernée pour lui apporter une nouvelle organisation de l'offre de santé. Même si le pharmacien est perçu comme intervenant à la fin de la chaîne de soins, sa position lui permet d'avoir une vision globale du parcours patient. De plus, sa proximité avec la population lui permet de participer efficacement aux projets de santé, mais aussi d'être un véritable pivot dans le fonctionnement d'une CPTS. Étant le professionnel de santé qui voit le plus de patients, il est en mesure de cerner les besoins d'une population, que ce soit sur des sujets de prévention, de réorientation, d'identification de patients spécifiques ou encore de suivi. Il est capable de coordonner la mise en place d'actions spécifiques à travers un territoire. [\(44,52\)](#)

Globalement, les pharmaciens participent à l'exercice interprofessionnel, mais trouvent les contraintes administratives trop importantes. Depuis le 31 mai 2021, le pharmacien correspondant a la possibilité de renouveler certains traitements chroniques à condition d'être impliqué dans un exercice coordonné. Cette condition semble être perçue comme contraignante pour les pharmaciens. [\(52\)](#)

Nous pouvons alors nous demander quelles sont les différentes raisons d'adhésion et de non-adhésion au CPTS et quels en sont les leviers d'engagements.

À travers mon étude terrain je vais essayer de répondre à la question suivante :

“Quel est l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS ?”

PARTIE 2 : ÉTUDE TERRAIN « l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS »

1) Contexte général

Dans le but d'illustrer les propos précédents, une étude qualitative exploratoire a été menée auprès de professionnels de santé au sein de CPTS. Compte tenu des difficultés techniques et pratiques d'investiguer l'ensemble des pharmaciens, il a été décidé de se concentrer sur des pharmaciens au sein de CPTS à des postes différents et sur des CPTS à des stades d'avancées différents. Il est donc important de noter que les résultats de cette étude ne peuvent en aucun cas être considérés comme représentatifs de la pensée de l'ensemble du corps médical ou

paramédical : les professionnels interrogés sont des pharmaciens convaincus par le dispositif, leurs avis ne peuvent pas être considérés comme similaires à ce que pourraient déclarer des pharmaciens non adhérents à une CPTS. Il s'agit d'une étude exploratoire visant à faire émerger des différences d'opinion pouvant mener à des réflexions ultérieures.

Ainsi, l'enjeu de cette étude était de comprendre :

- Comment se déroule la construction des CPTS et le recrutement des adhérents.
- La place que peut avoir un pharmacien au sein de ce dispositif afin de mieux comprendre son rôle et ses atouts pour intégrer une CPTS.
- Les raisons d'adhésion et de non-adhésion des professionnels de santé afin de mieux comprendre les leviers d'engagements et de donner des recommandations sur la communication des CPTS.
- L'avenir du dispositif afin de visualiser la place que vont jouer les CPTS dans l'organisation du système de santé sur un territoire.

Un interview complémentaire a été effectué auprès d'un acteur de l'assurance maladie et porte sur le thème de la sensibilisation des CPTS auprès des étudiants en santé et plus particulièrement en pharmacie.

2) Choix méthodologiques

2.a Constitution de l'échantillon

Population cible :

Comme abordé précédemment, le but est de mieux comprendre les motivations et le mode de création ainsi que la place et l'engagement du pharmacien au sein des CPTS.

Grâce à l'analyse de la littérature, il m'a semblé pertinent d'interroger des acteurs impliqués directement dans l'activité d'une CPTS. Le fait que les répondants soient pharmaciens et impliqués dans les CPTS a une double plus-value pour l'étude. Cependant, je ne me suis pas fermé à d'autres types de professions. Afin d'avoir une vision globale, je me suis concentré sur des pharmaciens avec différents rôles au sein de leur CPTS et des CPTS à des stades d'avancer différents. J'ai donc démarché des coordinateurs, des adhérents de CPTS, des présidents/créateurs de CPTS, des membres d'URPS et des membres d'ARS.

Dans un premier temps, j'ai élaboré une liste de professionnels de santé à interroger en me servant des différentes sources à ma disposition. Afin de rassembler ces informations, je me suis servi des sites d'ARS, des CPTS et des réseaux sociaux. Mon objectif était d'obtenir un panel suffisamment large de pharmaciens impliqués dans les CPTS.

Description de l'échantillon étudié

J'ai pris la décision de ne pas me limiter à une zone géographique spécifique. Mon choix s'est porté sur tout le territoire national. Bien entendu, il me paraissait intéressant d'interroger des acteurs dans différentes régions étant donné que la couverture des CPTS peut varier en fonction des endroits. Au total, j'ai contacté 18 personnes pour établir mon étude.

Cette prise de contact s'est faite par courrier électronique et par message d'invitation sur LinkedIn. Ayant déjà effectué le ciblage, la prise de contact via LinkedIn m'a semblé être la plus pertinente et impactante. Le premier message envoyé lors de prise de contact sur LinkedIn étant limité en nombre de caractères, j'ai dû envoyer des courts messages ciblant directement l'essentiel :

“ Bonjour Mme/ Mr XXX. Je vous contacte dans le cadre de ma thèse de Pharmacie “l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS”. J'aimerais, si vous le voulez bien, réaliser une interview de 25-30 minutes avec vous. Votre retour en tant que XXXX de CPTS me serait précieux. Je vous remercie par avance. ”

Ce message type a été envoyé de façon judicieuse le soir ou tôt le matin, afin que celui-ci soit le plus visible possible par les professionnels de santé.

Sur les 18 personnes contactées, 10 ont répondu positivement ou négativement, soit un pourcentage de réponses de 55 %.

Sur ces 10 réponses, 6 entretiens ont pu être réalisés, soit un pourcentage d'entretiens réalisés de 33 % sur les 18 personnes contactées au total. Les 4 personnes qui n'ont pas pu répondre favorablement se sont excusées en m'informant qu'ils ne pouvaient pas m'accorder de temps.

Le taux de réponse positive obtenue de 33 % est très satisfaisant (Tableau 1). Ce très fort pourcentage peut s'expliquer par le canal utilisé et l'engouement des répondants par rapport au sujet.

Tableau 1 : Tableau représentatif de la sollicitation par mail des répondants, obtenue par calcul des moyennes des réponses positives, négatives, et non réponses

Sollicitation des répondants :		
	Effectif	Pourcentage
Réponse positive	6	33,33%
Réponse négative	4	11%
Pas de réponse	10	55,56%
Total	18	100%

En ce qui concerne la localisation, ces personnes sont réparties dans 6 départements différents (figure 4), à savoir :

- Le Tarn-et-Garonne
- Les Alpes-Maritimes
- Le Marne
- La Charente
- Les Bouches-du-Rhône
- Paris

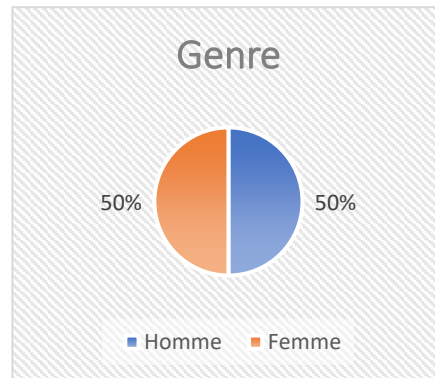
Figure 4 : Répartition géographique des différents répondants



Estimations par sexe et par tranche d'âge :

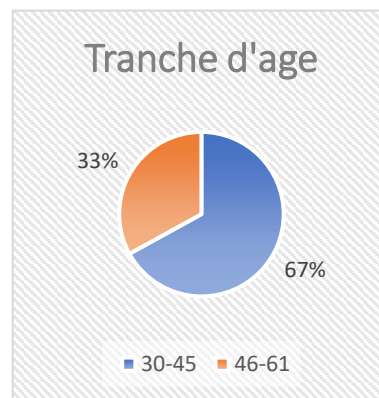
Pour les estimations par sexe et par tranche d'âge, les résultats montrent qu'il y avait autant de femme que d'homme(Figure 5).

Figure 5 : Diagramme représentant la répartition par sexe des répondants ayant participé à l'étude



Les résultats montrent que les répondants se situent majoritairement dans la classe d'âge 30-45 ans à plus de 67 % (figure 6). En effet, sur les 6 personnes interrogées, 4 sont âgées de 30 à 45 ans (soit 67 %) et 2 de 46 à 61 ans (soit 33 %).

Figure 6: Diagramme représentant la répartition des professionnels de santé interrogés en fonction de leur âge



Estimations par la spécialité et le rôle au sein de la CPTS :

Les résultats montrent que les répondants sont principalement des pharmaciens (Tableau 2).

Tableau 2 : Tableau représentatif de la répartition des répondants selon leur spécialité

Répartition des sujets suivant la spécialité	
	Effectif
Pharmacien	5
Infirmière	1
Total	6

Parmi les répondants, 4 sont directement intégrés au sein d'une CPTS, 1 ne fait plus partie aujourd'hui d'une CPTS et un autre est un acteur indirect à l'accompagnement des CPTS (Tableau 3).

Tableau 3 : Tableau représentatif de la répartition des répondants selon leur rôle au sein de leur CPTS et de leur profession

Répartition des enquêtés suivant le type de structure et de leur profession		
Rôle au sein de la CPTS	Effectif	Profession
Coordinateur de CPTS	1	Infirmière
Trésorier	1	Pharmacien
Adhérent : chef de projet	1	Pharmacien
Co-présidente	1	Pharmacien
Ancienne présidente d'une CPTS (travaille maintenant au ministère de la santé)	1	Pharmacien
Membre de la FCPTS (La Fédération nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)	1	Pharmacien

2.b Passation des entretiens

Au vu de la recherche bibliographique et du type d'information recherché, une étude prospective est la plus adaptée. Cette étude s'effectue auprès des acteurs qui interagissent directement ou indirectement avec les CPTS. L'objectif est de faire un état des lieux sur l'adhésion, le rôle et le futur de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS.

Il m'a semblé pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif, aussi appelé entretien qualitatif ou approfondi, est une méthode d'étude qualitative. Son but est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuves à un travail de recherche. Pour ces entretiens semi-directifs, j'ai élaboré un guide d'entretien. **(Annexe 1)** Les entretiens semi-directifs sont à réponses libres. Ce type d'entretien permet de poser des questions avec des thématiques larges et prédéfinies.

Les grands thèmes prédéfinis sont les suivants :

- Thème 1 : La création des CPTS
- Thème 2 : Le recrutement des professionnels de santé
- Thème 3 : Le pharmacien au sein des CPTS
- Thème 4 : L'adhésion et la non-adhésion des professionnels de santé
- Thème 5 : Le futur du dispositif

Les entretiens réalisés

Tous les professionnels de santé ont été interviewés par téléphone ou en visio-conférence. La durée moyenne totale est de 37, 33 minutes.

Tableau 4 : la durée moyenne totale des entretiens et type d'entretien mené

Durée moyenne totale	30 minutes	
Type entretien	Distanciel par téléphone	4
Type entretien	Distanciel par visioconférence	2

2.c Stratégie d'analyse

Dans un premier temps, j'ai retranscrit intégralement les entretiens en incluant les éléments non verbaux. **(Annexe 2)** J'ai ensuite effectué une lecture flottante des entretiens retranscrits afin de relever les divers points communs et les différences.

Dans un second temps, j'ai créé diverses catégories grâce à la lecture flottante.

J'ai pu identifier les fragments porteurs de sens et les ai affectés dans ces diverses catégories définies lors du codage ouvert afin de coder ces fragments. Presque tous ces fragments ont été codés. J'ai créé un fichier Excel pour visualiser ces fragments dans les diverses catégories en leur attribuant un X.

Pour terminer, j'ai regroupé les catégories entre elles afin que d'autres catégories puissent émerger lors du codage axial.

3) Résultats

3.a Analyse verticale des entretiens (Tableau 5)

	X1	X2	X3	X4	X5	X6
Age	36	34	44	35	55	57
Spé	I	P	P	P	P	P
Sexe	F	H	H	F	H	H
Localisation	82	06	13	51	75	16
Rôle au sein de la CPTS	Coordinatrice de CPTS	Trésorier de la CPTS	Adhérent chargé de mission	Co-présidente	Présidente CPTS	Membre de la FCPTS (fédération nationale des CPTS)

**I pour infirmière, P pour pharmacien H pour homme, F pour femme.*

Les résultats sont illustrés avec des verbatims repris des retranscriptions. Ces verbatims sont écrits en italique et entre des guillemets.

3.b La création des CPTS

Une création pluriprofessionnelle reposant sur un réseau existant

Lors de la création d'une CPTS, le ou les initiateurs doivent préconstruire le projet et remplir une lettre d'intention. Dans la majorité des cas, plusieurs professionnels de santé se réunissent pour construire le projet. La rencontre de ces professionnels de santé peut s'effectuer via le bouche-à-oreille ou de manière fortuite : « *Quand j'ai su qu'il y en avait une qui était déjà bien avancée sur le territoire, je me suis rapproché de cette CPTS* », « *J'ai entendu parler de CPTS et que les pharmaciens pouvaient être acteurs dans ce dispositif. Puis le jour même où le lendemain il y a une infirmière qui est passée à la pharmacie et qui m'a parlé d'un*

projet de CPTS. On a discuté et découvert de nombreuses convergences concernant les CPTS ». La communication entre professionnels de santé et la préexistence d'un réseau paraît être un levier à la création de CPTS : « *On était vraiment 2 à l'origine, moi et mon coprésident. Et puis, on en a parlé un petit peu autour de nous, à des personnes que l'on savait motiver et sur qui on pouvait compter. Un petit groupe de 10, c'est suffisant pour démarrer, trop ce n'est pas la peine. »*

A l'origine, la majorité des répondants voulaient créer une CPTS et avaient tous une idée de projet avant d'intégrer leur CPTS : « *J'ai donc voulu en créer une et j'ai commencé à bosser sur les statuts. »*, « *Ça faisait plusieurs années que je travaillais sur le sujet pour essayer de motiver des professionnels de santé autour du projet »*. Dès le début, la majorité connaissait très bien le dispositif et son fonctionnement : « *Donc je connaissais très bien la loi de 2016. J'avais bien décortiqué les mécanismes de la loi Touraine sur les équipes de soins primaires et des CPTS, les contrats de santé et les contrats locaux de santé. »*. Une bonne connaissance du dispositif semble être un levier d'adhésion et de création de CPTS. De plus, cette grande connaissance semble être un élément commun aux professionnels de santé qui sont aujourd'hui acteurs de ce dispositif.

De façon unanime, les CPTS sont initiées en interprofessionnalité. Au vu de l'objectif de ce dispositif, la création du projet en interprofessionnalité semble être une évidence : « *J'ai repéré quelques personnes un peu plus motivées que les autres qui étaient d'accord pour participer à mon projet. »*, « *Pour aider à en créer une, j'ai rejoint un petit groupe d'infirmières libérales qui avait déjà créé une association avec un projet. Il y avait un petit noyau qui était assez promoteur pour créer une CPTS »*, « *Pour le bureau de notre CPTS, on a choisi un mode de direction un peu original avec une coprésidence médecin/pharmacien et un vice-président infirmier. »*

La crise COVID semble avoir joué un rôle de déclencheur à la création des CPTS. Cette crise a permis la rencontre de nombreux professionnels de santé au sein d'un même territoire. De ce fait, de nombreux projets ont émergé et vont se perpétuer à l'avenir : « *Et c'est vraiment la crise COVID qui a permis de fédérer des professionnels de santé autour de différents projets et notamment des médecins. »*

Pour finir, lors de l'étape de la création d'une CPTS, les répondants recommandent de construire un petit groupe de 10 personnes au maximum et le plus pluriprofessionnel possible. L'idéal étant que toutes les professions soient représentées : *« C'est que se fut construit par un petit groupe qui était moteur et je pense que l'on aurait eu tout intérêt à communiquer plus notamment auprès des dentistes »*. Une autre recommandation donnée par les répondants est de prendre un temps minimum pour la construction du bureau. Ce temps permet la création de lien entre les initiateurs afin d'éviter tout futur potentiel conflit interne : *« Il faut avant tout ne pas se précipiter. Il faut ce temps d'échange, ce temps de connaissance de l'autre, ce temps d'adaptation, ce temps de lever des freins et lever les conflits. C'est 6 mois. Vous ne construisez pas une CPTS si vous n'avez pas au moins fait ce temps-là et le temps minimum est de 6 mois. Parfois, il est de plus. »*. La dernière recommandation est la bonne connaissance du dispositif qui peut venir soit d'une recherche personnelle, soit par certaines institutions régionales. L'accompagnement par ces institutions est cependant très conseillé.

3.c Le recrutement des professionnels de santé

Un recrutement multicanal nécessaire

Lors de la création d'une CPTS, les initiateurs ont l'obligation d'informer et de communiquer sur leurs projets auprès des professionnels de santé du territoire. Cette étape est une condition à la validation du projet par le conseil départemental. Les initiateurs doivent montrer que les professionnels de santé du territoire ont en grande partie adhéré ou validé le projet. La méthode de recrutement la plus utilisée et la plus efficace est le bouche-à-oreille de pair à pair : *« Le plus souvent on passe par des pairs parce qu'il est ainsi plus facile d'obtenir de l'adhésion. »* En effet, le recrutement de pair à pair semble être le plus impactant et le plus efficace. Il permet de donner des éléments concrets qui vont plus facilement impacter le professionnel de santé à recruter : *« Le pair va pouvoir lui donner des éléments concrets sur : qu'est-ce que peut apporter la CPTS dans sa pratique », « il faut des pairs pour parler aux pairs, c'est-à-dire que si un infirmier contacte un pharmacien, il sera moins crédible qu'un pharmacien qui demande à un pharmacien de les rejoindre. », « Puis on a continué à travailler jusqu'à motiver l'ensemble des autres acteurs, chacun dans sa profession, allant chercher des adhérents. Un infirmier va recruter des infirmières, le pharmacien des pharmaciens, les médecins des médecins, etc. »*. La proximité entre les professionnels de santé et la présence d'un réseau existant facilite ce type de recrutement. Même si cette méthode est très efficace,

elle doit être associée à d'autres canaux. En effet, l'information peut ne pas atteindre les professionnels de santé qui font de l'exercice isolé : *« Au début de la création de ma CPTS, l'information a été communiquée presque exclusivement via le bouche-à-oreille. De ce fait, tous les professionnels de santé de la région n'ont pas été avertis. Ce sont les professionnels de santé que les uns et les autres connaissaient. Le bouche-à-oreille permet un effet boule de neige, mais malheureusement de nombreux acteurs de santé n'ont pas été contactés. Ils l'ont découvert soit à posteriori, soit ils ne le savent toujours pas. »*

Le deuxième canal très utilisé et efficace est la communication par mail. Les professionnels de santé peuvent être contactés directement par la CPTS : *« Ils nous ont envoyé un mail pour une réunion d'information auprès de tous les professionnels de santé du territoire. »*. Ils peuvent aussi être contactés par les URPS : *« Après, il y a les canaux de l'URPS par exemple, on va passer par ces acteurs qui ont des listes de professionnels. »* ou encore la CPAM : *« La CPAM va envoyer des mails grâce à leur répertoire des professionnels de santé du secteur. Et grâce à eux, on peut envoyer des mails via leur mailing liste. Pour les messages importants, on passe parfois par eux. »*. Encore une fois, la communication par mail est efficace, mais ne permet pas de toucher l'ensemble des professionnels de territoire. Les professionnels de santé sont souvent submergés de mails et n'ont pas le temps de tout lire *« Parce qu'en tant que professionnel de santé, on est noyé par des tonnes de mails. »*.

Le troisième canal utilisé est le démarchage par téléphone. Il peut être effectué par des référents en charge du recrutement, des coordinateurs de CPTS ou encore les initiateurs des CPTS : *« Il y a aussi des démarches téléphoniques, notamment pour les établissements de soins, etc. Il s'agit de prendre rendez-vous avec les différents directeurs des établissements de soins, avec des cabinets médicaux ou encore avec des gros centres. »*. Cette méthode est cependant très contraignante car elle demande du temps que les professionnels n'ont pas toujours.

La communication des actions et des projets de la CPTS n'est pas à négliger. Elle est indispensable pour se faire connaître et attirer de plus en plus d'adhérents. La création de pages sur les réseaux sociaux semble être une méthode très utilisée aujourd'hui par les CPTS : *« Et donc ne serait-ce que par le bouche-à-oreille. Après, il y a une page Facebook, il y a une page LinkedIn », « On a une page Facebook qui est très dynamique. »*. En effet, le professionnel de santé peut décider de son fait de rejoindre la CPTS de son territoire : *« Quand j'ai su qu'il y en avait une qui était déjà bien avancée sur le territoire, je me suis rapproché de cette CPTS. »*

Plusieurs freins existent lors de l'étape de recrutement

L'un des premiers freins identifiés lors de la phase recrutement, par les répondants, est le manque de temps. En effet, le temps consacré au recrutement par les adhérents ou membres du bureau est du temps bénévole. Tous les professionnels de santé n'ont pas assez de temps pour pouvoir démarcher les autres professionnels de santé : *« Voilà le problème qu'on a aujourd'hui, c'est que l'on n'a pas assez de temps pour contacter tous ces professionnels »*. Cette tâche peut être prise en charge par les coordinateurs.

Le deuxième frein identifié est le manque d'impact de certains canaux et des communications de la CPTS. En effet, certains professionnels de santé ont mis du temps à être contacté ou ne le sont toujours pas. Chacun des canaux a ses limites : *« L'utilisation d'un canal unique nous a empêché de contacter l'ensemble des professionnels de santé. »*, *« Les mails de la CPAM ressemblent à des mails publicitaires et je suis certain que de nombreux professionnels ne lisent pas leur mail en pensant qu'il s'agit d'une publicité ou d'un SPAM. »*

L'utilisation de plusieurs canaux aux différentes étapes de la construction d'une CPTS semble être recommandée. En effet, chaque canal est efficace, mais a ses limites et n'atteint pas tout le monde. Lors de l'étape préprojet, les emails, le bouche-à-oreille et les réseaux sociaux sont à privilégier lors de l'invitation aux différentes réunions territoriales et assemblées générales. Ensuite, lorsque la CPTS a validé son préprojet, le démarchage par des membres de la CPTS ou un coordinateur semble être le plus adapté. En effet, le démarchage de pair à pair sera le plus impactant pour présenter les projets de la CPTS et l'intérêt que peut avoir chacun. Pour finir, lorsque la CPTS a signé l'ACI et sera active, il est recommandé de communiquer sur les actions de la CPTS via les réseaux sociaux et par email. La visibilité des actions de la CPTS est indispensable pour toucher d'autres professionnels de santé. Cependant, en fonction de la mobilisation et du temps disponible, le démarchage peut être continué.

3.d Le pharmacien au sein des CPTS

Les leviers de motivations des pharmaciens pour l'intégration des CPTS

Aujourd'hui les pharmaciens intègrent les CPTS pour de multiples raisons. La première est due à un manque de reconnaissance de l'importance de la profession dans le système de santé et le parcours de soins des patients. Depuis une dizaine d'années, le métier de pharmacien

évolue et se complexifie. Sa fonction va au-delà de la dispensation des médicaments : « Oui, l'idée est de devenir un véritable acteur du soin et non pas simplement un distributeur de médicaments. », « Les pharmaciens manquent de reconnaissance vis-à-vis des professions médicales. Ils ont besoin de trouver leur place au niveau du système de santé. » Du fait de manque de reconnaissance, les pharmaciens s'investissent dans les CPTS parce qu'ils considèrent que ce dispositif permet une revalorisation en tant que professionnel de santé : « Selon moi, Intégrer une CPTS permet une revalorisation de la profession parce qu'il nous donne un véritable rôle d'acteur de soins en participant à cette coordination interprofessionnelle. ». En effet, l'intégration dans un dispositif pluridisciplinaire permettrait de rendre le pharmacien acteur dans la prise en charge du patient : « Rentrer dans une CPTS nous permettra de prendre une place et être identifié comme acteur à qui on pourra confier des responsabilités. », « On n'est pas là pour pousser des boîtes. Il y a un rôle de prise en charge globale. ».

Le deuxième élément est en lien avec l'un des objectifs du dispositif : il s'agit de la création d'un réseau local sur le territoire : « La CPTS peut leur permettre de développer de meilleures relations afin de créer un réseau pour qu'ils puissent contacter un médecin plus facilement. ». En effet, aujourd'hui tout le monde ne connaît pas tous les professionnels médicaux ou paramédicaux du secteur : « J'ai décidé de créer une CPTS pour avoir plus de relations interprofessionnelles. C'est vraiment quelque chose qui manquait dans ma pratique et qui est indispensable pour l'avenir. », « Ça c'est le premier des intérêts, c'est de connaître l'autre. ». Afin d'améliorer le parcours de soins, il paraît indispensable d'améliorer la coordination du réseau et la CPTS semble être un bon outil pour pouvoir répondre à ce défi : « Si à terme, on arrive à fédérer tous les acteurs de santé d'un même territoire on facilitera le parcours patient, l'efficience des soins, l'accessibilité et le partage de compétences », « Et localement, je me suis rendu compte que la coordination des soins était très intéressante dans l'intérêt du patient, mais aussi professionnellement, ça nous a permis un gain de temps dans l'identification des infirmiers et prescripteurs », « C'est au final la conclusion, on obtient une meilleure coordination et un meilleur réseau. ». Un des exemples concrets donné par un des répondants est la réorientation des patients vers les urgences dentaires par les pharmaciens : « Et soudain, il y avait ce que tout pharmacien rêve, il y avait une réponse à apporter à quelqu'un qui arrivait avec un mal de dent. ». Un système de coordination avait été créé entre les urgences dentaires

et les pharmaciens du territoire. Les pharmaciens pouvaient alors avoir un avis dentaire en direct et réorienter le patient si besoin. Cette coopération se traduit par un exercice pluriprofessionnel qui deviendra la norme pour le pharmacien : *« le pharmacien est un véritable acteur de santé publique qui travaille main dans la main avec, avec un infirmier, avec des médecins généralistes et dentistes, ect»*, *« je pense que l'on va évoluer de plus en plus vers un fonctionnement interprofessionnel et pluridisciplinaire. »*.

Pour une partie des répondants, l'exercice coordonné permet de mieux connaître l'activité et les difficultés des autres professionnels de santé. Cette connaissance semble être un levier permettant une meilleure coordination interprofessionnelle : *« C'est important dans notre activité de connaître les professionnels de santé de sa zone, de connaître leurs difficultés parce que souvent, nous sommes dans notre monde et nous ne connaissons pas celles des autres. »*,

Nous pouvons retrouver de nombreux autres leviers de motivation des pharmaciens à l'intégration des CPTS. Parmi eux, nous pouvons citer :

- Un intérêt pour le patient. L'intérêt est double. Il passe tout d'abord par une meilleure prise en charge du parcours patient ainsi que par la proposition de nouveaux services intégrés dans les missions de la CPTS. Il s'agit d'optimiser le parcours de soins : *« Vous prenez la polyarthrite rhumatoïde, le patient a besoin d'un spécialiste d'un généraliste, d'un biologiste, d'un pharmacien, d'une infirmière, d'un kiné et peut-être même d'un psychologue. Mais si tous ces gens-là ne se coordonnent pas, il y a des pertes de chances pour le patient, comme il y a des dépenses inutiles parce que redondantes. »*. En ce sens, l'intégration d'un pharmacien au sein d'une CPTS peut permettre une meilleure fidélisation des patients : *« Il y a un intérêt pour la fidélisation de nos patients. On voit régulièrement nos patients au comptoir et ils nous font confiance, voir leur pharmacien intégrer une place supplémentaire et facilitatrice de leur parcours de soins va être perçue comme un service supplémentaire et une plus-value. »*
- La pratique de nouvelles missions. En effet, l'intégration du pharmacien au sein d'un exercice coordonné lui permet la pratique de nouvelles missions. On peut citer par exemple : la dispensation protocolisée : *« Un autre des avantages est l'accès aux actions uniquement permises lors de l'intégration d'une CPTS est la dispensation protocolisée en officine. »*

- Faciliter l'activité quotidienne. La formation d'un meilleur réseau permettra indirectement de faciliter le travail quotidien des pharmaciens : *« Et après sur un point de vue professionnel, on va pouvoir faciliter la délivrance, le suivi et de ce fait la communication interprofessionnelle sera forcément un bénéfice. »*
- La découverte de nouveaux outils. La création de projets sur leur territoire a permis, à de nombreux professionnels de santé, de découvrir les outils qui sont à leur disposition. Des outils comme les PTA ou les DAC sont très peu connus par les professionnels de santé : *« c'est vrai que la CPTS a permis de découvrir des outils que beaucoup de professionnels libéraux ne connaissent pas, notamment les plateformes territoriales d'appuis, les pôles infos seniors, le DAC, sur lesquels nous pouvons nous appuyer. Il y a de nombreux outils qui sont à notre disposition quand on est perdu professionnellement et parfois le pharmacien ne sait pas à qui s'adresser. »*
- Une place à prendre. Le pharmacien bénéficie d'une zone de chalandise sur son secteur qui est importante pour son entreprise. Intégrer une CPTS semble être un atout non négligeable pour garder et développer sa zone de chalandise. Un pharmacien qui n'adhère pas à ce dispositif peut être concurrencé par un confrère dans sa zone : *« Si je devais le convaincre un confrère d'intégrer ma CPTS, je parlerais de prendre une place au sein de sa zone de chalandise et de sa zone de soins. S'il ne le fait pas, son voisin le fera et son refus de s'investir dans une CPTS lui sera à un moment préjudiciable. », « En ce qui concerne des arguments vraiment décisifs à l'intégration dans une CPTS, le pharmacien qui ne s'intègre pas dans cette démarche se verra très rapidement supplanté par ceux qui le feront. »*

Le pharmacien a de nombreux atouts pour devenir un acteur majeur des CPTS

Par les caractéristiques de son métier et de son expertise, le pharmacien semble être un des professionnels incontournables pour la bonne mise en place et la réalisation des projets de la CPTS. Tout d'abord, le pharmacien est l'un des seuls professionnels de santé libéraux qui a l'habitude de travailler en équipe. En effet, par son activité quotidienne, il travaille et collabore au quotidien avec son équipe. Il a par exemple l'habitude d'organiser et de gérer des réunions : *« le pharmacien est un entrepreneur, il travaille en groupe, chose que les infirmières et les médecins n'ont pas l'habitude de faire. »*. Ensuite, le pharmacien est le professionnel de santé qui voit le plus de patient sans rendez-vous : *« On est les seuls professionnels de santé*

qui à un moment rencontrons cent pour cent des patients et sans rendez-vous. ». En effet, il a la chance d'être à l'intersection de nombreux parcours de soins. Il a un véritable potentiel dans la bonne coordination interprofessionnelle et peut réorienter des patients vers le bon interlocuteur : « Le pharmacien est au centre parce que l'ensemble des prescriptions convergent vers lui : les prescriptions qui viennent des hôpitaux, les prescriptions qui viennent des cabinets de radiologie, des spécialistes, des généralités, des infirmiers, des kinés et donc, en fait, le pharmacien joue un rôle central. ». Les pharmacies ont aussi la chance d'avoir un maillage territorial au niveau national, une caractéristique que l'on ne retrouve pas chez les autres professionnels libéraux. Par son maillage, il est garanti qu'une pharmacie pourra être à proximité et rentrer dans la zone d'action de chaque CPTS. La pharmacie, par sa nombreuse patientèle, a une bonne connaissance des besoins de la population. Cette connaissance est un atout indéniable qui permet au pharmacien d'être à l'initiative de projet et du suivi de projet : « on sait que s'il y a des pharmaciens, c'est qu'il y a de la population et donc on est capable d'identifier la population qui est desservie par les pharmacies du territoire. Les pharmacies vont pouvoir identifier les problématiques du secteur et à partir de là, initier des projets qui auront du sens. »

Au sein des CPTS, le pharmacien peut occuper plusieurs places. On peut retrouver des pharmaciens au sein du bureau de direction de la CPTS "Président", "trésorier"... , il peut être adhérent ou même devenir chef de projet mission : « Je suis venu le référent pour un projet sur la prise en charge des personnes âgées et la détection de la fragilité. ».

Le Pharmacien un professionnel de santé facilement mobilisable

Le pharmacien est un professionnel de santé assez mobilisable au sein des CPTS. En termes de mobilisation, il y a les infirmières puis les pharmaciens puis les médecins généralistes : « les infirmiers représentent la plus grosse proportion », « Alors, les pharmaciens sont plus nombreux que les médecins. Et les infirmiers sont encore plus nombreux que les pharmaciens. ». Tout d'abord, il semblerait que les pharmaciens soient présents dans la plupart des CPTS : « Je ne connais pas, ... je ne connais pas de CPTS où il n'y a pas de pharmaciens ». Cette raison peut être expliquée par leur nombre : « L'adhésion des pharmaciens ne pose pas de problème. Le recrutement des pharmaciens acteurs n'est pas un problème non plus, parce qu'il y a

beaucoup de pharmacies et il y a toujours des pharmaciens qui sont un peu moteurs. » Ce sont des professionnels de santé qui se mobilisent et adhèrent assez facilement : « Avec les CPTS on arrive toujours à motiver des pharmaciens, des infirmiers, mais les médecins, c'est toujours beaucoup plus compliqué » . Aujourd'hui la période actuelle rend difficile la mobilisation des pharmaciens. En effet ils sont déjà très mobilisés avec la crise actuelle : « Alors en ce moment, c'est un peu compliqué de les mobiliser parce que comme vous savez, il y a le covid et avec les vaccins et les tests », « je dirais qu'on est dans une période où ce n'est pas forcément évident de mobiliser. » Cependant, même si au premier abord les pharmaciens sont facilement mobilisables une partie de la profession ne semble pas encore avoir adhéré au dispositif : « Après, on est au début de notre association. Pour l'instant, on ne voit pas le concret. On ne voit pas les actions qui vont être initiées. », « Les autres 50 % des pharmaciens du secteur ne répondent pas aux mails. Je ne suis pas sûr qu'ils comprennent bien ce que peut leur apporter une CPTS.... ».

Les différents niveaux d'engagements des pharmaciens

Lors des différents entretiens, les répondants ont catégorisé plusieurs profils de pharmacien. Suite au recrutement des professionnels de santé, 3 profils de pharmaciens ressortent.

- Nous avons tout d'abord le pharmacien adhérent et acteur de la CPTS. Il s'agit de pharmaciens qui s'impliquent directement dans les projets ou même dans la coordination de l'association. Il semble que ce soit une partie non négligeable des pharmaciens, mais pas la majorité : « on a un pharmacien qui est dans un groupement moteur qui était intéressé aussi. Il était intéressé par tout ce qui est coordination et contact en interpro. Il y a d'autres pharmacies qui sont chez Aprium et qui sont aussi très moteurs. Ils avaient envie de participer et ils ont intégré certains groupes de travail. ». Les pharmaciens appartenant à des groupements semblent être plus investis et acteurs dans les CPTS.
- Nous avons ensuite le pharmacien adhérent, mais non acteur du dispositif. Ces pharmaciens adhérents au CPTS mais ne semblent pas être des membres actifs. Ces pharmaciens sont décrits comme des membres curieux, qui s'intéressent ou non : « Mais globalement la majorité y adhère sans forcément s'y intéresser. », « Et on a une

autre partie qui vient à l'assemblée générale et qui adhèrent, mais ne peuvent pas être considérés comme membre actif ». Cette catégorie de pharmacien semble être la plus importante.

- Pour finir, nous avons des pharmaciens qui ne sont pas intéressés. L'une des principales raisons semble être le manque d'intérêt envers ce dispositif et l'absence d'actions concrètes : *« Il y a des personnes qui ne se montrent pas du tout intéressées par ce genre de projet. C'est leur choix. », « il y a d'autres pharmaciens à qui on a envoyé une dizaine de mail et je ne suis pas sûr qu'ils les aient lus une seule fois ».*

Même si on peut séparer les pharmaciens en 3 catégories, nous ne pouvons pas écarter une 4^{ème} qui est le pharmacien qui ignore l'existence d'une CPTS sur son territoire. Comme décrit plus haut dans la partie sur les freins existant lors de l'étape de recrutement, certains professionnels de santé n'ont peut-être jamais reçu l'information qu'une CPTS avait été initiée ou créée sur leur territoire. En effet, certains canaux ne touchent pas l'intégralité des professionnels de santé du territoire.

Un dispositif qui n'a pas encore fait ses preuves pour tout le monde et manque encore de contenu

Pour les répondants, une des principales raisons qui peut expliquer la présence de ces deux profils de pharmacien : " Pharmacien adhérent, mais non acteur " et " Pharmacien non intéressé " est le manque de concret. En effet, ce dispositif étant encore très jeune, ils ne sont pour la plupart pas encore convaincus par ces projets : *« Ce qui se passe à l'heure actuelle, c'est que pour l'instant les CPTS sont toutes très jeunes et encore très peu structurées, s'il n'y a pas d'éléments moteurs pour les dynamiser, elles n'apportent rien pour l'instant. »* Tout d'abord, il faut que les pharmaciens y voient un intérêt : *« il faut que les thématiques les motivent ».* Les répondants sont pour la plupart d'accord sur ce point. Lorsque les CPTS seront en marche avec des projets concrets, la majorité des pharmaciens non encore investis devraient devenir de véritables acteurs : *« je pense que du moment où on va réussir à promouvoir les CPTS. L'intérêt deviendra évident pour tous. La récupération de zones de chalandises constituera un intérêt financier et de nombreux professionnels adhéreront au concept. », « Donc il y en a qui vont attendre. Au bout d'un moment tout le monde participera. », « une fois que l'on a bien expliqué et que l'on voit ce qui est en train de se monter, de*

nombreux pharmaciens m'appellent pour en parler. De plus, tous ceux qui font partie des groupes de travail me disent que ça avance. ».

3.e L'adhésion et la non-adhésion des professionnels de santé

La non-adhésion des professionnels de santé aux CPTS

De manière générale, les raisons de non-adhésion sont multiples et englobent plusieurs facteurs. Cette non-adhésion se traduit parfois par un manque de mobilisation. *« sur Montauban la situation est un peu particulière parce que l'on a quelques soucis pour mobiliser des professionnels même si l'on est 130 adhérents à peu près aujourd'hui. », « Le problème c'est que certains n'ont pas forcément l'envie de s'impliquer. », « je suis sur un territoire un peu difficile mais je trouve que les professionnels sont très durs à mobiliser ».* Les raisons de non-adhésion qui ont pu être identifiées aujourd'hui sont les suivantes :

- Il s'agit d'une organisation compliquée à mettre en place. Les CPTS étaient au début décrit par certains professionnels de santé comme quelque chose de complexe et de flou : *« les pharmaciens et les autres professionnels de santé doutaient au départ de l'utilité d'une CPTS. A quoi ça sert ce machin ? », « Et au début, je n'arrêtais pas d'entendre : "C'est quoi cette usine à gaz ? mais comment on va faire ? Jamais on y arrivera. C'est trop compliqué. Mais c'est quoi vraiment l'intérêt ? », « Oui, c'est compliqué de monter une association, de rédiger des statuts, de faire un règlement intérieur pour manager le projet.»*
- Le manque d'intérêt. En effet, certains professionnels de santé ne visualisent pas l'intérêt que peut avoir une CPTS et l'apport dont ils peuvent bénéficier dans leur exercice quotidien : *« Un manque d'intérêt, ils n'y voient pas leur intérêt. Ils pensent que c'est plus du temps perdu. », « Pour l'instant en tout cas, les gens que je rencontre me demandent mais qu'est-ce que va m'apporter de plus d'intégrer une CPTS,», « Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne perçoivent pas encore l'intérêt. En tout cas chez nous ils ne sont pas encore tous motivés parce que l'on a déjà mis en place beaucoup de choses. ».* Cependant, par sa nature, ce dispositif n'est pas là pour aider ou faciliter l'exercice des professionnels de santé. L'objectif des CPTS est d'optimiser les services

aux patients : « *Étant donné que la CPTS tourne autour du patient et non du professionnel, on ne va pas les aider à mieux travailler ou à alléger son travail* ».

- La crainte du travail en groupe. Cette méthode de travail peut être vécue comme un véritable changement de paradigme pour les professionnels libéraux. En effet, certains vont devoir travailler en collaboration alors qu'ils travaillent seuls depuis le début de leurs carrières : « *Déjà les libéraux ont l'habitude de travailler en autonomie et là vous leur demandez de travailler ensemble. C'est compliqué, c'est un point de changement de paradigme dans leurs façons de travailler.* ». On peut prendre l'exemple du professionnel de santé qui a quitté une structure hospitalière pour se mettre à son compte : « *Je vais prendre l'exemple d'un infirmier qui est parti de l'hôpital parce qu'il ne voulait plus être à la botte des médecins, donc il va s'installer en libéral. Et là, vous allez leur dire que dans la CPTS, ils vont travailler avec des médecins. Ils ont parfois l'impression qu'ils vont se remettre dans une position de soumission.* » Cette crainte peut se traduire par des enjeux de pouvoirs entre plusieurs professionnels de santé : « *En fait, il y a des enjeux de pouvoir qui sont difficiles à modifier même avec une CPTS.* ». Le fait est qu'il est parfois difficile de faire travailler des professionnels de santé entre eux. Pour la plupart ils ne se connaissent pas et n'ont jamais travaillé ensemble : « *Après, dans toutes structures, il est parfois difficile de gérer le relationnel et la communication entre les collaborateurs. Les CPTS n'échappent pas à cette règle.* ». Cette problématique peut se traduire par des problèmes de communications entre les différents professionnels de santé : « *Quand on fait des réunions parfois ça part dans tous les sens parce que chacun veut aborder son sujet. Chaque participant aborde sa problématique sans tenir compte des objectifs du groupe.* ».
- La crainte de ne pas se sentir acteur de la CPTS : « *il faut que les professionnels se disent : moi je viens, si j'ai le sentiment que je suis acteur.* ». En effet, certains ont peur que d'autres décident pour tous et qu'ils n'aient pas leur mot à dire : « *Il y a un risque dans certaines CPTS d'avoir des fondateurs qui sont très puissants au sein de leur bureau et qui influencent énormément et qui orientent vers des rémunérations qui sont parfois disproportionnées pour servir leurs propres intérêts.* ». La démocratisation au sein d'une CPTS semble être un facteur de succès pour la bonne adhésion des professionnels de santé lors de la création de la CPTS mais aussi sur le long terme.

- La crainte de la démultiplication des activités. Certains professionnels de santé sont déjà investis dans des exercices coordonnés ou des projets similaires. Le cumul des activités semble être un frein à l'adhésion de certains professionnels de santé : « *Souvent, ils sont mobilisés sur plein d'autres projets, il y a la CPTS mais il y a aussi d'autres projets en parallèle et donc certains vont vous dire qu'il y a une multiplication des dispositifs de ce type là et ça noie un peu ces mobilisations-là.* », « *Comme il y a plusieurs dispositifs de coordination, ça peut couper l'envie de s'investir parce qu'ils ont l'impression de s'investir dans plein de choses qui démultiplie les activités. Donc ça peut vraiment être un frein.* ».
- Nous pouvons aussi retrouver la crainte du manque d'ententes : « *une autre problématique à l'intégration est l'entente entre les professionnels de santé, après ça c'est très sociologique.* » et le manque de temps « *Oui je dirais le manque de temps, c'est une des problématiques* ».

Ces différents points nous permettent de mieux comprendre les possibles raisons de non-engagement des professionnels de santé. De ce fait, il est possible de modifier ces axes de communication pour rassurer les professionnels de santé. Les 3 enjeux de la communication des CPTS sont : informer, sensibiliser et intéresser les professionnels de santé.

Pour la partie " sensibiliser ", il serait intéressant de rassurer les professionnels de santé sur les différentes craintes évoquées plus haut. Il est possible d'axer des communications sur ces sujets sous la forme de retour d'expérience des différents professionnels de santé dans ou en dehors de la CPTS en question. Cette partie pourrait être gérée par chaque CPTS et ajustée en fonction des différents ressentis sur le territoire. Ce sont différents points qui pourraient être ajoutés à certaines communications de la CPTS ou encore des réunions avec pour sujet des retours d'expériences.

Pour la partie " intéresser ", il est essentiel que ce soit des pairs qui parlent avec d'autres pairs pour présenter leurs expériences personnelles et l'intérêt que peut avoir un pharmacien à intégrer une CPTS. Cette communication peut prendre la forme d'un démarchage, de réunion d'information, d'articles avec des retours d'expériences et d'intervention lors de congrès. Cette partie pourrait être gérée par la fédération nationale des CPTS sur les événements de grandes envergures et par les CPTS pour le démarchage et les réunions d'informations.

Pour la partie “informer”, il est nécessaire que chaque CPTS communique régulièrement avec une communication interne et externe. La communication sur les objectifs de chaque mission, des résultats attendus, des résultats obtenus et des bénéfices pour les patients pourrait être des axes à exploiter.

Les leviers d’engagement pour faire adhérer les professionnels de santé

Nous pouvons retrouver plusieurs leviers comme :

- Un gain de temps sur le long terme : « *Oui, c'est du temps en plus au début, mais c'est pour en gagner après et pour avoir une meilleure prise en charge de la population.* »
- Un gain financier : « *si on parle financier, on paye 30 euros de cotisation et on reçoit 400 euros de ROSP.* ».
- Une réponse à certains besoins des professionnels de santé : « *Pour intéresser les professionnels de santé, il faut répondre à un ou plusieurs de leurs besoins.* ».

3.f Le futur du dispositif

Les leviers pour la bonne réussite des futures CPTS

Nous avons pu identifier plusieurs leviers qui nous semblent indispensables pour la bonne réussite des futures CPTS, qu’elles soient en cours de création ou actives.

- Lors de la création d’une CPTS, la présence d’un réseau local préexistant sur le territoire est un levier de réussite : « *Vous considérez cette première présence de réseau comme un levier à la création de CPTS ? Répondant : Ah oui oui tout à fait.* ». On peut séparer les réseaux déjà formalisés comme les maisons de santé ou les équipes de soins primaires et les réseaux non formalisés. Les réseaux non formalisés englobent les différents temps de coopération entre professionnels de santé.
- Pour l’avenir, les CPTS doivent disposer de ressources financières importantes. En effet, la construction de réseaux et de projets à l’échelle d’un territoire génère des coûts importants : « *À l’avenir, les CPTS doivent avoir des financements quand même relativement importants.* ».
- Pour son organisation, la direction doit être démocratique. De l’idée à la construction, chaque professionnel de santé devrait avoir son mot à dire : « *C'est-à-dire*

qu'aujourd'hui, l'association n'est pas assez structurée pour que l'on ait les instances nécessaires pour faire des choix démocratiques. », « la bonne évolution dans le cadre des CPTS, c'est de clarifier comment les actions sont choisies, etc ».

- La présence d'une bonne cohésion au sein de la CPTS semble être indispensable pour sa bonne réussite : *« Il faut garder des professionnels de santé motivés et soudés. », « Le sujet de la CPTS c'est de construire ensemble des pratiques communes à l'amélioration du parcours et d'essayer d'assumer toutes les missions qui sont celles des CPTS. ».*
- Une bonne communication externe et interne semble être indispensable. Tout d'abord, il est nécessaire de développer au maximum la communication externe lors de l'étape initiale : *« Si j'avais quelques choses à changer sur la création de ma CPTS, j'améliorerais la communication interprofessionnelle. C'est que ç'a été créé par un petit groupe qui était moteur et je pense que l'on aurait eu tout intérêt à communiquer plus notamment auprès des dentistes ».* Un temps d'échange minimum entre les professionnels de santé initiateur des CPTS semble être important avant le lancement du projet : *« Il faut ce temps d'échange, ce temps de connaissance de l'autre, ce temps d'adaptation, ce temps de lever des freins et lever les conflits. C'est 6 mois. Vous ne construisez pas une CPTS si vous n'avez pas au moins fait ce temps-là. ».*

L'évolution possible des CPTS

Plusieurs répondants affirment que certaines CPTS ne vont pas réussir. En effet certaines fonctionnent et vont perdurer et d'autres ne vont pas réussir au long terme. : *« Et après globalement sur l'évolution des CPTS., à mon sens c'est soit ça marche soit ça échoue. Il y a deux possibilités et ça dépend beaucoup de la mobilisation des professionnels de santé », « il y a les CPTS qui vont vraiment marcher et il y a les CPTS qui vont couler. Je suis persuadé que certaines CPTS sont des usines à gaz et je suis persuadé que d'autres sont hypers efficaces. ».*

A l'avenir, le dispositif des CPTS va prendre de plus en plus de place au sein des professions libérales. L'exercice isolé va disparaître pour laisser la place à l'exercice coordonné. L'objectif est de faire disparaître cet exercice isolé. Comme l'a dit un des répondants, dans 10 ans les CPTS vont être *"the place to be "* pour les professionnels de santé libéraux : *« parce que je considère que c'est "The place to be". Ça sera l'avenir. Et je pense que d'ici une dizaine*

d'années, l'unité territoriale sanitaire sera la CPTS. », « C'est the place to be dans 10 ans. Alors pourquoi 10 ans, parce que vous savez, la santé et l'organisation de la santé, c'est un paquebot et ça ne bouge pas comme ça. Il y a des effets sociétaux, il y a des facteurs professionnels, interprofessionnels ou même générationnels. ».

Une des grandes interrogations sur l'avenir de ce dispositif est la place que vont lui donner les instances. Sur ce sujet l'avis est visiblement partagé. D'un côté, certains pensent que les instances vont privilégier les CPTS : *« Alors d'après les échos que j'ai obtenus de la part de grand groupe hospitalier avec lesquels je travaille sur mon projet de la prise en charge des personnes âgées à domicile. Le ministre de la Santé leur a annoncé que ce genre de mission passera exclusivement par les CPTS à l'avenir. ».* En effet, dans le futur, l'ARS pourrait passer directement et exclusivement par les CPTS pour la mise en place de la politique de santé du territoire : *« À l'avenir, si le directeur de l'ARS veut mettre en place une politique de santé dans ces territoires, il se tournera directement vers les présidents de CPTS. Il leur demandera de mettre en place la vaccination, le dépistage de l'obésité, la campagne de prévention du tabac ainsi que toutes les nouvelles missions à venir. ».* Les CPTS deviendraient l'unité territoriale sanitaire de référence.

D'un autre côté, certains pensent que les instances vont s'impliquer directement dans les CPTS et restreindre certaines de leurs libertés : *« Est-ce que les autorités de tutelle vont baisser les financements pour pouvoir récupérer ce qu'ils ont investi dans la crise covid ? C'est une possibilité. ».* Une des craintes est la gestion des budgets par l'ARS : *« Aller peut-être que l'on s'inspirera de ces CPTS et que certaines choses deviendront obligatoires et au lieu de donner des budgets à des libéraux ils remettront des budgets à des salariés d'ARS qui les répartiront entre les CPTS. ».* Cette gestion est perçue comme positive parce qu'il y aurait un meilleur contrôle, mais aussi négatif, car l'ARS n'a pas la vision exhaustive du terrain.

3.g La sensibilisation sur les CPTS auprès des étudiants en pharmacie

Une interview complémentaire sur le thème de la sensibilisation des étudiants sur les CPTS a été réalisée. Elle a été initiée suite à une piste évoquée durant l'étude qui a pour objectif d'améliorer l'engagement des pharmaciens sur les CPTS en sensibilisant les étudiants. Le

postulat de départ est simple. En sensibilisant et informant l'ensemble des étudiants sur certains sujets, les étudiants seront des futurs pharmaciens moteurs dans la mise en place des CPTS. Cet échange nous donne le point de vue d'une pharmacienne travaillant au sein de l'Assurance Maladie et qui organise depuis 2022, en partenariat avec la faculté de pharmacie de Toulouse, une visioconférence au cours du stage de 6 années.

L'Assurance maladie a aujourd'hui un rôle de conseiller et d'accompagnateur des CPTS. Elle fait notamment partie des 3 acteurs qui signe l'accord triparti lors de leur création. En son sein, plusieurs personnes vont aider les CPTS :

- le médecin conseil qui va jouer un rôle d'accompagnateur auprès des CPTS. Il va aider dans l'élaboration du projet de soins et participer au suivi de la CPTS.
- Les Référents des Organisations Coordonnées (ROC), un nouveau poste qui s'est mis en place récemment et qui est l'interlocuteur privilégié. *" Il s'agit d'un référent pour l'organisation qui est chargé de la coordination des CPTS."*

Au moment de l'interview, les pharmaciens conseils ne sont pas associés au processus de création et/ou suivi des CPTS.

L'Assurance Maladie est un acteur de l'organisation des soins à l'échelle locale et apporte tout type d'informations aux professionnels de santé. Elle peut aussi intervenir auprès des étudiants en santé, pour présenter sa structure et sa place dans la gestion des soins. A titre d'exemple, récemment des " Ateliers assurance maladie " sont organisés conjointement avec les deux facultés de pharmacie de Toulouse et Montpellier. En 2022, ce sont essentiellement les entretiens pharmaceutiques pour les patients sous chimiothérapie orale qui ont été présentés aux étudiants.

L'Assurance Maladie ne communique pas aujourd'hui sur les CPTS auprès des étudiants mais pourrait le faire si la profession le souhaite.

Pour toucher les étudiants, l'important est avant tout de communiquer :

- En présentant le dispositif *" Déjà, je pense qu'il faut leur présenter les principes de manière un peu théorique. Je pense qu'il n'y a pas eu beaucoup de communication aujourd'hui. "*
- En mettant en avant l'interprofessionnalité et son bénéfice dans le quotidien du pharmacien : *" Ce qu'il faut surtout mettre en avant c'est l'interprofessionnalité qui enrichit le métier "*.

- Avec des retours d'expériences des pharmaciens qui participent à cet exercice coordonné. Ce type d'échange pourrait être amené via des conférences ou des rencontres pharmaciens/étudiants : "

Si la théorie n'est pas expliquée au cours des études, puis complétée par une présentation pratique au sein des territoires, il va être difficile pour l'étudiant en pharmacie de se projeter sur ce mode d'exercice." " Oui, effectivement, dans le cadre de la formation, il pourrait y avoir un volet retour d'expérience, justement dans une spécialisation officine avec des présentations de cas et des retours d'expériences.", " chaque CPTS aura un retour d'expérience qui lui est propre et du coup l'étudiant va pouvoir se projeter dans certaines thématiques."

D'un point de vue pratique, il serait intéressant que les étudiants puissent effectuer des stages au sein de CPTS " Si la faculté a la capacité d'ouvrir des stages dans des CPTS, oui, forcément, cela pourrait être un levier. " Malgré ces actions, l'un des gros freins observés aujourd'hui est le manque de jeunes pharmaciens : « une désaffection pour les études de pharmacie induites par des nouveaux systèmes d'entrée dans les études de santé, qui conduit de facto à une difficulté pour recruter des pharmaciens » En effet, si le pharmacien n'arrive pas à recruter et il ne pourra pas se dégager du temps pour intégrer une CPTS. Pour conclure, l'un des leviers majeurs pourrait être la mise en place de rémunérations complémentaires via ces nouveaux modes d'exercices coordonnés " Je pense qu'à partir du moment où la convention prévoit de plus en plus d'actes rémunérés via un exercice coordonné, naturellement, la profession va peut-être rechercher à développer cet exercice. " La mise en place de ces actes ne pourra se faire que si la profession les légitime auprès des différentes instances : " Aux pharmaciens à défendre cette volonté de travailler en CPTS, afin que ce mode d'exercice soit enrichi au fur et mesure des avenants conventionnels."

Conclusion

Au cours de cette enquête auprès de témoins privilégiés impliqués dans les CPTS, nous avons pu aborder de nombreux sujets afin de mieux comprendre la place du pharmacien au sein de ce dispositif. Nous avons étudié les différents freins qui peuvent pénaliser le recrutement des adhérents ainsi que les fonctions et la place que prendra le dispositif dans la future organisation régionale du système de santé.

Comme on a pu le voir, les CPTS sont dûs à une initiative pluriprofessionnelle et reposent au début sur un réseau préexistant. Ce premier réseau s'élargit la plupart du temps grâce au bouche-à-oreille. Cependant, il ne faut pas oublier que créer une CPTS est une tâche complexe qui peut être perçue comme une contrainte par les professionnels de santé. Il s'agit de l'un des principaux freins au développement des CPTS.

La phase de recrutement est une phase indispensable et capitale pour la bonne construction et le bon déroulé des projets sur le long terme. On a pu voir que ce recrutement devrait être un recrutement multicanal. En effet, chaque canal a montré son efficacité, mais aussi sa limite pour atteindre l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

Aujourd'hui, le pharmacien semble avoir de nombreuses raisons de s'investir dans ce dispositif. Nous pouvons citer : la revalorisation de la profession en tant que professionnel de santé, une meilleure connaissance des professions libérales sur leur territoire, la construction d'un véritable réseau, Nous avons pu voir que le pharmacien a de nombreux atouts qui peuvent lui permettre d'avoir un rôle central au sein de ce dispositif. C'est un entrepreneur qui a l'habitude de travailler en groupe, c'est le professionnel libéral qui voit le plus de patients sans rendez-vous et c'est lui qui est le plus à même de cerner les besoins du territoire. De plus, il a une place centrale dans les parcours de soins par sa fonction de dispensation d'ordonnance, En effet, chaque patient qui rentre dans un parcours de soins a de grandes chances de croiser un pharmacien à un moment donné. Si nous devons comparer la mobilisation des professionnels de santé, les pharmaciens sont plus mobilisables que les médecins généralistes et moins que les infirmiers.

Comme présenté dans les résultats de l'étude, nous avons pu catégoriser plusieurs niveaux d'adhésion des pharmaciens. Nous avons le pharmacien adhérent et acteur, le pharmacien adhérent mais non acteur de la CPTS et le pharmacien non intéressé. Les pharmaciens adhérents mais non acteurs semblent être la catégorie la plus importante des pharmaciens. Même si nous avons identifié ces 3 catégories, nous ne pouvons pas écarter la possibilité que des professionnels de santé ignorent l'existence d'une CPTS sur leur territoire. Les deux catégories " le pharmacien adhérent mais non acteur de la CPTS et le pharmacien non intéressé " peuvent être expliquées en partie par un manque d'intérêt et de concret. Les répondants de l'étude sont d'accord pour dire qu'une grande majorité devrait adhérer lorsque

les résultats seront visibles par les professionnels de santé. Hormis le manque d'intérêt et de concret, nous pouvons citer comme autres raisons de non-adhésion : le manque de temps des professionnels de santé, le manque d'entente, la crainte du travail en groupe, la crainte de la démultiplication des activités et la crainte de ne pas se sentir acteur des décisions.

Pour finir, nous avons pu identifier les possibles évolutions du dispositif. Les CPTS vont prendre dans les prochaines années une place de plus en plus importante dans l'organisation du système de santé locale. Les CPTS deviendront l'unité territoriale de référence et seront responsables, à l'avenir, de la mise en place de la politique nationale de santé au niveau de leurs territoires. Elles ont de grandes chances de superviser les futures expérimentations dans leur territoire. L'objectif étant de faire disparaître l'exercice isolé. Le point de doute est l'implication future des instances dans la gestion des CPTS et des budgets qui leur seront alloués.

Dans l'ensemble, les pharmaciens semblent être des professionnels de santé facilement mobilisables. Ils ont de nombreux atouts leur permettant de devenir des acteurs importants des CPTS. Mais au-delà de cette mobilisation, nous avons pu mettre en évidence certains axes d'amélioration sur la création, le recrutement et la communication des CPTS. Ces points ont pu être évoqués ou ressortis de l'analyse des résultats. En voici les trois principaux, dont la réalisation peut dépendre de la CPTS ou d'acteurs externes :

- Tout d'abord, lors de l'étape de création d'une CPTS, il est recommandé de rassembler un groupe de 10 personnes maximum représentant toutes les professions libérales. De plus, un temps minimum semble nécessaire lors de la construction du bureau avant de lancer la phase de formalisation du projet. Ce temps minimal a pour principal objectif d'apprendre à se connaître. Prendre du temps lors de cette étape semble être un facteur de succès à la construction des CPTS.
- Ensuite, l'utilisation de plusieurs canaux de communications semble indispensable lors des différentes étapes de la création d'une CPTS. Les emails, bouches à oreilles semblent être à privilégier lors de l'étape de préprojet. Le démarchage pourrait être privilégié, une fois le projet validé, pour le recrutement de nouveaux professionnels de santé. Une fois en activité, la communication par e-mail et réseaux sociaux semble être le plus adapté.

- Enfin, il serait intéressant, dans les zones où le recrutement est compliqué, d'axer la communication sur certains sujets comme les différentes craintes que peuvent avoir les professionnels de santé. Ces sujets pourraient être abordés via des partages et des retours d'expériences de chaque profession sur différents canaux. Chaque CPTS pourrait en fonction du ressenti des professionnels de santé adapter leurs discours et leurs canaux pour être le plus impactant. Leur communication pourrait tourner autour de 3 objectifs : informer, intéresser et sensibiliser.

Pour compléter ces résultats, il pourrait être intéressant d'introduire ces différents exercices coordonnés auprès des étudiants en santé afin de les sensibiliser avant la fin de leurs études.

CONCLUSION

Les CPTS sont des dispositifs de coordination interprofessionnels qui ont été lancés avec “ Ma santé 2022”. Nous pouvons constater que nous n’avons pas encore atteint les objectifs fixés de 1000 CPTS dans le cadre de la stratégie “Ma santé 2022”.

Aujourd'hui, le pharmacien est un professionnel de santé facilement mobilisable au sein des CPTS. Cependant, une grande partie ne se sent pas encore concerné. On comptait, en décembre 2020, approximativement 1000 pharmaciens impliqués dans les CPTS. Le pharmacien est un professionnel de santé qui a de nombreux atouts qui lui permettent d’occuper une place centrale dans ce dispositif. Il a aussi de nombreuses raisons de s’investir dans un but de revalorisation de leur métier. L’absence d’un investissement majeur peut s’expliquer aujourd'hui par un manque de concret ressenti par les différents professionnels de santé. En effet, ce dispositif est assez jeune et long à mettre en place. La crise COVID a aussi ralenti leur investissement dans les CPTS car chacun a dû se concentrer sur la gestion de la crise.

Nous avons ainsi pu voir qu’il y a une forte probabilité qu’une grande partie des pharmaciens s’investissent dans les CPTS une fois que ces dernières auront fait leurs preuves. Il ne faut pas oublier que ce sont des dispositifs longs complexes à mettre en place. À l’avenir, les CPTS risquent de prendre de plus en plus de place au sein de l’organisation du système de santé local et régional. En effet, il est fort probable que les missions nationales de santé publique soient prises en charge au niveau local par les CPTS. Les CPTS travailleront main dans la main avec les ARS. Dans quelques années, on peut imaginer que la majorité des professionnels de santé libéraux exercent dans une CPTS.

Il n'en reste pas moins qu'un certain nombre de questions restent pour l'instant en suspens : quels seront les impacts sur les parcours de soins ? Y aura-t-il une différence de prise en charge entre un parcours de soins intégré dans une CPTS et un parcours de soins hors CPTS ? Et est-ce que les CPTS pourront prendre en charge tous les parcours de soins ?

Les prochaines années seront fondamentales, elles permettront de répondre à ces questions et de voir dans quelle mesure les CPTS prendront une place dans la stratégie de santé nationale et locale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ma santé 2022 : un engagement collectif. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 08 septembre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
2. Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) : mode d'emploi. In : Amelie. [Internet]. 2022 [Cité le 08 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
3. Pharmacien titulaire d'officine. In : Ordre des pharmaciens. [Internet]. 2022 [Cité le 08 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Le-metier-du-pharmacien/Fiches-metiers/Officine/Pharmacien-titulaire-d-officine>
4. LE GALL.O & al. La régulation du réseau des pharmacies d'officine. Inspection générale des finances et des affaires sociales. Rapport. Octobre 2016. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_IGAS-IGF-_Regulation_du_reseau_des_pharmacies_d__officine.pdf
5. DABI.F & al. Le rôle et la place des pharmaciens dans la crise du Coronavirus. Institut Français d'Opinion Publique. Rapport. Avril 2020. Disponible sur : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2020/04/117316-Rapport-PHR.pdf>
6. Coopération interprofessionnelle : Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets. Les cahiers de l'ordre national des pharmaciens : numéro 10. Journal. Décembre 2016.
7. Loi HPST : Vers une coopération renforcée entre établissements de santé. In : ministère des solidarités et de la santé. Poster. Mai 2010. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hpst_cooperations_etablissements_web.pdf
8. Loi de modernisation de notre système de santé. Ministère des solidarités et de la santé. Dossier de presse. Janvier 2016. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
9. Les protocoles nationaux de coopération. In : Ministère des solidarités et de la santé [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>
10. L'exercice coordonné : comment faire ?. In : MG France. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/les-modes-d-exercice/1822-l-exercice-coordonne-comment-faire>

11. L'exercice coordonné des soins de premier recours. In : veille documentaire inégalités sociale de santé. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://resodoch.n.typepad.fr/inegalitessante/2012/12/lexercice-coordonn%C3%A9-des-soins-de-premier-recours.html>
12. Qu'est-ce que l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle ? In : APMSL. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/page/quest-ce-que-lexercice-coordonne/>
13. ESP, CPTS, MSP, CDS : les différentes formes d'exercice coordonné. In : MG France. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/les-modes-d-exercice/exercice-regroupe/2301-esp-cpts-msp-cds-les-differentes-formes-d-exercice-coordonne>
14. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353/
15. Article L6323-3 - Code de la santé publique. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/
16. Les maisons de santé. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
17. Les structures de santé pluriprofessionnelles. In : Ameli. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
18. Financer l'investissement des maisons de santé pluri-professionnelles. In : Aides territoires. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://aides-territoires.beta.gouv.fr/aides/f52b-soutien-aux-maisons-de-sante-pluri-profession/>
19. Exercice coordonné pour les pharmaciens d'officine. In : Ordre des pharmaciens. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-officine>
20. Article L6323-1 - Code de la santé publique. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896/
21. Créer une communauté professionnelle territoriale de santé. In : PAPS : Haut de France. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.hauts-de->

france.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-16?parent=11892&rubrique=11890

22. Les dispositifs d'appui à la coordination – DAC : Un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexes. In : Ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

23. LION M. & ZYLBERMAN.P. La mission Rockefeller en France et la création du Comité national de défense contre la tuberculose (1917-1923). In : Revue Histoire Moderne & Contemporaine. Article. 1987. 34-2 pp. 257-281. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/rhmc_0048-8003_1987_num_34_2_1405

24. Réseaux de santé et filières de soins : Le patient au centre des préoccupations. In : Haut conseil de la santé publique. Actualité et dossier en santé publique n° 24. Septembre 1998. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=46>

25. CAHEN.F & MINARD.A. Les mobilisations contre les « fléaux sociaux » dans l'entre-deux-guerres. Journal Histoire & Mesure. 2016. p. 141-170. Disponible sur <https://journals.openedition.org/histoiremesure/5445>

26. La planification hospitalière. In : Eco-santé. [Internet]. 2015 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/158.html>

27. SCHWEYER, F.-X. Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence. 2004. Lien social et Politiques, (52), 35–46. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2004-n52-lsp759/010587ar.pdf>

28. Schémas régionaux d'organisation des soins. In : Eco-santé. [Internet]. 2015 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/161.html>

29. ARH - Agences Régionales de l'Hospitalisation. In : Aladom. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.aladom.fr/organisme/arh>

30. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : code de la santé publique. In : ministère des solidarités et de la santé. [Internet]. 2022 [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
31. Bourdillon François. « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire ». Revue française d'administration publique. 2005. (no113), pages 139 à 145. 2005. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-139.htm>
32. RITTER P. & al. Rapport sur la création des agences régionales de santé. 31 janvier 2008. Le rapport Ritter. [Cité le 11 septembre 2022]. Ministère de la santé
33. La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre. In : Ministère des solidarités et de la santé. Guide. [Internet]. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
34. Projet de loi n° 245, adopté par l'Assemblée nationale relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. In : Assemblée nationale. [Internet]. 2019. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15t0245_texte-adopte-seance
35. Guide méthodologique Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Direction générale de l'offre de soins. Octobre 2012. [Cité le 11 septembre 2022].
36. Un collectif de santé au service d'une population : cahier des charges CPTS_PACA. Février 2020. [Cité le 11 septembre 2022].
37. Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île -de - France. Guide pratique. In : ARS ile de France. Octobre 2017. [Cité le 11 septembre 2022].
38. Le schéma régional de santé. In : ARS. [Internet]. 20 février 2018. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>
39. Sanitaire et social - Conférences de territoire, mode d'emploi. In : banque des territoires. [Internet]. 7 avril 2010. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.banquedesterritoires.fr/conferences-de-territoire-mode-demploi>
40. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Guide pratique à destination des professionnels libéraux d'Occitanie. Guichet des CPTS Occitanie. 2021.
41. Cartographie des CPTS en région. Site internet de la Fédération nationale des communautés des professionnels de santé. 2022. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>

42. La loi HPST au Journal Officiel. In : Quotidien du pharmacien. [Internet]. Article. Juillet 2009. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/la-loi-hpst-au-journal-officiel>
43. Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (projet sioux) Laurie METTAVANT thèse soutenue le 12 décembre 2014
44. Lewandowski.C . CPTS : quel rôle pour le pharmacien ?. In : Medaviz. Article. Février 2021. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.medaviz.com/cpts-quel-role-pour-le-pharmacien/>
45. Les entretiens pharmaceutiques. Société Française (SFPC) de Pharmacie Clinique mars 2019. Fiche Mémo
46. Pauline Michot et all. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Revue. Santé Publique 2013/3 (Vol. 25), pages 331 à 341.
47. Pharmaciens au Canada. In : Association des pharmaciens du Canada. [Internet]. 2022. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.pharmacists.ca/la-pharmacie-au-canada/pharmaciens-au-canada/>
48. Le système de santé britannique. In : CLEISS. [Internet]. 2021. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html
49. Bugnon, Olivier et al. "Les cercles de qualité médecins-pharmaciens : un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale : Médecine de premier recours et pharmacie." *Medecine Et Hygiene* 62 (2004): 2054-2058.
50. Démographie des pharmaciens panorama au 1er janvier 2022. In : Ordre des pharmaciens. Rapport. 2022. [Cité le 11 septembre 2022].
51. Regards interpro : les pharmaciens racontent leur cpts. In : CPTS paca. Article. [Internet]. 2020. [Cité le 11 septembre 2022]. Disponible sur : <https://cptspaca.fr/regards-interpro-les-pharmaciens-racontent-les-cpts/>
52. Oui à l'interprofessionnalité, non aux contraintes administratives. Federgy interpro Communiqué de presse. 2021. Disponible sur : <http://www.federgy.com/wp-content/uploads/2021/07/CP-Federgy-interpro-vf-1.pdf>

Annexe 1

Trames d'interviews « Témoins privilégiés »

Bonjour Mr/Mme _____,

Dans le cadre mes études de pharmacie, je réalise ma thèse sur "l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS". Pour cette thèse je vais réaliser deux études complémentaires pour pouvoir répondre à ma problématique.

Je réalise une étude qualitative avec des "Témoins privilégiés et acteur de ces CPTS". Mon objectif est dans un premier temps de mieux comprendre la création et l'accompagnement de ces CPTS.

Je vous remercie pour le temps que vous acceptez de m'accorder.

Je vous informe également que vos données seront traitées de façon anonyme, et que conformément au Règlement Général à la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 et à la loi Informatique & Libertés modifiées, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données auprès de moi-même à l'adresse suivante : bricepalacin2@gmail.com.

Nous sommes donc ensemble pour 25 minutes et nous allons aborder les thématiques suivantes :

Présentation du Pharmacien :

Pouvez-vous vous présenter ?

La présentation de la CPTS

Vous avez été présidente d'une CPTS

Pouvez-vous présenter votre CPTS ?

Pouvez-vous me décrire comment votre CPTS s'est construite ?

Quelles sont ces grandes missions ?

Quelle est votre place au sein de votre CPTS ?

Recrutement CPTS :

Quelles sont les méthodes de recrutement ? Les canaux utilisés ?

Quel est le taux de réponse/participation/intégration des PDS au sein de votre CPTS ?

Quels étaient les freins lors des étapes de recrutement qui ont pu être identifiés ?

Le Pharmacien au sein de la CPTS

Pourquoi avez-vous décidé d'intégrer/créer une CPTS ?

Selon vous, quel est l'intérêt pour un pharmacien d'intégrer une CPTS ?

Selon vous, quelle est la place du pharmacien au sein d'une CPTS ?

Selon vous, qu'est-ce que ce nouveau modèle d'exercice coordonné inspire à vos confrères ?

Que diriez-vous à un confrère hésitant à la création ou l'intégration d'une CPTS ?

Dans la création de votre CPTS, si vous aviez quelque chose à changer, qu'y changeriez-vous ?

L'Adhésion des PDS au sein des CPTS :

Quelles sont les principales raisons de non-adhésion des professionnels de santé aux CPTS ? (+des pharmaciens ?)

Quelles sont vos méthodes pour faire adhérer les professionnels de santé ?

Le Futur des CPTS

Selon vous, quel avenir à ce dispositif ?

Quel avenir à la profession au sein de ce dispositif ?

Quels sont les futurs leviers de réussite pour la bonne réussite d'une CPTS ?

Annexe 2 :

Entretien X1 :

Interviewer : Bonjour, merci d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions. Pour vous remettre un peu dans le contexte, je suis étudiant en pharmacie et je vous ai contacté à ce sujet. Ma thèse porte sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS. Pour accompagner cette thèse, je réalise une étude qualitative avec des témoins privilégiés et des acteurs des CPTS. Je parle notamment des coordinateurs, des membres de CPTS, des créateurs de CPTS, des membres d'ARS ou encore des membres d'URPS.

Répondant : D'accord.

Interviewer : Tout d'abord je vous informe que les données qui seront traitées à la suite de cet entretien seront, conformément au règlement général de la protection des données, traitées de façon anonyme et vous aurez accès à ces données si besoin en me contactant.

Répondant : D'accord.

Interviewer : Alors tout d'abord, afin de récolter les caractéristiques du répondant, est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement ?

Répondant : Oui, alors je suis Mme X, je suis coordinatrice de la CPTS depuis le mois de mai. J'ai à la base une formation d'infirmière que j'ai ensuite complété avec des études en santé publique, j'ai fait un master 2 en santé publique. Donc, je ne sais pas ce que vous voulez que je vous dise d'autre après.

Interviewer : Est-ce que vous pouvez juste me donner une tranche d'âge ou votre âge ?

Répondant : Oui, j'ai 36 ans.

Interviewer : Dans quel département exercez-vous aujourd'hui ? J'aurais besoin des deux premières lettres.

Répondant : Le 82

Interviewer : Parfait. D'accord, merci pour votre présentation. Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre poste de coordinatrice ? Quelles sont vos missions ?

Répondant : Mes missions, alors c'est clairement d'écrire le projet de santé. Alors, je suis la seule sur la région à être arrivée sur l'écriture du projet de santé. La plupart des coordinateurs sont recrutés en amont de la signature des ACI.

Interviewer : D'accord.

Répondant : Oui, je vous expliquerai après pourquoi c'est important. J'ai été recrutée en premier lieu pour ça. C'est-à-dire, élaborer le projet de santé pour arriver à la signature des ACI. Mon rôle est aussi d'élaborer le diagnostic, définir les enjeux, définir les objectifs, prioriser les actions et recruter les professionnels. Alors, il y a cette partie d'écriture, mais aussi, il y a

la partie de mobilisation des professionnels. Pour finir, c'est de soutenir les différentes professions pour arriver à les mobiliser. On a un référent par profession et l'idée, c'est de mobiliser ces référents. Je suis donc en tant que coordinatrice le référent des référents de chaque profession. Les soutenir pour faire adhérer d'autres professionnels. Ça m'arrive aussi de mobiliser moi-même des professionnels parce que pour certains ça peut être complexe. Ensuite pour le diagnostic, l'enjeu est de pouvoir rencontrer des professionnels et de pouvoir comprendre la sociologie de ces professionnels et comprendre les enjeux de chaque profession. C'est ensuite de créer des outils de communication. On a aussi un annuaire, ce que l'on appelle un annuaire est une base de données et je suis censée l'enrichir avec des informations qui soient assez exhaustives pour pouvoir mobiliser les professionnels et qu'ils puissent avoir une information autour de la CPTS. On est aussi censé mettre en place des groupes de travail pour les professionnels pour faire émerger des projets d'actions.

Interviewer : D'accord, j'ai déjà plusieurs questions qui me viennent à l'esprit. Comment sont choisis les référents par type de professions ? Est-ce que ce sont les créateurs de la CPTS qui se sont réunis au début ?

Répondant : Oui, c'est ça. Nous, à Montauban, la situation est un peu particulière parce qu'on a quelques soucis pour mobiliser des professionnels même si nous sommes près de 130 adhérents aujourd'hui. Le problème est que l'on a quelques professionnels au début qui ont vu l'intérêt et on les a plus ou moins désignés comme référents mais certains n'ont pas forcément l'envie de s'impliquer. C'est là-dessus que c'est un peu compliqué. Les infirmiers sont 200 sur le territoire, donc avoir un référent ça peut poser un problème. Par ailleurs, on a une très bonne mobilisation des pharmaciens sur notre CPTS.

Interviewer : D'accord maintenant, si on se concentre plus sur votre CPTS ? Est-ce que vous pouvez me la présenter rapidement ? Les missions ? La construction ? L'organisation ?

Répondant : Alors les missions de la CPTS sont les mêmes que pour chaque CPTS. Donc il y a ce que l'on appelle les missions socles obligatoires, donc il y a la première partie qui est l'accès aux soins, il y a le parcours de santé et ensuite la prévention. Ça ce sont les 3 missions socles. Ensuite, on a deux missions facultatives, la qualité et l'accompagnement des professionnels de santé. Donc, nous avons développé quelques thématiques, mais je ne sais pas si vous voulez que je rentre dans le détail pour chaque mission socle ?

Interviewer : Peut-être pouvez-vous m'en citer une ou deux, ça pourrait être intéressant.

Répondant : Alors comme je sais que vous faites une thèse en pharmacie, je vais plutôt prendre l'exemple sur des actions qui concernent davantage des pharmaciens. En prévention, on a un projet sur la iatrogénie médicamenteuse auprès des personnes âgées. C'est un projet que nous souhaitons mettre en place en accompagnant davantage les patients, les personnes qui se rendent à la pharmacie. L'objectif est de construire des protocoles de coopération, de délégation en fonction des traitements qui sont prescrits. Ensuite, on n'a pas d'exemple sur l'accès aux soins. Ce sont souvent les mêmes thématiques qui ressortent, c'est de pouvoir faciliter l'accès à un médecin traitant ou améliorer la prise en charge des soins non programmés. Ensuite, on a des parcours sur la prise en charge médicale autour de population. Si je prends l'exemple de la personne atteinte de cancer, c'est de pouvoir construire tout un parcours pour qu'à la sortie les professionnels libéraux puissent réellement se coordonner

autour de la prise en charge de cette personne. Par exemple, c'est de pouvoir proposer des soins de psychologie, des soins de diététiciens. Tous les professionnels se coordonnent autour de la prise en charge pour éviter les rechutes et que la personne se sente bien à son domicile.

Interviewer : D'accord très intéressant. Et est-ce que votre CPTS a signé l'ACI ?

Répondant : Non, non. On est vraiment au démarrage. On a signé la lettre d'intention et moi, j'ai été recrutée pour rédiger le projet de santé dans l'objectif d'avoir les ACI.

Interviewer : D'accord, vous êtes dans la phase de construction et formalisation du projet ?

Répondant : Oui et je voulais rebondir sur ce que vous avez demandé au départ, sur pourquoi j'ai voulu travailler sur cette CPTS. On était dans la phase de projet et de construction au tout début du projet et ça, c'est quelque chose qui m'intéresse.

Interviewer : D'accord, parce que normalement les coordinateurs interviennent avant cette phase, pour la lettre d'intention si j'ai bien compris ?

Répondant : Pour l'instant, je crois que je suis l'une des seules sur la région. C'est vraiment en cours de construction, je crois qu'il y en a un autre sur la haute Garonne et je ne sais pas quand cette personne a été recrutée.

Interviewer : D'accord, si je comprends bien le rôle de coordinateur, il est un peu polyvalent, il intervient un peu partout.

Répondant : Ça dépend, parce que je sais que sur certaines CPTS, ils n'ont pas embauché de coordinateur. Ils construisent le projet entre eux, entre professionnels de santé. Après le problème, c'est le financement pour être très clair, parce que moi par exemple, je suis à mi-temps parce qu'ils ne peuvent pas m'embaucher plus parce que l'ARS peut mettre un financement pour écrire le projet et l'enveloppe n'est pas très élevée. Pour pouvoir financer un coordinateur, il faut avoir pas mal de sous. Je crois qu'il y a pas mal de CPTS qui ont fait le choix de ne pas embaucher de coordinateur parce qu'ils n'avaient pas encore les ACI. Une fois que vous avez les ACI, vous avez un budget pour payer un coordinateur.

Interviewer : Parce qu'après la signature de l'ACI, quelles sont les missions du coordinateur ? Elles sont davantage dans l'accompagnement de la CPTS ?

Répondant : Une fois que les papiers sont signés, c'est d'abord une gestion budgétaire. Il va aussi continuer à mobiliser les professionnels. Il va faire tout ce travail de mobilisation, de communication autour de la CPTS et ensuite de pouvoir développer les projets qui ont été écrits dans le projet de santé. Ça va être de mettre en ordre de marge les projets qui ont été préconisés dans les ACI. Ça, c'est la grosse partie et il y a ensuite la partie gestion, en fait, vous avez un budget et c'est le coordinateur qui a en charge la gestion budgétaire. Il y a aussi une partie gestion de la structure.

Interviewer : Oui, je vois des missions liées à l'administratif.

Répondant : Oui après, je sais qu'il y a certaines CPTS qui engagent des secrétaires pour gérer cette partie.

Interviewer : D'accord. J'ai une question un peu plus personnelle, en tant que coordinateur qu'est-ce que vous attendez des différents membres au sein de votre CPTS ?

Répondant : J'attends tout d'abord de l'implication, de la mobilisation. Mais je me rends compte que comme je suis sur un territoire un peu difficile, les professionnels sont durs à mobiliser. Je parle avant tout des libéraux, parce qu'ils ne sont pas encore réénumérés dans la phase de création et ils ne sont pas sûrs que ça leur apporte une plus-value. Pour l'instant, en tout cas, les gens que je rencontre me demandent ce que va leur apporter d'intégrer une CPTS, étant donné que la CPTS tourne autour du patient et non du professionnel, on ne va pas les aider à mieux travailler ou à alléger son travail. En ce moment ils sont très mobilisés, surtout les médecins généralistes, c'est un peu compliqué.

Interviewer : Donc les principales raisons de non-adhésion à l'ensemble de ces professionnels seraient le manque de temps et le manque de compréhension ?

Répondant : Oui, je dirais le manque de temps, et une autre problématique à l'intégration est l'entente entre les professionnels de santé, après ça, c'est très sociologique. Là, je pourrais vous écrire un roman. Déjà les libéraux ont l'habitude de travailler en autonomie et là, vous leur demandez de travailler ensemble. C'est compliqué, c'est un point de changement de paradigme dans leur façon de travailler. Donc, on leur demande de se mettre autour de la table et d'avoir une gestion horizontale des projets. C'est-à-dire que les médecins soient au même niveau que les infirmiers, que les kinés, que les pharmaciens. Les médecins clairement, ce sont toujours eux qui ont le pouvoir entre guillemets et là, on leur demande que ce soit quelque chose de plus horizontale donc ça pose un problème.

Interviewer : Vous avez plus de mal à fédérer ou intégrer les médecins généralistes si je comprends bien.

Répondant : Oui tout à fait. C'est-à-dire que les médecins généralistes ne veulent pas s'afficher, ils sont impliqués dans d'autres projets que ce soient les maisons de santé ou les centres de santé. Ils ont visiblement beaucoup de travail. Voilà, c'est compliqué, c'est encore un changement de paradigme. Et les autres professions sont un petit peu dans l'expectative. Je vais prendre l'exemple d'un infirmier qui est parti de l'hôpital parce qu'il ne voulait plus être à la botte des médecins, donc il va s'installer en libéral. Et là, vous allez lui dire que dans la CPTS, il va travailler avec des médecins. Il peut avoir l'impression qu'il va se remettre dans une position de soumission. Donc, vous avez pas mal aussi d'infirmiers qui vont être inquiets de se retrouver dans cette position.

Interviewer : Quel est votre discours et quels sont vos arguments pour expliquer le fait que ce soit un travail en collaboration vertical et non horizontal ?

Répondant : En fait, il y a des enjeux de pouvoir qui sont difficiles à modifier même avec une CPTS. Après ça, c'est mon sentiment, je ne sais pas si c'est pareil sur tout le territoire. Je sais que sur le Tarn-et-Garonne c'est problématique parce qu'il y a des enjeux de pouvoir qui font que la décision ne se prendra pas au niveau des CPTS et peut se prendre à d'autres niveaux. Et en fait les autres professionnels se disent « nous on ne nous demande pas notre avis, les décisions sont prises par ailleurs dans d'autres cadres ». Et donc parfois mobiliser des professionnels, ça peut être assez difficile parce qu'il faut que les professionnels se disent : moi, je viens, si j'ai le sentiment que je suis acteur.

Les autres freins, c'est le manque de temps et le fait qu'ils soient déjà impliqués dans d'autres projets. Ils ont l'impression de se démultiplier à droite et à gauche.

Interviewer : Vous m'avez parlé de quatre référents qui recrutent chacun dans sa profession. Quels sont les autres canaux pour contacter ces professionnels de santé au sein de votre territoire ?

Répondant : Il y a les canaux de l'URPS par exemple, on va passer par ces acteurs qui ont des listes de professionnels. Le problème aujourd'hui, c'est que l'on n'a pas assez de temps pour contacter tous ces professionnels, c'est le manque de temps. Parce qu'après, on a presque tous des contacts. Le plus souvent on passe par des pairs parce qu'il est ainsi plus facile d'obtenir de l'adhésion. Par exemple des infirmiers doivent appeler des infirmiers, des médecins doivent appeler des médecins, etc. Et souvent, c'est un peu plus facile parce que l'on a vraiment retour d'un vrai pair. Le pair va pouvoir lui donner des éléments concrets sur ce que peut apporter la CPTS dans sa pratique.

Interviewer : D'accord, c'est véritablement un pair qui va être le mieux placé pour convaincre un autre pair, d'où votre fonctionnement de référent.

Répondant : Après les référents ont eux-mêmes leur travail. C'est bloquant parce qu'ils n'ont pas forcément un temps dédié pour ça, alors que moi, j'ai du temps dédié pour ça. En revanche, pour les référents, c'est un peu au bon vouloir. C'est bénévole aussi. Donc, le fait que ce soit bénévole, ce n'est pas toujours évident. A mon niveau, je ne vais pas pouvoir dire « il faut absolument que tu le fasses ».

Interviewer : Oui, bien sûr, et j'imagine qu'il n'y a pas de possibilité de rémunérer ce temps passé pour le recrutement ?

Répondant : Je n'ai pas compris, du temps pour moi ?

Interviewer : Non, non, mais pour eux, vu qu'ils agissent bénévolement.

Répondant : C'est valable pour les infirmières ASALEE à jamais parce qu'elles ont du temps qui leur est dédié. Vous voyez ce que c'est, les infirmières ASALEE ou pas du tout ?

Interviewer : Oui, oui, je vois.

Répondant : Ce ne sont pas des infirmières libérales, elles sont salariées. Donc, elles ont des missions en lien avec la CPTS et peuvent consacrer du temps pour ça. Mais, en général, ce n'est pas un temps complet. En ce moment, c'est un jour par semaine ou encore un jour tous les 15 jours. Ce n'est pas non plus un temps hyper long et c'est déjà pas mal. Ça peut aider.

Interviewer : Oui j'imagine. Vous m'aviez dit que les pharmaciens étaient bien adhérents. Selon vous, pourquoi le pharmacien plus que les autres ?

Répondant : Alors, ça dépend parce que là, en ce moment, c'est un peu compliqué de les mobiliser parce que comme vous savez, il y a le covid et avec les vaccins et les tests. Ils ont pas mal de travail, donc ça dépend des périodes. Là, je dirais qu'on est dans une période où ce n'est pas forcément évident de mobiliser. Donc on a Mr XXX, ingénieur en chef qui est le

référent, il est au conseil de l'Ordre des pharmaciens. Il n'est pas président, mais je crois que c'est le vice-président. En fait, il est très reconnu par sa profession et par les autres pharmaciens. Et donc, ça fait plusieurs années qu'il est là. Les gens ont confiance en lui. Donc quand il s'est engagé au sein de la CPTS, au niveau du bureau, les autres ont un peu plus suivi parce qu'il a cette capacité de ...

Interviewer : Oui cette forte notoriété.

Répondant : Oui, une forte notoriété, il arrive à réunir, à fédérer. Voilà, il les défend au niveau du syndicat. Je ne sais plus si c'est au conseil de l'Ordre ou au niveau du syndicat. Un syndicat des pharmaciens. Du coup, les pharmaciens vont y adhérer. Souvent, les pharmaciens se présentent un peu comme un contre-pouvoir aussi par rapport au pouvoir médical.

Interviewer : Qu'entendez-vous par contre-pouvoir ?

Répondant : Les financements qui vont être attribués ne reviennent pas qu'aux médecins, que les pharmaciens puissent avoir les financements. Les actions qui seront mises en place ça ne sera pas uniquement pour pouvoir aider les médecins mais aussi pour aider les autres professions. Que chaque profession ait sa place. Ça revient régulièrement les pharmaciens ont un manque de reconnaissance vis-à-vis des professions médicales. Ils ont besoin de trouver leur place au niveau du système de santé. Souvent en ce moment, on les prend un peu pour des marchands ou encore des ...

Interviewer : Des épiciers.

Répondant : Oui des épiciers, c'est ça, mais vous vous êtes pharmacien aussi.

Interviewer : Je suis en sixième année de pharmacie. Là, c'est dans le cadre de ma thèse de pharmacie, j'ai déjà travaillé à l'officine, à l'hôpital. Du coup je connais bien ce mot. Mais, selon vous, intégrer une CPTS, ça permettrait de revaloriser un peu ce diplôme médical ?

Répondant : Pour les pharmaciens, je ne sais pas si c'est encore le problème. Oui, ça peut revaloriser si les actions proposées permettent en fait que le pharmacien puisse y trouver son compte. Par exemple, vous avez le patient arrive à la pharmacie avec une prescription d'un médicament, mais le pharmacien trouve qu'il y a trop de médicaments, des contres indications. Il a listé un certain nombre de choses. Si dans le cadre de la CPTS, il peut avoir des relations privilégiées avec les autres professionnels de santé, par exemple les médecins, c'est-à-dire que chaque fois qu'il se confronte à des cabinets ou on ne leur répond pas ou ne sont pas de retour. Donc ils sont livrés à eux-mêmes dans ce type de situation. La CPTS peut leur permettre de développer de meilleures relations afin de créer un réseau pour qu'ils puissent contacter un médecin plus facilement. Par ailleurs, il peut y avoir des protocoles de coopération. Il peut y avoir, par exemple, des ESP. Il peut y avoir sur certaines thématiques des prises en charge privilégiées avec un pharmacien, un médecin, un infirmier. Mais voilà ça lui permet de savoir où il va et dans quelle direction et ça lui permet d'avoir des réponses aussi. Donc oui, dans ce type de situation là peut vraiment valoriser le rôle du pharmacien. Après maintenant les pharmaciens sont de plus en plus intégrés dans les réseaux parce qu'en plus des CPTS, ils peuvent intégrer des maisons de santé. Il faut vraiment faire partie d'un réseau.

Interviewer : Je vous rejoins. Et je me pose la question, même si vous ne pouvez pas me répondre, ce n'est pas très grave. S'il y en a eu, est-ce que vous connaissez les raisons de refus d'intégration des pharmaciens ?

Répondant : Alors pour l'instant, non, parce que moi, je ne me suis pas occupée de cette profession. Dans le sens quand je suis arrivée, il y avait déjà beaucoup de pharmaciens qui avaient intégré/adhéré la CPTS. Par contre, souvent, ce qui existe, en tout cas dans le sens plus dans l'investissement au sein de la CPTS, c'est en ce moment, c'est le manque de temps.

Interviewer : Le manque de temps

Répondant : Et le fait d'être mobilisé sur plusieurs thématiques en même temps. Souvent, ils sont mobilisés sur d'autres projets, il y a la CPTS, mais il y a aussi d'autres projets en parallèle et donc certains vont vous dire qu'il y a une multiplication des dispositifs de ce type-là et ça noie un peu ces mobilisations-là. Comme il y a plusieurs dispositifs de coordination, ça peut couper l'envie de s'investir parce qu'ils ont l'impression de s'investir dans plein de choses qui démultiplie les activités. Donc ça peut vraiment être un frein. Et puis ? Ah oui, en ce moment, les vaccins, les tests covid, en ce moment ils font que ça. Donc, c'est le retour que j'en ai en tout cas.

Interviewer : J'en avais un peu conscience aussi.

Répondant : Alors ça, c'est vraiment les freins. Après, il faut que les thématiques les motivent.

Interviewer : Qui les motive et qu'ils trouvent leur compte ?

Répondant : Oui, ça peut être, par exemple, autour des addictions. Ça, c'est vraiment une thématique qui les mobilise en général.

Interviewer : Et j'avais une question, est-ce que dans le cadre d'une de ces CPTS.... Imaginons que ce soit hors pharmacien, par exemple, qu'il y ait que des médecins, des pharmaciens et des dentistes. Qu'il y est une infirmière qui arrive avec une idée en tête, est-ce qu'elle peut s'intégrer à cette CPTS et être à l'initiative d'une nouvelle mission ?

Répondant : Je ne pense pas.

Interviewer : D'accord, c'est le cadre qui ne le permet pas. Imaginons qu'une infirmière voulait se servir de la structure de ce qui a déjà été mis en place pour une nouvelle mission ou une nouvelle thématique, un projet.

Répondant : Alors tout dépend des financements. Mais parce que quand vous déposez un projet, c'est quand même fléché. Vous avez plusieurs lignes, puis vous allez avoir un budget pour chaque projet qu'on vous propose. Après c'est pluriannuel. Peut-être que d'une année sur l'autre, si le projet que cette infirmière propose parle à plusieurs autres professionnels, je dirais oui. Si ça correspond à un besoin véritable du territoire et que ça a été identifié en tant que tel et si ça fait l'unanimité avec les autres professionnels, je dirais oui sur le long terme.

Interviewer : D'accord

Répondant : Au bout de deux ou trois ans, elle peut arriver en janvier avec son projet pour l'année d'après. Mais en tout cas, pas instantanément, il faut que ce soit discuté avec les autres professionnels.

Interviewer : Oui bien sûr, parce que je me disais que vu qu'il ne peut pas y avoir plusieurs CPTS sur un même territoire, s'il y avait déjà une CPTS avec tel type de mission et que d'autres professionnels voulaient créer une autre CPTS avec d'autres types de missions. Je voulais savoir s'il y a une possibilité de réunification ?

Répondant : Alors il n'y a pas de possibilité de faire plusieurs CPTS

Interviewer : Ce que je savais

Répondant : Oui, mais il n'y a pas moyen, c'est une CPTS par territoire, il ne peut pas y en avoir plusieurs. Tout ça, c'est en fait à chaque fois que vous allez présenter un projet, il faut que vous soyez prêt à négocier avec la caisse. C'est pour ça que ce n'est pas aussi libre. Voilà ce qu'on voudrait. C'est un fonctionnement associatif. Donc à chaque fois que vous avez une proposition, elle est présentée au niveau des instances de l'association. Par exemple, vous avez une infirmière qui propose ça. Ensuite, ça va passer au niveau du bureau, ensuite ça va être discuté en conseil d'administration et après, il y a des choix qui vont se faire. Ce sera validé ou non, en fonction de la pertinence, etc.

Interviewer : D'accord. Maintenant, si on se concentre un peu plus sur le futur des CPTS ? Comment voyez-vous le futur de ce dispositif en termes d'évolution ? En termes de modification sur le court terme et moyen terme ?

Répondant : C'est un peu complexe. En fait, il n'y a pas vraiment d'instance précise pour savoir quelles actions mettre en œuvre. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, l'association n'est pas assez structurée pour que l'on ait les instances nécessaires pour faire des choix démocratiques, et à mon sens ça c'est vraiment une erreur.

Je ne sais pas comment vous allez écrire dessus et la façon dont vous allez en parler, pour moi la bonne évolution dans le cadre des CPTS, c'est de clarifier comment les actions sont choisies. Et après globalement sur l'évolution des CPTS, à mon sens, c'est soit ça marche, soit ça échoue. Il y a deux possibilités et ça dépend beaucoup de la mobilisation des professionnels de santé. À long terme, je ne sais pas si c'est un dispositif qui va fonctionner.

Interviewer : D'accord merci beaucoup pour votre partage, j'ai fait le tour de mes questions.

Entretien X2 :

Interviewer : Bonjour, merci d'avoir pris du temps pour répondre à mes questions. Pour vous remettre un peu dans le contexte, je suis étudiant en pharmacie et je vous ai contacté à ce sujet. Ma thèse porte sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS. Pour accompagner cette thèse, je vais réaliser une étude qualitative avec des témoins privilégiés et des acteurs des CPTS. Je parle notamment des coordinateurs, des membres de CPTS, des créateurs de CPTS, des membres d'ARS ou encore des membres d'URPS.

Répondant : D'accord ok, c'est un beau boulot pour la suite.

Interviewer : Oui, en effet. Tout d'abord je vous informe que les données qui seront traitées, suite à cette interview, seront conformément au règlement général de la protection des données de façon anonyme et vous aurez accès à ces données si besoin en me contactant.

Répondant : D'accord, ok.

Interviewer : Alors tout d'abord, afin de remplir le profil du répondant, est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement ? Avoir une tranche d'âge ou un âge si possible ? Et les deux premiers chiffres de la région où vous travaillez ?

Répondant : Je suis Mr X, j'ai 34 ans et je suis né en 1987. Je suis installé depuis 2012. Je fais partie d'un réseau de pharmaciens qui s'appelle Totum. C'est un réseau qui est très porté sur le côté médical de la pharmacie où les pharmaciens travaillent énormément avec les gens de l'industrie parce que les pharmaciens sont acteurs de leur réseau. Cette entreprise fonctionne comme une boîte en indus où chaque pharmacien donne un peu de son temps. On y reprend le même principe que pour les CPTS, chaque pharmacien donne deux jours par moi de son temps au réseau et le réseau lui rend bien donc c'est plutôt du gagnant/gagnant. Au sein du réseau, on n'a pas mal de personnes qui travaillent au sein des CPTS et c'est tout naturellement que j'ai décidé de m'y mettre dans le 06 à Antibes. Pour aider à en créer une, j'ai rejoint un petit groupe d'infirmières libérales qui avait déjà créé une association avec un projet. Il y avait un petit noyau qui était assez promoteur pour créer une CPTS et en discutant avec l'une d'elle, j'ai appris qu'elles étaient en cours de création alors que moi-même j'étais déjà en cours, mais tout seul. Donc, on s'est complété tout naturellement. On a donc créé la CPTS XXXX.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous pouvez me présenter rapidement votre CPTS ? Les missions et vos actions sur le territoire ?

Répondant : La CPTS est toute fraîche. Elle a un an officiellement même si ça fait bien 2 ans que l'on bosse dessus. On va faire notre première assemblée générale en septembre. Les missions socles sont classiques parce que l'on a toutes les mêmes.

Interviewer : Oui, je vois les trois missions socles et les missions optionnelles.

Répondant : Oui, c'est par exemple un médecin pour tous. D'ailleurs je suis trésorier, je ne sais pas si je vous l'ai dit ?

Interviewer : Oui, je l'avais vu sur votre compte LinkedIn.

Répondant : Après les missions, c'est un médecin un peu pour tout le monde, c'est faciliter et favoriser le retour à domicile du patient. C'est une mission assez complexe, réalisée par des libéraux dans ces temps difficiles. Le choix a été fait d'engager un coordinateur pour aider à mettre à bien ces missions. Là, on va avoir des budgets qui vont nous permettre de le faire. Parce que pour avoir des budgets il faut déjà réaliser des missions.

Interviewer : D'accord et là, vous en êtes où dans la création ? Vous êtes dans la phase de projet ou vous allez bientôt signer l'ACI ?

Répondant : Là, on n'a pas encore fait les ACI. On est en cours de rédaction. Donc, il y a un projet qui porte sur les contraceptifs, l'accompagnement des jeunes sur la contraception. Il y a un autre projet qui porte sur le retour à domicile du patient qui comprend en pharmacie tout ce qui est bilan de médication notamment, mais c'est aussi la prise en charge par les infirmiers par exemple sur l'administration de médicament. Qu'est-ce qu'il y avait d'autre. Une des kinés...parce que l'on galère à trouver des kinés. Les kinés peuvent aller à domicile. Et le plus gros du travail, c'est d'avoir un interlocuteur qui coordonne entre les différents hôpitaux et les médecins disponibles. Il y a aussi une mission dermatologie parce que nous sommes dans le sud de la France, on sensibilise sur les mélanomes. On s'est rendu compte que les médecins ne sont pas toujours terribles en dermato et qu'il y a parfois des urgences sur cette pathologie, donc on essaye de désengorger. A chaque fois qu'il y a une urgence, on peut l'envoyer plus rapidement chez le dermato au lieu d'attendre 3 mois. Là, on en est à un cap. Le but, c'est que chaque soir, chaque professionnel de santé envoie la photo. La photo est prise d'une certaine manière comme nous l'ont demandé les dermatos, on leur envoie par mail, c'est un peu artisanal pour l'instant, et ils checkent. S'il y a une urgence, le dermato déclenche le rendez-vous.

Interviewer : Ah super intéressant comme méthode de fonctionnement.

Répondant : On va au plus simple. C'est ce qu'il faut et ce qui marche avec les libéraux.

Interviewer : Si je résume la construction de la CPTS, c'est vous qui aviez une idée. Vous avez rencontré d'autres personnes qui avaient des idées sur le même territoire.

Répondant : Oui en fait moi avec mon mouvement TOTUM, j'ai entendu parler de CPTS et que les pharmaciens pouvaient être acteurs dans ce dispositif. J'ai donc voulu en créer une et j'ai commencé à bosser sur les statuts. Puis le jour même, il y a une infirmière qui est passée à la pharmacie et qui m'a parlé d'un projet de CPTS. On a discuté et découvert de nombreuses convergences concernant les CPTS. On a essayé d'intégrer un maximum de libéraux. Ce fut très compliqué pour trouver des médecins.

Interviewer : Oui, c'est un peu ce que j'entends lors de mes entretiens.

Répondant : Oui, ce fut extrêmement compliqué pour trouver des médecins, maintenant, on a réussi à en trouver et c'est devenu beaucoup plus simple. Je crois que les médecins ont du mal à trouver un intérêt dans les CPTS.

Interviewer : Oui, je vois et qu'en est-il de l'adhésion des pharmaciens ? A-t-il été plus simple de les recruter ?

Répondant : L'adhésion des pharmaciens ne pose pas de problème. Le recrutement des pharmaciens acteurs n'est pas un problème non plus parce qu'il y a beaucoup de pharmacies et il y a toujours des pharmaciens qui sont un peu moteurs. D'ailleurs il y en a quelques-uns qui se sont réveillés un peu trop tard, parce que certains ont voulu rentrer dans le bureau et le conseil d'administration après l'AG. Dans le bureau, on a un pharmacien qui est dans un groupement moteur qui était intéressé par tout ce qui est coordination et contact en interpro. Il y a d'autres pharmaciens qui sont chez Aprium et qui sont aussi très moteurs. Ils avaient envie de participer et ils ont intégré certains groupes de travail. Après, il y a d'autres pharmaciens à qui on a envoyé une dizaine de mails et je ne suis pas sûr qu'ils les aient lus une seule fois. Mais globalement la majorité a adhéré sans forcément s'y intéresser. On a une petite minorité qui est acteur. On est 3 pharmaciens à s'engager et à donner de notre temps à la CPTS, et on a une autre partie qui vient à l'assemblée générale et qui adhère, mais ils ne peuvent pas être considérés comme membres actifs. Après, c'est compliqué parce que nous cette année, on a eu le feu vert de l'ARS durant la crise covid.

Interviewer : Oui, j'imagine que ça a dû être un contexte assez particulier. Du coup si je résume il y a une minorité qui est acteur au sein du bureau de la CPTS ?

Répondant : Oui une minorité, je dirais presque 10 %. Alors, je dirais qu'il y en a une grande partie qui se déplace en AG pour voir et pour discuter d'interpro et je dirais qu'il y a 50 % des pharmacies qui sont adhérentes. Les autres 50 % des pharmaciens du secteur ne répondent pas aux mails. Je ne suis pas sûr qu'ils comprennent bien ce que peut leur apporter une CPTS...

Interviewer : D'accord du coup, c'est en lien avec ma prochaine question. Selon vous, quel est l'intérêt pour le pharmacien en tant que professionnel de santé d'intégrer les CPTS ?

Répondant : L'intérêt est multiple. D'une, je pense que l'on va évoluer de plus en plus vers un fonctionnement interprofessionnel et pluridisciplinaire. C'est important dans notre activité de connaître les professionnels de santé de sa zone, de connaître leurs difficultés parce que souvent, nous sommes dans notre monde et nous ne connaissons pas celles des autres. Connaître les difficultés qu'ils peuvent avoir au quotidien, ça peut permettre déjà d'améliorer leur quotidien. Moi, je prends régulièrement des étudiants en stage et grâce à la CPTS, je leur fais faire une journée avec une infirmière libérale, un médecin, un kiné. Grâce à la CPTS, je n'ai pas de mal à trouver des gens qui veulent bien les prendre. Et surtout, quand on passe la journée avec eux, on comprend beaucoup mieux comment ça se passe : que l'infirmier a du mal à joindre les médecins, à essayer de substituer les traitements. Par exemple, le vendredi soir, quand il y a une sortie d'hospitalisation, la pharmacie du patient dit qu'il n'a pas le traitement et qu'il faudra revenir samedi matin. En sortie d'hospitalisation, la prise peut être vitale et l'infirmière ne peut rien faire. Il y a des petits trucs comme ça que l'on apprend et que l'on essaye de gérer. Ça, c'est le premier des intérêts, c'est de connaître l'autre. Le deuxième est d'être acteur de la prise en charge des patients de son territoire. Être acteur, ça veut dire que je vais sensibiliser sur la livraison à domicile, je vais communiquer auprès des établissements de santé sur la CPTS et nos actions. Qu'est-ce que je peux dire d'autre... C'est améliorer le quotidien de ces patients et être acteur de l'avenir de la santé. Comme on dispose de budget, on peut mettre en place de nouveaux protocoles. Je peux mentionner la mise en place de protocole avec la délivrance d'antibiotique, la substitution de certains traitements, l'adaptation de certaines posologies, les pharmaciens référents... Il y a quand même des

choses. Après dans toutes structures, il est parfois difficile de gérer le relationnel et la communication entre les collaborateurs. Les CPTS n'échappent pas à cette règle.

Interviewer : Vous voyez ça comme un frein ?

Répondant : Oui, c'est un frein. Parce que j'ai l'habitude de faire des réunions avec pas mal de gens parce que j'appartiens au côté stratégique de Totum pharmacien et on fait des réunions assez régulières. Et le pharmacien est un entrepreneur, il travaille en groupe, chose que les infirmières et les médecins n'ont pas l'habitude de faire. Quand on fait des réunions, parfois ça part dans tous les sens parce que chacun veut aborder son sujet. Chaque participant aborde sa problématique sans tenir compte des objectifs du groupe. Oui effectivement, les premières réunions que l'on a faites, ça m'a perturbé. Il y a aussi énormément d'attrance envers le budget quand ils le savent au début, ce qui peut être énorme. Sur certains secteurs, on peut arriver à 450 000 euros. Ça fait des sous et il y a des professionnels qui sont parfois attirés par ça et je l'ai vu parfois dans certaines CPTS ou ça peut poser un problème avec les membres du bureau qui pense plus à leur rémunération via les CPTS qu'à leur propre travail. Il y a un risque dans certaines CPTS d'avoir des fondateurs qui sont très puissants au sein de leur bureau et qui influencent énormément et qui orientent vers des rémunérations qui sont parfois disproportionnées pour servir leurs propres intérêts.

Interviewer : Je n'avais pas cette notion que le budget pouvait autant influencer les professionnels de santé.

Répondant : Ah oui, oui ça influence énormément, je pense que ça peut faire tourner la tête de certains. Après, on a mis en place des missions de test, de tout ce qui est en rapport avec la crise, de vaccination des professionnels de santé, de vaccination au domicile des patients, ou parfois les rémunérations sont conséquentes. Alors, nous, on a décidé de fixer les rémunérations fixes qui sont les mêmes pour tout le monde en fonction du temps qui est donné à la CPTS. Ils sont rémunérés sauf les membres du bureau qui sont bénévoles. En tout cas, dans le cadre des missions, on a fixé à XX de l'heure qui est la même que celle qui est donnée par les URSS aux médecins et aux pharmaciens.

Interviewer : Selon vous, qu'est-ce que ce nouveau type d'exercice inspire à vos confrères ? Je veux notamment faire référence aux pharmaciens adhérents, mais qui ne sont pas acteurs et les pharmaciens non adhérents. Je ne sais pas si vous avez pu un peu discuter avec eux.

Répondant : Je pense que toute la complexité est justement de les informer, de les sensibiliser et surtout de mettre en place des choses qui les intéressent. Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne perçoivent pas encore l'intérêt. En tout cas chez nous, ils ne sont pas encore tous motivés parce que l'on a déjà mis en place beaucoup de choses.

Interviewer : Et selon vous, qu'est-ce qui pourrait leur apporter de l'intérêt ? On serait plutôt pour de la sensibilisation sur des missions, sur l'importance de la coopération interpro ?

Répondant : Non parce qu'il y en a qui s'en foutent tout simplement. Après ce qui pourrait leur apporter de l'intérêt, c'est à chacun d'apporter l'intérêt qui lui est donné, c'est à chacun de pousser la porte, d'aller voir et en mettant la main à la pâte et de se dire que ce serait bien adapté, etc. Après dans l'intérêt général, effectivement, nous on va parler de livraison à domicile, de mise en place de contrat pour la location et installation de matériel médical. Je

pense que du moment où on va réussir à promouvoir les CPTS, l'intérêt deviendra évident pour tous. La récupération de zones de chalandises constituera un intérêt financier et de nombreux professionnels adhéreront au concept.

Interviewer : D'accord. Et du coup, que diriez-vous face à un confrère hésitant à intégrer une CPTS ? Si vous deviez le convaincre ?

Répondant : Si je devais le convaincre un confrère d'intégrer ma CPTS, je parlerais de prendre une place au sein de sa zone de chalandise et de sa zone de soins. S'il ne le fait pas, son voisin le fera et son refus de s'investir dans une CPTS lui sera à un moment préjudiciable. Vis-à-vis de ses patients, de la municipalité, vis-à-vis de ses confrères pour les connaître, de connaître les autres professions médicales, de côté là ça change tout. Après le but de la CPTS c'est d'améliorer notre exercice, de faciliter notre exercice. Donc normalement les CPTS doivent apporter des solutions aux problématiques des libéraux. Ce qui se passe à l'heure actuelle, c'est que pour l'instant les CPTS sont toutes très jeunes et encore très peu structurées, s'il n'y a pas d'éléments moteurs pour les dynamiser, elles n'apportent rien pour l'instant. Donc, il y en a qui vont attendre. Au bout d'un moment tout le monde participera.

Interviewer : J'ai encore deux questions, si vous aviez encore le temps, dans la création de votre CPTS si vous aviez quelque chose à changer, qu'auriez-vous changé ?

Répondant : Si j'avais quelques choses à changer sur la création de ma CPTS, j'améliorerais la communication interprofessionnelle. C'est que ce fut construit par un petit groupe qui était moteur et je pense que l'on aurait eu tout intérêt à communiquer plus notamment auprès des dentistes... Je pense que ce fut fait peut-être trop rapidement. En même temps, c'est délicat parce qu'il faut aussi aller vite, mais j'améliorerais la communication.

Interviewer : Comment avez-vous communiqué auprès des différents PDS du territoire ?

Répondant : Au début de la création de ma CPTS, l'information a été communiquée presque exclusivement via le bouche-à-oreille. De ce fait, tous les professionnels de santé de la région n'ont pas été avertis. Ce sont les professionnels de santé que les uns et les autres connaissaient. Le bouche-à-oreille permet un effet boule de neige, mais malheureusement de nombreux acteurs de santé n'ont pas été contactés. Ils l'ont découvert soit à posteriori, soit ils ne le savent toujours pas. L'utilisation d'un canal unique nous a empêché de contacter l'ensemble des professionnels de santé.

Interviewer : Mais dans ces cas-là, n'y a-t-il pas les URPS ou l'ARS qui peuvent aider pour le recrutement ?

Répondant : Si, il y a les URPS et la CPAM. La CPAM va envoyer des mails grâce à leur répertoire des professionnels de santé du secteur. Et grâce à eux, on peut envoyer des mails via leur mailing liste. Pour les messages importants, on passe parfois par eux.

Interviewer : Et il s'agit d'un canal efficace ou justement, il n'y a pas trop de réponse ?

Répondant : Le canal le plus efficace, c'est notre mailing liste à nous qui rassemble nos membres. Après le canal de la CPAM pourrait sembler pratique, mais il n'est pas assez efficace. Parce qu'en tant que professionnel de santé, on est noyé par des tonnes de mails. Les mails

de la CPAM ressemblent à des mails publicitaires et je suis certain que de nombreux professionnels ne lisent pas leur mail en pensant qu'il s'agit d'une publicité ou d'un SPAM. Déjà les mails importants, ils ne les lisent pas, alors ceux qui ressemblent à des mails publicitaires... Vous savez avec la CPAM, parfois, on a des mails pour des campagnes de prévention et c'est un peu ce genre de mail.

Interviewer : Oui, je vois, c'est un peu problématique. Et qu'est-ce qui pourrait être fait différemment, est-ce qu'il faudrait peut-être trouver d'autres moyens de communications pour recruter plus de monde dès le début ?

Répondant : Ce qui pourrait être plus efficace, ce serait de pouvoir appeler chaque professionnel de santé, ce qui est quasiment impossible. Il faudrait expliquer ce qu'est la CPTS, à quoi sert la CPTS, quelles sont nos missions, ce que l'on a fait et ce que l'on va faire. Mais en fait pour faire passer un message, on dit qu'il faut le répéter 7 fois par 7 personnes différentes. C'est un peu compliqué et puis on est libéraux, on n'a pas que ça à faire. Pour intéresser les professionnels de santé, il faut répondre à un ou plusieurs de leurs besoins. Ce qui a bien marché pour nous lors de la crise, on a créé un groupe WhatsApp pour tous les professionnels de santé libéraux d'Antibes. Globalement, c'est une action qui a marché pas mal pour faire connaître les CPTS. L'ajout s'est fait via le bouche-à-oreille.

Interviewer : Oui, c'est vrai que le bouche-à-oreille, c'est ce qu'il y a de plus efficace.

Répondant : Oui tout à fait, on a le temps d'expliquer, mais ça laisse des gens sur le carreau.

Interviewer : On a presque fini, selon vous, quel est l'avenir de ce dispositif ? Est-ce qu'il va évoluer d'une certaine façon ?

Répondant : Alors, il va se passer deux choses, il y a les CPTS qui vont vraiment marcher et il y a les CPTS qui vont couler. Je suis persuadé que certaines CPTS sont des usines à gaz et je suis persuadé que d'autres sont hypers efficaces. À l'avenir, je pense que ça va être de plus en plus structuré par les ARS. Parce que la mission de l'État, c'était de le déployer le plus rapidement possible. Ce fut fait, déployé assez rapidement, mais de manière parfois sauvage. Donc, je pense que les règlements vont se durcir, ce serait une bonne chose en tout cas. Après, c'est tellement disparate, ça dépend tellement des personnes qui sont dedans que je ne peux pas dire exactement. Je pense qu'il y en a qui disparaîtront et d'autres qui vont apporter un réel service. Peut-être que l'on s'inspirera de ces CPTS et que certaines choses deviendront obligatoires et au lieu de donner des budgets à des libéraux, ils remettront des budgets à des salariés d'ARS qui les répartiront entre les CPTS.

Interviewer : Et vous ne craignez pas que cette gestion de plus en plus grande de l'ARS soit considérée comme un frein ?

Répondant : Ah si complètement, parce qu'ils ne sont pas sur le terrain et l'avantage, c'est qu'ils nous laissent nous adapter en fonction de nos besoins.

Interviewer : Bien sûr. Je vous ai posé toutes les questions que j'avais en tête. Je vous remercie de vous être libéré.

Entretien X3 :

Interviewer : Bonjour Monsieur XXX, je suis l'étudiant qui vous avait contacté par LinkedIn, vous voyez c'était pour l'entrevue ? Je ne vous dérange pas ?

Répondant : Non c'est bon je vous avais dit 11h c'est tout bon.

Interviewer : Bon, ok, c'est parfait. Alors pour vous remettre un peu dans le contexte, je suis étudiant en pharmacie à la faculté de Toulouse et je réalise ma thèse sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS. Pour réaliser cette thèse, je réalise une étude qualitative où j'interagis avec ce que j'appelle des témoins privilégiés et acteurs de CPTS. Ça peut être des créateurs, des adhérents, des membres de l'URPS. J'essaye de comprendre comment sont créés les CPTS, quels sont les freins et les leviers. Tout d'abord, je vous informe que vos données seront traitées de façon anonyme et que, conformément au Règlement général de la protection des données informatiques, vous disposez d'un accès à ces données rectification, suppression en me contactant directement. Alors, tout d'abord, je vous remercie beaucoup de votre disponibilité. Est-ce que vous pouvez vous présenter, me donner votre âge ou tranche d'âge ainsi que les deux premières lettres du département où vous travaillez ?

Répondant : Mr XX, pharmacien, 44 ans, je travaille dans le 13. Je suis pharmacien assistant et je travaille dans la même officine depuis 15 ans.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous pouvez me présenter votre CPTS ?

Répondant : Nous c'est la CPTS XXXX, sur les territoires du 11ème et du 13ème arrondissement de Marseille, donc un gros territoire, très varié au niveau de la population des quartiers donc avec différentes problématiques. La grosse problématique c'était pouvoir couvrir tout ce territoire et répondre aux différentes demandes diverses et variées du territoire.

Interviewer : Quels sont les besoins que vous avez pu identifier sur votre territoire ? Les plus gros ?

Répondant : Les plus gros, c'est l'accès aux soins, le renouvellement, l'installation des médecins traitants pour des nouveaux médecins traitants. Il y a aussi des gros problèmes au niveau santé mentale et au niveau de la prise en charge des personnes âgées. Je peux aussi parler d'oncologie, on a un gros centre d'oncologie à Marseille donc on a une problématique de prise en charge du patient cancéreux.

Interviewer : D'accord, est ce que vous pouvez me décrire un peu comment s'est construite votre CPTS ? Qui en sont les initiateurs ?

Répondant : Alors les initiateurs c'est un médecin généraliste du 13ème arrondissement avec plusieurs infirmières du 12e arrondissement qui se sont lancés dans l'aventure dès le début

où l'on a parlé des CPTS. C'était un petit groupe d'une dizaine de personnes, il devait y avoir 2 pharmaciens, un médecin généraliste, un biologiste et des infirmiers. Du coup, ils ont créé cette CPTS il y a un peu plus de deux ans maintenant.

Interviewer : D'accord, quel est son niveau de maturité ? Est-ce que vous avez déjà signé les ACI ?

Répondant : Ça y est tout est signé. Le projet de santé est validé depuis juillet.

Interviewer : Ok, en avant marche. Si je comprends bien.

Répondant : C'est ça, exactement. Donc là on a une rentrée très chargée je vous avoue.

Interviewer : J'imagine avec toutes les actualités. Et vous, personnellement, quelle est votre place au sein de cette CPTS ?

Répondant : Alors moi j'ai adhéré à la CPTS il y a deux ans. Ils ont demandé à des personnes de participer à des groupes de travail pour réaliser le projet de santé. Je suis devenu le référent pour un projet sur la prise en charge des personnes âgées et la détection de la fragilité. Il y a un an maintenant, on m'a demandé de participer au conseil de la CPTS.

Interviewer : Vous êtes vraiment devenu acteur de la CPTS ? Si je comprends bien.

Répondant : Voilà, exactement.

Interviewer : Et il y a deux ans, comment avez-vous été contacté ? Comment s'est déroulée l'intégration ?

Répondant : Alors il y a deux ans, j'avais commencé à entendre parler des CPTS. Je m'étais même penché sur la question d'en créer une. Après par rapport au boulot, c'est une charge de travail à créer. Quand j'ai su qu'il y en avait une qui était déjà bien avancée sur le territoire, je me suis rapproché de cette CPTS.

Interviewer : Et comment avez-vous été au courant que cette CPTS était déjà présente sur le territoire ou en construction ?

Répondant : Ils nous ont envoyé un mail pour une réunion d'information auprès de tous les professionnels de santé du territoire. Et donc, c'est comme ça que j'ai appris.

Interviewer : Ils vous ont envoyé un mail via quel canal ?

Répondant : Un mail sur la boîte mail de la pharmacie. Pas sur un mail sécurisé ou quoi que ce soit. Ça a déclenché une réunion d'information pour expliquer ce qu'était une CPTS, quel était le projet de cette CPTS, essayer de trouver de nouveaux adhérents et essayer de trouver des personnes pour travailler sur des projets de santé.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous savez si tous les professionnels de santé sont contactés de la même manière ou y a-t-il d'autres canaux de communication ?

Répondant : Il y a d'autres canaux de communication, la démarche tout simplement, les adhérents de la CPTS essayent de promouvoir cette CPTS auprès de leurs réseaux. Et donc ne serait-ce que par le bouche à oreille. Après il y a une page Facebook et une page LinkedIn. Il y a aussi des démarches téléphoniques notamment pour les établissements de soins. Il s'agit de prendre rendez-vous avec les différents directeurs des établissements de soins, avec des cabinets médicaux ou encore avec des gros centres.

Interviewer : Est-ce que vous savez le taux de réponse, la participation et l'intégration des PDS au sein de votre territoire et au sein de votre CPTS ?

Répondant : Non car je n'ai pas les stats.

Interviewer : D'accord.

Répondant : Je peux vous mettre en relation avec la vice-présidente qui pourrait peut-être vous aider ?

Interviewer : Pourquoi pas. Est-ce que vous savez si des pharmaciens sont bien représentés au sein de cette CPTS ?

Répondant : Non, les infirmiers représentent la plus grosse proportion.

Interviewer : D'accord, maintenant si on se concentre un peu plus sur le pharmacien au sein des CPTS, pourquoi avez-vous personnellement décidé d'intégrer cette CPTS ?

Répondant : En fait, depuis quelques années, je travaille beaucoup sur la personne âgée parce que l'on a créé une structure de matériel médical aussi attenante à la pharmacie. Et localement, je me suis rendu compte que la coordination des soins était très intéressante dans l'intérêt du patient mais aussi professionnellement, ça nous permis un gain de temps dans l'identification des infirmiers et prescripteurs. On courrait après les ordonnances, après les infos, on ne savait pas comment coordonner tout ça. On perdait du temps nous professionnellement et surtout le patient perdait du temps dans ses soins. Je me suis dit la CPTS finalement c'était un peu l'avenir, elle nous permettra d'avoir des outils, et ça permettra d'intégrer le pharmacien dans les soins. C'était donc plus l'épicier du quartier comme on l'a souvent entendu.

Interviewer : Selon vous, l'intérêt pour un pharmacien d'intégrer une CPTS, c'est vraiment rentrer dans un réseau de soins afin de faciliter son exercice ?

Répondant : Oui, l'idée est de devenir un véritable acteur du soin et non pas simplement un distributeur de médicaments.

Interviewer : Est-ce que vous avez un peu d'échos venant de vos confrères ? Qu'est-ce que ce nouveau modèle d'exercice coordonné inspire à vos confrères ?

Répondant : Alors, je trouve qu'on est quand même une corporation qui vit beaucoup sur ses acquis, tout changement fait un peu peur et je ne les ai pas trouvés très ouverts à ce nouveau mode de création de CPTS. Ils ne voient pas trop l'intérêt. Je ne les trouve pas très adhérents et très ouverts à ça.

Interviewer : D'accord, est ce que vous en savez les raisons ?

Répondant : Je ne sais pas, les craintes peut-être. Je n'arrive pas trop à cerner pourquoi, parce qu'il n'y a pas de contrainte, il n'y a pas de risque. J'ai du mal à comprendre.

Répondant : Surcharge de travail comme crainte peut être ?

Répondant : Peut-être.

Interviewer : D'accord. Et là, tout de suite, si vous aviez un confrère un peu hésitant à l'intégration d'une CPTS, que lui diriez-vous ?

Répondant : Selon moi, intégrer une CPTS permet une revalorisation de la profession parce qu'il nous donne un véritable rôle d'acteur de soins en participant à cette coordination interprofessionnelle. Il y a un intérêt pour la fidélisation de nos patients. On voit régulièrement nos patients au comptoir et ils nous font confiance, voir leur pharmacien intégrer une place supplémentaire et facilitatrice de leur parcours de soins va être perçue comme un service supplémentaire et une plus-value. Et après sur un point de vue professionnel, on va pouvoir faciliter la délivrance, le suivi et de ce fait la communication interprofessionnelle sera forcément un bénéfice.

Interviewer : Et quand avez- vous intégré la CPTS ? Si vous aviez quelque chose à changer, qu'est-ce que vous y changeriez ?

Répondant : Dans la CPTS ?

Interviewer : Que ce soit en termes d'organisation ou encore plus de mobilisation.

Répondant : Qu'est-ce que j'aurais changé ?

Interviewer : C'est une question personnelle

Répondant : Oui, écouté j'ai trouvé que c'était quand même bien organisé, j'avais des gens bien motivés en face de moi qui déclinaient leur sujet et franchement pas grand-chose. J'ai modestement essayé d'apporter mon aide avec mon réseau local et essayé de leur en faire bénéficier. J'ai aussi participé à la communication pour les aider parce qu'il y a besoin d'âme volontaire pour promouvoir cette CPTS.

Interviewer : Bien sûr. Que du positif.

Répondant : Oui, et du coup, c'est vrai que la CPTS a permis de découvrir des outils que beaucoup de professionnels libéraux ne connaissent pas, notamment les plateformes territoriales d'appuis, les pôles infos seniors, le DAC, sur lesquels nous pouvons nous appuyer. Il y a de nombreux outils qui sont à notre disposition quand on est perdu professionnellement et parfois le pharmacien ne sait pas à qui s'adresser. S'il y a une situation critique à domicile et que l'on ne sait pas quoi faire, en fait ils nous donnent des outils qui existent dont on n'est pas forcément au courant. C'est vrai que la CPTS m'a permis de découvrir tous ces acteurs.

Interviewer : Bien sûr. Je le dis personnellement, mais au cours de ma recherche bibliographique, je me suis aperçu qu'il y a quand même plein de structures existantes et je pense que la plupart des professionnels de santé ignorent leurs existences.

Répondant : Non mais c'est clair. D'ailleurs je travaille sur le projet des personnes âgées, je travaille avec un gériatre. Lui aussi il découvre ça et pourtant il est gériatre. C'est un jeune médecin qui m'a dit mais à la fac on aurait presque dû imposer un petit module pour présenter aux médecins tout ce qui existe. Il y a des gens qui sortent de l'hôpital et qui se retrouvent avec une assistante sociale ou débrouillez-vous. Je me dis alors qu'il y a plein de choses qui pourraient prendre en charge et accompagner, ça serait un réel bénéfice pour tout le monde.

Interviewer : Bien sûr, moi-même, je n'en avais jamais entendu parler à la faculté

Répondant : Ah mais moi non plus., et après je me dis que l'on aura un rôle au sein de la CPTS pour promouvoir la CPTS via des professionnels de soins mais pas que, il faut que les gens soient au courant pour que les médecins ou professionnels de soins est les réflexes d'orienter leur patient pour qu'elle puisse les aider. Après de ce côté-là, la crainte des professionnels de soins, c'est la peur qu'on leur pique leurs patients

Interviewer : Oui je vois,

Répondant : Voilà....

Interviewer : d'accord. Est-ce que comme ça, vous voyez d'autres freins à intégrer une CPTS?

Répondant : Après peut-être pour une CPTS, le coût de l'adhésion, mais bon elle est dérisoire, elle est de 20 euros par an. Il y en a qui craignent que ce soit un peu un arrangement entre pote et ont la crainte que ce soit ce noyau-là qui profitent et qui détournent la patientèle.

Interviewer : D'accord

Répondant : Je vous dis ça parce que à Marseille c'est un peu à la mode... mais voilà je pense qu'il y a un peu ce frein là

Interviewer : Selon vous quel avenir à ce dispositif ? Que ce soit à court ou moyen/long terme ?

Répondant : Alors d'après les échos que j'ai obtenu de la part de grand groupe hospitalier avec lesquels je travaille sur mon projet de la prise en charge des personnes âgées à domicile. Le ministre de la Santé leur a carrément dit que ce genre de mission passera exclusivement par les CPTS à l'avenir... Donc bon on arrive à la fin d'un mandat gouvernementalpeut être

que le prochain ministre tirera un trait sur les CPTS mais pour l'instant, d'après Les Échos que l'on a au niveau des instances, ils misent beaucoup sur les CPTS. Donc c'est assez optimiste.

Interviewer : d'accord et d'un point de vue de la profession, je veux dire les pharmaciens. Est-ce que leur place peut évoluer au sein de ces CPTS, ça peut prendre plus d'importance, moins d'importance ?

Répondant : Après de manière générale, le rôle du pharmacien dans le parcours de soins est en train de changer. On le voit déjà avec l'attribution des entretiens pharmaceutiques. Ça a du mal à décoller au sein des officines mais c'est qu'il est intégré dans le parcours de soins du patient. Donc, moi je trouve qu'il y a tout intérêt à s'intéresser et à se lancer là-dedans parce que c'est une valorisation de la profession, qui a beaucoup été décriée. Du coup, je pense qu'il y a un réel intérêt pour le pharmacien à se lancer dans ces nouvelles missions.

Interviewer : D'accord et est-ce que vous avez des nouveaux projets en tête pour votre structure, je sais que vous avez déjà votre gros projet en soi ? Mais est-ce qu'en termes d'évolution, vous le voyez comment ?

Répondant : Pour l'instant, on va essayer de bien poser les fondations, de répondre aux indicateurs qui nous ont été donnés par l'ARS pour le projet de santé. Le covid nous a beaucoup freiné et les missions qui nous ont été attribuées durant le COVID ont été très chronophage. Donc, là pour le moment, on est plus sûr de poser les bases et bien structurer les choses. Une fois que tout sera bien posé, on se lancera sur d'autres projets. On peut tout faire en même temps, on ferait tout mal à mon avis.

Interviewer : Oui, tout à fait d'accord. Écouter, ça a été assez rapide et vous avez répondu à toutes mes questions.

Répondant : Bien tant mieux. J'espère vous avoir été utile.

Interviewer : Oui, j'ai récupéré des données qui seront intéressantes. Oui, je vous remercie pour votre participation.

Entretien X4 :

Interviewer : Bonjour,

Répondant : Enchanté

Interviewer : Vous m'entendez bien ?

Répondant : je vous entends bien

Interviewer : Tout d'abord, merci de vous être rendu disponible pour cette entrevue. Pour commencer, je vais vous expliquer un peu le contexte de cette invitation. Je suis étudiant en pharmacie, à la faculté de Toulouse et je réalise ma thèse sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS.

Répondant : vous êtes en quelle année ?

Interviewer : Je suis en sixième année. Pour cette thèse, je réalise deux études, une étude qualitative ou j'interroge un peu tous les acteurs qui entourent les CPTS, en particulier des pharmaciens, des créateurs, des adhérents, des membres d'ARS ou des coordinateurs de CPTS. Je vous remercie encore pour le temps que vous m'accordez et je vous informe également que vos données seront traitées de façon anonyme et que, conformément au règlement général, la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, rectification, suppression de données en me contactant.

Répondant : Ça marche.

Interviewer : cette réunion est enregistrée si vous vous donnez l'accord;

Répondant : Oui, pas de souci.

Interviewer : elle sera supprimée à posteriori quand j'aurai traité les données. Nous sommes ensemble pour à peu près 25 minutes et nous allons aborder plusieurs thématiques. Tout d'abord, pour répondre à la présentation du répondant : est-ce que vous pouvez vous présenter ? me donner un âge ou une tranche d'âge ? ainsi que les deux premières lettres de votre département où vous travaillez ?

Répondant : Alors, mon nom, je m'appelle XXXX. Le nom de famille XXX. Je suis installé depuis 11 ans à Reims, dans le nord. Une pharmacie de quartier. Vous avez dit quoi d'autre ?

Interviewer : L'âge ou une tranche d'âge

Répondant : 35 ans.

Interviewer : D'accord, merci. Est-ce que vous pouvez me présenter votre CPTS ?

Répondant : Alors la CPTS, elle a été créée au mois de mars 2021 par une assemblée générale constitutive. Ça faisait plusieurs années que je travaillais sur le sujet pour essayer de motiver des professionnels de santé autour du projet. Ainsi, c'est vraiment la crise COVID qui a permis de fédérer des professionnels de santé autour de différents projets et notamment des médecins. Avec les CPTS, on arrive toujours à motiver des pharmaciens, des infirmiers, mais les médecins, c'est toujours beaucoup plus compliqué. Avec la crise covid, on avait créé un centre de dépistage. On avait souscrit un centre de consultation en mars 2020 et ils se sont aperçus que travailler avec les autres professionnels de santé était bénéfique. Ça a permis de créer des liens, de faire des rencontres, de discuter tout simplement et de discuter. Ça a vraiment été un terreau très riche pour la CPTS.

Interviewer : C'est vraiment la crise covid qui a été le déclencheur.

Répondant : Oui voilà, tout à fait.

Interviewer : Quel est le niveau de maturité de votre CPTS ?

Répondant : On est en écriture du projet de santé. L'assemblée constitutive a eu lieu. On a des réunions régulièrement avec l'URPS médecin libéral, l'ARS et la CPAM. On espère le finaliser pour fin octobre afin de négocier l'ACI à la fin de l'année pour une mise en route.

Interviewer : D'accord, et vous, au sein de cette CPTS, comment êtes-vous positionnés ?

Répondant : coprésidente

Interviewer : coprésidente,

Répondant : Pour le bureau de notre CPTS, on a choisi un mode de direction un peu original avec une coprésidence médecin/Pharmacien et un vice-président infirmier.

Interviewer : D'accord. Très intéressant. Est-ce que vous pouvez me décrire un peu la genèse ? Comment s'est créé cette CPTS ? Comment vous êtes-vous rencontrés avec les autres membres ?

Répondant : On a déjà fait des petites réunions téléphoniques en avril, mai, juin 2020. On était en pleine covid, donc ce n'était vraiment pas le moment de se rencontrer en face à face. On a formé un petit groupe d'une dizaine de personnes. Et puis, dès qu'on a pu se rencontrer en présentiel, on a contacté les URPS pour savoir comment il fallait faire. Moi, j'avais déjà pas mal de renseignements de mon côté, et puis écriture de la lettre d'intention, validation de la lettre d'intention et c'était parti.

Interviewer : D'accord, si je comprends bien, c'est vraiment 10 personnes qui avaient cette ambition commune de créer ce réseau sur votre territoire.

Répondant : Tout à fait. On était vraiment 2 à l'origine, moi et mon coprésident. Et puis, on en a parlé un petit peu autour de nous, à des personnes que l'on savait motiver et sur qui l'on pouvait compter. Un petit groupe de 10, c'est suffisant pour démarrer, trop ce n'est pas la peine.

Interviewer : D'accord. Et oui, vous vous êtes contacté parce que vous vous connaissiez ? Ou vous avez entendu dire que quelqu'un était intéressé, tout simplement ?

Répondant : Oui. Oui des professionnels de santé qui ont déjà une ouverture d'esprit vers les autres professionnels. Mais, des médecins qui sont pros inter/pro, des infirmiers pareils. Il faut s'adresser au départ à des gens qui ne crachent pas sur les autres professions.

Interviewer : C'est tout à fait compréhensible. Et, est-ce que vous avez commencé à communiquer ou à contacter l'ensemble des professionnels du territoire ?

Répondant : Oui, ce fut fait dès la réunion. On a rédigé les lettres d'intention. Ensuite, on a une réunion territoriale où l'on invite tous les professionnels de santé du territoire. Ce sont les URPS qui se charge des invitations parce qu'ils ont le listing complet. À cette réunion territoriale, il y a des personnes qui se sont montrées intéressées ou pas et à la suite de ça, un mois après, on essaye d'accélérer la création. On a organisé l'assemblée générale constitutive qui sonne vraiment la création de l'association. Donc, tous les professionnels de santé du territoire ont été avertis de la création de la CPTS. Là, on est à peu près à 115 membres.

Interviewer : D'accord, et au niveau de votre territoire 115, ça représente une grosse partie ou une petite partie ?

Répondant : une dizaine de pourcents

Interviewer : Une dizaine de pourcents. A cette première réunion constitutionnelle, vous avez présenté la CPTS. Vous étiez.... combien étiez-vous ? À peu près ? Est-ce que c'était à peu près le même nombre qui est revenu ensuite à l'assemblée générale ?

Répondant : On était un petit peu plus nombreux au niveau du nombre de personnes connectées. Donc certaines personnes sont des retraités, donc n'ont pas adhéré à la CPTS, mais se montrent intéressés par le projet. Il y a des personnes qui étaient connectées, mais qui étaient hors territoire et qui venaient un petit peu pour regarder, pour s'informer aussi parce qu'ils ont un projet aussi de leur côté. Donc, assister à la réunion d'un autre territoire, c'est toujours intéressant. Après, il y a des personnes qui n'ont pas suivi.

Interviewer : D'accord, du coup, est-ce qu'est-ce que vous connaissez les raisons de la non-adhésion après cette réunion ou la non-participation ?

Répondant : Un manque d'intérêt, ils n'y voient pas leur intérêt. Ils pensent que c'est plus du temps perdu. C'est du temps en plus au début, mais c'est pour en gagner après et pour avoir une meilleure prise en charge de la population. Il y a des personnes qui ne se montrent pas du tout intéressées par ce genre de projet. C'est leur choix.

Interviewer : Qu'en est-il des pharmaciens ? Est-ce que les pharmaciens ont largement adhéré ?

Répondant : Alors, les pharmaciens sont plus nombreux que les médecins.

Interviewer : D'accord.

Répondant : Et les infirmiers sont encore plus nombreux que les pharmaciens.

Interviewer : D'accord. Et est-ce que dans votre entourage, il y a eu des refus d'adhésions ?

Répondant : Des refus d'adhésions ? Nous, non.

Interviewer : Après, en tant que pharmaciens qui n'ont pas trouvé d'intérêts.

Répondant : On a des pharmaciens qui n'adhèrent pas. On est au début de notre association. Pour l'instant, on ne voit pas le concret et ce que peut apporter la CPTS.

Interviewer : D'accord, ce sont davantage les personnes qui ne voient pas l'intérêt tout de suite, mais qui pourraient évoluer.

Répondant : Tout à fait, quand on va mettre en place la dispensation protocolisée en pharmacie, c'est sûr que je vais avoir des adhésions de pharmacie.

Interviewer : Et comment seront contactés ces professionnels de santé plus tard ? Est-ce que vous allez repasser par l'URPS ou vous pensez que ce sont eux qui vont revenir vers vous ?

Répondant : peut-être les deux. On a une page Facebook qui est très dynamique. De plus, on est quand même relativement connu. Mon numéro de portable est disponible un peu partout. Donc, les gens qui veulent me contacter, ils peuvent. L'avantage d'une CPTS est que l'on rentre dans une échelle locale, donc on se connaît.

Interviewer : Bien sûr, vous avez une sorte de réseau qui était déjà un peu créé, si je comprends bien.

Répondant : Oui, tout à fait. Même si des personnes ne sont pas adhérentes à la CPTS, ils peuvent le devenir plus tard, sans aucun problème. Les coordonnées sont accessibles.

Interviewer : Vous considérez cette première présence de réseau comme un levier à la création de CPTS ?

Répondant : Ah oui tout à fait.

Interviewer : Maintenant, si l'on passe un peu plus sur les questions personnelles et plus sur le pharmacien au sein de la CPTS, pourquoi avez-vous décidé de créer cette CPTS ?

Répondant : J'ai décidé de créer une CPTS pour avoir plus de relations interprofessionnelles. C'est vraiment quelque chose qui manquait dans ma pratique et qui est indispensable pour l'avenir. On a une perte de temps médical bien que l'on soit en urbain, on commence à être fortement touchés par la baisse de médecins traitants et des patients sans médecin traitant. Il faut forcément trouver des solutions pour nos patients.

Interviewer : C'est le gros enjeu de votre territoire.

Répondant : Comme un peu partout, je pense

Interviewer : Bien souvent, c'est ce que j'entends le plus. J'imagine que c'est un peu une redite. Mais, selon vous, quel intérêt, en tant que pharmacien, d'intégrer ces CPTS ? Mis à part créer ce réseau et une coopération interprofessionnelle,

Répondant : Un autre des avantages est l'accès aux actions uniquement permises lors de l'intégration d'une CPTS est la dispensation protocolisée en officine.

Interviewer : D'accord, maintenant une petite mise en situation. Si vous aviez un confrère pharmacien un peu hésitant à l'intégration de la CPTS, que lui diriez-vous ?

Répondant : J'essaierai de jauger un petit peu déjà. Après si l'on parle financier, on paye 30 euros de cotisation et l'on reçoit 400 euros de ROSP.

Interviewer : C'est déjà un sacré avantage.

Répondant : Rien, ça ne coûte rien, ça rapporte de l'argent. Puis, ce sont les relations interprofessionnelles et avoir accès aux actions que l'on va mettre en place.

Interviewer : Dans la création de ces CPTS. Si vous aviez quelque chose à changer, que changeriez-vous ?

Répondant : Pouvoir faire la réunion territoriale et l'assemblée générale en présentiel. Parce que là, on les a faites en visioconférence, et c'était beaucoup moins convivial. C'était avec un mode webinaire. Les personnes ne pouvaient pas intervenir. C'était uniquement par le chat. C'est vraiment le gros regret que l'on a, c'est de ne pas l'avoir pu le faire en présentiel.

Interviewer :Ça a dû être même un peu moins impactant.

Répondant : Tout à fait

Interviewer : Si l'on se concentre un peu plus sur le futur, selon vous, quel est l'avenir de ce dispositif ? Comment va-t-il évoluer ? Comment peut-il évoluer ?

Répondant : Non, elle n'est pas simple parce que l'on sort d'une crise importante avec des enjeux financiers très importants. À l'avenir, les CPTS doivent avoir des financements quand même relativement importants. Est-ce que les autorités de tutelle vont baisser les financements pour pouvoir récupérer ce qu'ils ont investi dans la crise covid ? C'est une possibilité. Est-ce que certains de ces CPTS vont retomber comme elles sont montées à cause de la crise ? C'est possible aussi. Il faut garder des professionnels de santé motivés et soudés.

Interviewer : J'ai pu voir, que depuis le début de la crise, il y a eu un peu une explosion de créations de CPTS en lien avec les vaccinodromes et centres dépistage. À voir si ça va continuer. Quelles sont vos actions pour faire adhérer justement les professionnels de santé.

Répondant : Les réseaux sociaux, on en parle autour de nous tout simplement quand on se rencontre à des réunions ou à des formations. Il faut discuter, il faut en parler, c'est tout.

Interviewer : oui, il faut avoir une certaine visibilité pour que les gens soient informés des différentes actions.

Répondant : Oui, les actions n'ont pas encore démarré.

Interviewer : Je suis en train d'analyser un peu toutes les étapes de la création d'une CPTS. Il y a eu des gens qui sont en écriture lettre d'intention, des gens en phase de pré projet, des gens qui viennent de signer l'ACI et des gens qui avaient déjà commencé il y a 1 ou 2 ans. t.

Répondant : vous parliez comment on communique sur les actions, on a des actions de vaccination actuellement et la CPTS est partenaire. Donc, le logo de la CPTS est présent sur les communications pour les vaccinations.

Interviewer : Vous êtes partenaire du vaccinodrome, mais en êtes-vous initiateurs ?

Répondant : C'est ce que l'on appelle un centre mixte qui est cogéré entre le CH de Valenciennes et la CPT.

Interviewer : D'accord, ok. Vous mettez chacun vos ressources pour accomplir cette mission ?

Répondant : C'est le CHV qui fait la logistique, reçoit les sous et les professionnels qui interviennent ne sont que des libéraux adhérents à la CPTS.

Interviewer : Est-ce que vous avez, à court terme ou long terme, de nouveaux projets en tête pour votre structure ?

Répondant : Alors, le projet phare, c'est le SNP, les soins non programmés. Il est en lien fortement avec le SAS (Système d'accès aux soins) puisque le département du Nord est un

département pilote pour le SAS. On a le professeur XXX, qui est le chef du service du Samu de Lille du CHR de Lille, qui est le chef de projet à l'échelle nationale pour le SAS. Donc le SNP, c'est notre projet phare. Après, on a différents projets qui sont pour certains déjà en route, d'autres qui sont en cours d'écriture avec l'écriture du projet de santé. Je vous ai parlé de dispensations protocolisées en pharmacie. On a un projet sur la prise en charge du handicap. On a un projet sur la prévention, le dépistage des cancers cutanés, notamment avec les kinés qui ont vu sur la peau. On a un projet de prise en charge de la femme et notamment de l'endométriase. La téléconsultation assistée par infirmiers à domicile. Alors le PASS, c'est une prise en charge de personnes qui n'ont aucun droit et qui se fait à l'hôpital, au CH de Valenciennes. Le souci, c'est que ces gens-là, quand ils acquièrent des droits, ils se retrouvent dans la rue entre guillemets, parce qu'ils n'ont pas de médecin traitant. Souvent, ils ne parlent pas la langue et ce sont des gens qui sont très compliqués à caser chez un médecin traitant. Donc là, on a le poste PASS, qui est en place avec deux médecins volontaires qui font des consultations spécifiques pour ces personnes.

Interviewer : D'accord.

Répondant : Ou alors le centre de vaccination, le centre de dépistage, c'est déjà en route, c'est déjà pas mal.

Interviewer : Ah oui, c'est déjà une belle liste, avec beaucoup de projets très intéressants. Bien écouter, j'ai fait à peu près le tour de mes questions.

Répondant : D'accord, mais n'hésitez pas. Vous pouvez me contacter par mail ou par LinkedIn. Je ne réponds pas toujours tout de suite, mais je réponds.

Interviewer : pas de problème sur ça. Je vous remercie.

Répondant : Je vous en prie, bon courage pour la thèse.

Interviewer : Merci, merci, merci. Sacré boulot aussi.

Répondant : Un beau, c'est un beau thème

Entretien X5 :

Interviewer : Bonjour. Je suis l'étudiant qui vous avait contacté via LinkedIn.

Répondant : Je vous attendais.

Interviewer : Parfait, j'espère que je ne vous dérange pas ?

Répondant : Non, c'est bon, j'ai 25 minutes à vous consacrer.

Interviewer : On ne va pas perdre trop de temps. Pour vous donner un peu de contexte, je suis étudiant en sixième année à la faculté de pharmacie de Toulouse. Je réalise ma thèse sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS. Pour cette thèse, je réalise une étude qualitative où j'interroge les témoins privilégiés, que ce soit des créateurs de CPTS ou des adhérents, des membres d'URPS. Si vous voulez, on peut commencer. Tout d'abord, je vous informe également que vos données seront traitées de façon anonyme et que,

conformément au règlement général de la protection des données, vous avez le droit à la rectification et la suppression de ces données en passant par moi-même.

Répondant : Bravo, c'est un premier bon point.

Interviewer : c'est le discours qui est obligatoire et autant que ce soit carré.

Répondant : Non mais c'est bien.

Interviewer : Est-ce que vous pouvez vous présenter, me donner une tranche d'âge ainsi que les deux premières lettres de votre département où vous travaillez ?

Répondant : Alors, je m'appelle XXXXX. Vous voulez quoi ? Les deux premières lettres du département ?

Interviewer : Oui.

Répondant : Donc, actuellement, vous savez que je travaille au ministère.

Interviewer : Et est-ce que je pourrais vous demander votre âge ou une tranche d'âge ?

Répondant : Oui, 55 ans.

Interviewer : OK, c'est parfait. En fait, ce qui m'intéresse beaucoup dans votre profil, c'est que vous avez été présidente d'une CPTS, mais avant la crise COVID.

Répondant : Oui, on a fait partie quasiment de la première CPTS des Hauts-de-France. La CPTS a été créée en mai 2018 puis homologuée en avril ou mai 2019, et a signé l'ACI en septembre 2020.

Interviewer : D'accord. Est-ce que vous pouvez me présenter un peu votre CPTS ? Ces différentes missions et la façon dont elle a été construite ?

Répondant : Alors, en fait, j'avais un petit peu d'avance sur la connaissance des CPTS . En effet j'ai exercé dans une pharmacie à l'époque et j'ai été également membre du bureau national d'un syndicat de pharmacien et j'avais dans ma mission les exercices coordonnés. Donc, je connaissais très bien la loi de 2016. J'avais bien décortiqué les mécanismes de la loi Tourenne sur les équipes de soins primaires et des CPTS, les contrats de santé et les contrats locaux de santé. J'avais construit une présentation PowerPoint et j'ai fait un tour de France des villes dans lesquelles j'avais rassemblé des pharmaciens adhérents à notre syndicat, de manière à leur présenter en fait la mesure pour les inciter à construire leur CPTS. Tout du moins à être moteur dans la constitution d'une CPTS parce que je considérais que c'était "The place to be". Ce sera l'avenir. Je pense que d'ici à une dizaine d'années, l'unité territoriale sanitaire sera la CPTS.

Interviewer : D'accord et qu'elle était un peu votre discours de présentation pour les convaincre ? qu'elles étaient vos principaux arguments ?

Répondant : Alors, il y avait une soixantaine de slides. Il y avait l'état des lieux de la partie réglementaire. C'est-à-dire où l'on en est d'un point de vue réglementaire et comment on définit le pharmacien dans le périmètre du parcours sanitaire dans sa globalité. On commençait par la loi HPST, on continue par la loi de transformation du système de santé. Ainsi, la loi de 2016, et l'on continuait par la loi de 2019 qui conforte en fait les CPTS, donne l'ouverture de l'ACI et ajoute les équipes de soins spécialisés. Donc tout ça pour balayer un petit peu le contexte législatif avec les outils législatifs, réglementaires et les outils financiers. Tout était mis à disposition des acteurs pour s'approprier la dynamique de sa victoire. En ce qui concerne des arguments vraiment décisifs à l'intégration dans une CPTS, le pharmacien qui ne s'intègre pas dans cette démarche se verra très rapidement supplanté par ceux qui le feront. La loi prévoyait que l'on pourrait imposer aux acteurs des territoires et que les pharmaciens étaient les plus à même d'identifier leurs territoires d'influence. Parce que quand on considère une CPTS, c'est donc une notion populationnelle et territoriale d'exercice coordonné et que la seule profession de santé aujourd'hui à dimension populationnelle, ça veut dire qui s'installe parce qu'il y a un besoin de population, c'est la pharmacie d'officine. À partir de ce moment-là, on sait que s'il y a des pharmaciens, c'est qu'il y a de la population et donc on est capable d'identifier la population qui est desservie par les pharmacies du territoire. Les pharmacies vont pouvoir identifier les problématiques du secteur et à partir de là, initier des projets qui auront du sens. Le deuxième point, c'est le territorial de la profession. La pharmacie d'officine a organisé des réseaux de garde qui sont en lien avec les territoires, on va dire, en fonction de critères qui sont plutôt des parcours patients, etc. C'est assez stable. Il n'y a pas de désert de gardes pharmaceutiques, de services de garde et donc en superposant les services de garde avec des notions de bassin de population, comme l'appelle la loi HPST première version. Je veux parler de la première mouture de ce que l'on a appelé le diagnostic territorial de santé qui émanait de l'ARS et donc de la loi HPST. On arrivait à superposer des zones de garde avec des bassins de vie et des territoires de CPTS. C'est en faisant cette analyse sur mon propre territoire. Je l'ai dupliqué et présenté comme étant un argument majeur pour que les pharmaciens s'investissent là-dedans.

Interviewer : C'est le maillage territorial des pharmacies qui est un des principaux atouts de l'intégration des pharmaciens dans les CPTS.

Répondant : Exactement, c'est tout à fait ça.

Interviewer : Et est-ce que vous voyez d'autres intérêts pour le pharmacien d'intégrer une CPTS ?

Répondant : Alors, il y a beaucoup d'intérêts. Au départ, personne ne voulait y aller parce que c'était compliqué à mettre en place, c'était difficile à comprendre. Je leur ai dit, soyez les premiers à le faire. Parce que vous savez ce que c'est premier arrivé, premier servi. Le deuxième acte, c'est que quand les autres acteurs se sont rendu compte qu'ils allaient avoir de l'argent dans les CPTS vous avez vu arriver une flopée de médecins... Les médecins ont commencé à créer des projets de santé ou des articulations des statuts des CPTS en excluant les autres professions. Donc, je leur ai dit. Prenez les places sinon vous n'en aurez pas. C'est le premier point. Puis la deuxième chose, si vous prenez l'ensemble des acteurs d'un territoire, les acteurs sanitaires, vous avez des acteurs qui ont un périmètre et une zone d'influence très

importante. Exemple : les hôpitaux, les EHPAD, les cabinets de radiologie et les laboratoires d'analyses, ce sont ceux qui ont une zone de chalandise assez importante. À l'extrême, de l'autre côté, vous avez des acteurs qui ont des zones de chalandise très faibles : les infirmières, les médecins, les kinés, à dimension de leur quartier et entre les deux, vous avez une profession qui est la profession pharmaceutique qui a une zone de chalandise qui est définie. On a une pharmacie pour 2500 habitants et après une pharmacie pour 4 000, donc ça veut dire quoi ? Le pharmacien est au centre parce que l'ensemble des prescriptions qui convergent vers lui : les prescriptions qui viennent des hôpitaux, les prescriptions qui viennent des cabinets de radiologie, des spécialistes, des généralités, des infirmiers, des kinés et donc le pharmacien joue un rôle central. Ça aurait été dommage que lui-même étant au centre du parcours, qu'il soit mis à l'écart. L'activité est définie parce qu'il y a une répartition démographique, il faut être pertinent pour que l'on ne lui impose pas un territoire découpé qui ne correspond pas à sa répartition démographique.

Interviewer : Durant votre Tour de France, quelles étaient les impressions des pharmaciens ? Si on les compare à ce qu'il y a aujourd'hui en termes d'adhésion. Est-ce que vous voyez une différence ?

Répondant : Oui. Parce qu'à l'époque, c'était nouveau. De mémoire, c'était en 2019. Parce que je l'ai lancé au congrès de Montpellier, donc en octobre 2017. J'ai dû faire mon tour de France entre 2018 et 2019. C'était le démarrage de la connaissance des CPTS, on était vraiment au tout début. Les premières soirées, on avait à peu près une centaine de personnes, ce qui était beaucoup et j'invitais toujours l'ARS et l'assurance maladie. Au début, je n'arrêtais pas d'entendre : "Quelle est cette usine à gaz ?, mais comment on va faire ? Jamais on y arrivera. C'est trop compliqué. C'est quoi vraiment l'intérêt ?" Etc. Tout a débuté lorsque j'ai fait mon tour de France, il n'y avait pas de financement. Outre les financements des contrats territoriaux de santé qui pouvaient être menés avec les ARS, on n'était pas encore dans le droit commun des ACI des CPTS. Puis les pharmaciens ont bien compris qu'en adhérant à une CPTS, on bénéficie de forfaits structure, on perçoit des indemnisations et l'on peut mettre en place de nombreuses missions et protocoles qui sont définis dans la loi et accordées uniquement aux professionnels qui exercent au sein de structures d'exercices coordonnées : que ce soit des équipes de soins primaires, des maisons de santé, des centres de santé ou des CPTS. Parce que le législateur a bien créé les choses, cependant, il est un peu confus dans la compréhension de ces choses-là. Or, c'est des choses totalement différentes, parce que les équipes de soins primaires, les maisons de santé, les centres de santé sont soignants, ça facture alors que la CPTS est une organisation territoriale de soignant et elle n'est pas soignante elle-même.

Interviewer : Oui, je vois bien la nuance. Si vous aviez un confrère hésitant en face de vous, qu'est-ce que vous lui diriez sur les avantages à intégrer une CPTS.

Répondant : Tout ce que je viens de vous dire. En lui disant bien, il faut que tu adhères parce que de toute façon, si tu n'adhères pas, tu vas te retrouver à un moment donné tout seul dans ton coin et l'exercice isolé va devenir l'exception. Si l'on veut mettre en place des missions ensemble, mieux se parler, mieux faire connaître nos compétences, nos différences et nos complémentarités avec les autres acteurs. Il faut que l'on puisse le faire au sein d'une structure reconnue par l'État, reconnue par les textes et reconnue comme étant un effecteur dans le territoire. Rentrer dans une CPTS nous permettra de prendre une place et être identifié

comme acteur à qui l'on pourra confier des responsabilités. On l'a vu avec la crise covid ou l'on a confié aux CPTS l'organisation de centres de vaccination pour éviter que ça parte en vrille même si ce n'étaient pas les seuls à l'organiser et beaucoup l'ont fait.

Interviewer : À l'époque, vous avez monté votre CPTS quelles étaient vos méthodes pour faire adhérer les professionnels de santé ?

Répondant : La menace et le harcèlement moral

Interviewer : Je vois ahah.

Répondant : Non, non en fait, j'ai demandé à la mairie de me prêter une salle. J'ai ensuite invité l'ensemble des professionnels de mon territoire. J'ai repéré quelques personnes un peu plus motivées que les autres qui étaient d'accord pour participer à mon projet. Puis, il a fallu six mois pour constituer le bureau. À partir du moment où notre bureau a été constitué, on a déposé les statuts de l'association. Puis, on a continué à travailler jusqu'à motiver l'ensemble des autres acteurs, chacun dans sa profession, allant chercher des adhérents. Un infirmier va recruter des infirmières, le pharmacien des pharmaciens, les médecins des médecins, etc...pour arriver à une soixantaine d'adhérents au bout d'un an et demi.

Interviewer : La communication par tous les adhérents est un véritable levier pour faire adhérer les professionnels de santé.

Répondant : oui, parce que, il faut des pairs pour parler aux pairs, c'est-à-dire que si un infirmier contacte un pharmacien, il sera moins crédible qu'un pharmacien qui demande à un pharmacien de les rejoindre.

Interviewer : Bien sûr et à l'époque, je dis à l'époque peut-être qu'aujourd'hui ça ne coïncide plus. Quelles étaient les raisons de non-adhésion ?

Répondant : La méconnaissance, principalement. L'usine à gaz, c'est encore une énième contrainte administrative, ou alors, je n'ai pas le temps. Ou alors, je vais voir, on verra bien, ou alors, il faudra payer 50 euros. Il y avait tout un tas de raisons, on trouve toujours des bonnes raisons pour ne pas faire.

Interviewer : J'imagine qu'aujourd'hui, toutes ces raisons, pour la plupart, ne sont plus en ligne de mire. Parce que si l'on arrive vraiment à du concret,

Répondant : Alors aujourd'hui, je ne fais plus partie de la CPTS dans la mesure où j'ai dû rendre mon tablier. Quand on rentre au ministère pour éviter justement d'avoir des conflits d'intérêts et de décider alors que l'on est soi-même bénéficiaire des décisions que l'on prend.. Aujourd'hui, je sais que les professionnels qui y adhèrent sont plus nombreux qu'il y a 2,3 ans, c'est sûr.

Interviewer : Et selon vous, quel est l'avenir de ce dispositif ?

Répondant : À l'avenir, je pense que c'est ce que les gens en feront, mais moi, je suis persuadé parce que je me suis toujours battu pour ça. C'est the place to be dans 10 ans. Alors pourquoi 10 ans, parce que vous savez, la santé et l'organisation de la santé, c'est un paquebot qui ne

bouge pas comme ça. Il y a des effets sociétaux, il y a des facteurs professionnels, interprofessionnels ou même générationnels. Enfin, il y a tout un tas de facteurs. Comme je vous l'ai dit au début, la CPTS sera l'unité territoriale sanitaire de référence. Aujourd'hui, l'interlocuteur des agences régionales de santé, ce sont l'URPS. Les URPS ont été intéressantes pour faire des expérimentations, pour effectuer des recherches, des travaux, stimuler la formation, etc. Beaucoup d'argent a été investis dans les URPS et pas toujours à bon escient. Demain, il faudra que l'on soit beaucoup plus efficace dans la manière dont l'argent est utilisé pour la santé et les interlocuteurs de l'ARS seront les professionnels qui exercent en interprofessionnalité et ce sera dans les territoires maillés par les CPTS. À l'avenir, si le directeur de l'ARS veut mettre en place une politique de santé dans ces territoires, il se tournera directement vers les présidents de CPTS. Il leur demandera de mettre en place la vaccination, le dépistage de l'obésité, la campagne de prévention du tabac ainsi que toutes les nouvelles missions à venir. Et l'on gagnera un échelon.

Interviewer : Si je comprends bien, ce sera un peu une norme. C'est tout le système de santé urbain qui sera construit autour des CPTS.

Répondant : Pour moi, le système de santé reposera toujours sur des acteurs, mais qui ne travailleront plus en individualités. C'est-à-dire qui sera toujours en individualités dans leur profession, bien sûr, ça gardera du sens, le pharmacien restera pharmacien, le médecin restera le médecin, mais l'objectif sera d'améliorer les pratiques en coordination avec l'ensemble des acteurs. C'est-à-dire que quand on a une pathologie, cette pathologie, elle fait intervenir plusieurs professionnels. Vous prenez la polyarthrite rhumatoïde, le patient a besoin d'un spécialiste, d'un généraliste, d'un biologiste, d'un pharmacien, d'une infirmière, d'un kiné et peut-être même d'un psychologue. Mais si tous ces gens-là ne se coordonnent pas, il y a des pertes de chances pour le patient, comme il y a des dépenses inutiles parce que redondantes. Si à terme, on arrive à fédérer tous les acteurs de santé d'un même territoire, on facilitera le parcours patient, l'efficacité des soins, l'accessibilité et le partage de compétences. On va vers quelque chose de plus collaboratif.

Interviewer : Selon vous, quels sont les leviers de réussite pour la bonne construction d'une CPTS ?

Répondant : Il faut que les gens se parlent

Interviewer : d'accord, la bonne communication

Répondant : Si les gens ne se parlent pas ici, s'ils ne commencent pas à lever leurs réticences et leurs freins, on n'avancera pas. Il faut avant et ne pas se précipiter. Il faut ce temps d'échange, ce temps de connaissance de l'autre, ce temps d'adaptation, ce temps de lever des freins et lever les conflits. C'est 6 mois. Vous ne construisez pas une CPTS si vous n'avez pas au moins fait ce temps-là et le temps minimum est de 6 mois. Parfois, il est de plus. Contenu du fait que vous ne passez pas votre temps à faire ça et c'est en plus du temps de travail. Donc ça, c'est la première chose. La deuxième chose, c'est qu'il faut dire tout de suite aux professionnels à qui vous vous adressez que la CPTS n'est pas là pour régler les problèmes que chaque profession n'arrive pas à régler à l'intérieur d'elle-même. Exemple la CPTS ne va pas régler les problèmes de garde de médecins. La CPTS ne va pas régler le conflit qui existe entre un infirmier et un pharmacien sur la vaccination parce que l'un n'est pas d'accord que l'autre

vaccine. Non ! C'est une association dans laquelle des gens mettent leur dynamique, leur énergie et leur bonne volonté pour faire avancer des projets. Vous vous en doutez, j'ai d'abord été confronté au problème des conflits internes et je leur ai dit, ce n'est pas le sujet de la CPTS. Le sujet de la CPTS c'est de construire ensemble des pratiques communes à l'amélioration du parcours et d'essayer d'assumer toutes les missions qui sont celles des CPTS. Pour ça, il faut d'abord nettoyer devant sa porte et nettoyer son linge sale en famille. Une fois que tout ça est fait, on peut avancer.

Interviewer : C'est limpide et logique. Que pensez-vous des CPTS qui se sont montées un peu rapidement durant la crise COVID ? Est-ce qu'il n'y aura pas un risque d'échec de ces CPTS ?

Répondant : Non, alors elles ne vont pas fermer. Celles qui se sont montées rapidement pendant la crise, je n'y crois pas. Moi, je pense que celles qui se sont montées rapidement durant la crise, c'est celle qui était en maturité avant la crise et qui ont trouvé une utilité à accélérer leur maturité.

Interviewer : Parce qu'il y avait un besoin qui était déjà identifié,

Répondant : Et surtout qu'une fois la mise en place de la CPTS, ce besoin allait être comblé. Un exemple : on était proche de la réussite du dépôt des statuts et l'on se rend compte que l'on a besoin d'aller plus loin pour montrer un centre de vaccination ou un centre de dépistage. Pour ça il faut que l'on ait des statuts, une identification, un numéro INSE, etc. On se dépêche de mettre en place des statuts, ça oui. Toutes celles qui étaient en maturité bien avancée pendant la crise, elles se sont dépêchées d'accélérer leur maturité pour déposer des statuts, pour pouvoir être identifiés comme acteurs de l'offre de soins. Par contre, celles qui étaient au tout début de la maturité, les professionnels de santé, avaient vraiment autre chose à faire que de s'occuper de ça. Ils se sont occupés de leurs patients, de leur pharmacie, de leurs patients âgés.

Interviewer : J'ai fait un peu le tour de mes questions. Je vois que l'on arrive à 25 minutes. Du coup, j'ai respecté le timing.

Répondant : C'est bien, c'est super.

Interviewer : Je ne vais pas vous embêter plus longtemps. Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez consacré et pour les informations que vous m'avez apportées.

Répondant : Et je vous en prie, n'hésitez pas si vous avez besoin d'autres informations, je suis preneuse. Lorsque votre thèse sera terminée, je veux bien un exemplaire.

Interviewer : D'accord, c'est parfait, je retiens, je note et je vous la communiquerai.

Répondant : Merci beaucoup et bon courage.

Interviewer : Merci et bonne continuation

Entretien X6 :

Interviewer : Bonjour, je suis l'étudiant qui vous avez contacté par mail au sujet d'une entrevue sur les CPTS.

Répondant : Oui, bonjour,

Interviewer : Oui bonjour, tout d'abord je vous remercie de vous être rendu disponible. Je suis très content de vous avoir, vous êtes un peu une référence en ce qui concerne les CPTS au niveau des pharmaciens. Alors, je suis actuellement sixième année de pharmacie, à la faculté de Toulouse et je réalise ma thèse sur l'avenir de l'engagement des pharmaciens au sein de ces CPTS. Pour cette thèse, je réalise une étude qualitative ou j'interroge un peu tous les témoins privilégiés des CPTS pour comprendre comment elles sont construites, tout ce qui est le levier d'engagement et discuter de l'avenir de ce dispositif.

Répondant : D'accord, OK,

Interviewer : Alors, tout d'abord, je vous informe que cette entrevue est enregistrée et que conformément.....

Répondant : Oui c'est bon c'est bon

Interviewer : Du coup, on va commencer. Est-ce que vous pouvez vous présenter, me donner une tranche d'âge ainsi que les deux premières lettres du département où vous travaillez ?

Répondant : Et alors, Mr XXXX. J'ai 57 ans et je suis pharmacien en Charente.

Interviewer : D'accord, j'ai lu que vous appartenez à la FCPTS, mais que, vous aussi, vous avez participé à la création de plusieurs CPTS. Si je ne me trompe pas.

Répondant : Disons que je fais partie du bureau de la FCPT, qui est une fédération nationale. Je vous expliquerai plus tard pourquoi et quel intérêt y a-t-il y avoir une fédération nationale des CPTS. Je fais partie de ce bureau et effectivement en local sur le département de la Charente, j'ai essayé de porter la bonne parole. Actuellement, c'est vrai qu'il y a plusieurs CPTS qui ont déjà déposé leur lettre d'intention.

Interviewer : D'accord, est-ce que vous pouvez me présenter un peu le rôle et les missions de la FCPTS.

Répondant : Alors la question pourquoi une fédération ? Oui, une fédération, c'est pour faire remonter entre guillemets tous les problèmes que peuvent avoir les différents CPTS et les faire remonter au niveau de nos instances supérieures. Alors, pour vous expliquer comment tout ça fonctionne, est-ce que je vous fais un petit discours sur ce qu'est un accord conventionnel ?

Interviewer : Je vois à peu près, mais pourquoi pas ? On ne sait jamais.

Répondant : Alors le principe des CPTS vient de la loi Tourenne, avec la notion d'exercice coordonné qui existait déjà avec les maisons de santé. Mais, là, on n'est pas autour d'une clientèle patientèle, on n'est plus sur une notion de territoire, le terrain est beaucoup plus vaste. Et l'on veut y inscrire dedans tous les professionnels de santé du territoire, qu'ils soient du premier, du deuxième recours, l'équipe de la MSP, mais aussi des spécialistes, mais aussi

des EHPAD, du médico-social et enfin quelque chose qui n'a jamais été travaillé avec les MSP, le sujet qui mettra tous les libéraux d'accord, c'est les relations avec l'hôpital. Donc, il y avait des CPTS qui s'étaient organisés sur le territoire. Comment ça s'organise ? Vous avez plusieurs professionnels de terrain qui ont envie de monter une structure, qui arrive à faire adhérer les professionnels du territoire. Alors le premier chantier, c'est de définir le territoire. Après, c'est parce que là, forcément, tout le monde aura un avis. Il ne sera pas forcément celui de tout le monde et une fois que vous avez réussi à trouver un territoire, défini un territoire, mis tous les professionnels de santé autour. Il faut définir un projet de santé et après, il faut aller chercher des fonds pour faire fonctionner la structure. Eh bien oui, et pour faire fonctionner des fonds, pourquoi il faut des fonds, parce que les professionnels de santé qui se coordonnent entre eux, tout ça dans l'intérêt du patient. Il y a des réunions le soir, il y a des cas patients, on définit des parcours de soins, on définit des outils pour mieux communiquer, on définit une plateforme téléphonique, on fait des agendas partagés. Mais tout ça à un coût. Ces coûts, il faut les évaluer, c'est combien ? Je ne sais pas, pour 50.000 habitants, est-ce qu'il faut un billet de 1000, de 10 000 à 100 000. Je ne sais pas. Chaque fois, il faut aller à la pêche au niveau des ARS : l'Agence régionale de santé. Ils vont ponctionner dans un FIR : fonds d'investissement régional. Chaque année, on a un FIR, ça veut dire que l'on en a une partie en début d'année et à la fin de l'année, il faut aller faire la course pour aller récupérer les sous et déjà négocier celle de l'année d'après. Vous voyez que pour des fonctionnements pérennes, c'est quelque chose qui n'est pas très satisfaisant. Mais ça a fonctionné. Quand il y avait des réseaux diabète, chaque année, il fallait refaire un bilan et puis aller demander des sous. Ce n'était pas évident que les fonds soient reconduits d'une année à l'autre. Donc, on voyait bien que c'était une structure qui était un peu fragile dans le temps. Pour les CPTS, il a été décidé de faire un accord conventionnel avec l'assurance maladie. Quand on tombe dans le conventionnel, dans ces cas-là, on fonctionne avec des fonds qui sont beaucoup plus pérennes, c'est-à-dire une fois que l'on a défini le territoire et que l'on a signé un accord. On signe ce qui s'appelle un ACI : un accord conventionnel. Dans ces cas-là, les fonds deviennent sûrs des rythmes à peu près de 5 ans. Si l'on remplit le cahier des charges, on aura des fonds qui seront pérennes sur une durée de cinq ans. On est sûr des temps beaucoup plus longs qui stabilisent et offrent beaucoup plus de visibilité.

Interviewer : Voilà qui permet une meilleure stabilité. Si l'on compare aux anciens réseaux diabétiques, par exemple.

Répondant : voilà, voilà, c'est l'exemple que j'ai cité. C'est comme ça qu'il y avait des réseaux au diabète. Il y avait des réseaux douleurs. Ces réseaux ont été des précurseurs de la coordination. Puis, tout d'un coup, on voit les limites d'un fonctionnement en tuyaux d'orgue. Pourquoi mon voisin est pris en charge correctement, etc.. Ainsi, il est diabétique et moi, je ne suis pas diabétique, mais j'ai aussi des pathologies et je ne suis pas pris en charge. Ça peut être des questions qui ont pu se poser aussi. Voilà donc l'accord conventionnel, ça veut dire que l'on a mis autour d'une table tous les syndicats des professionnels libéraux. Exemple la pharmacie, il y avait les deux syndicats, au niveau des médecins, il y avait tous les syndicats, des généralistes MG France, la CSMF, des spécialistes, le bloc... Au niveau des infirmiers, il y a le SNIIL. Je vais arrêter de les citer parce que je vais en oublier et ça ne va pas être sympa. Donc, il y avait tous les syndicats de tous les professionnels de santé, plus les syndicats des centres de santé. De mémoire de syndicaliste, on n'a jamais vu une négociation qui s'est faite aussi rapidement

Interviewer : D'accord. C'est une première. Si je comprends bien,

Répondant : Alors quand on dit aussi rapidement.....Moi qui ai vécu la première convention pharmaceutique, en tant que pharmacien, la seule convention liée avec l'assurance maladie, c'était une convention tiers payant daté des années 70. On n'était pas considérés comme des professionnels de santé. Donc, on s'est battu pour avoir ce statut. Quand, enfin, il a été décidé que l'on allait signer une convention avec l'assurance maladie, alors là, c'est là où il faut être patient. Dire que vous travaillez avec l'assurance maladie. Quand, enfin, on est tombé d'accord. Vous signez le document avec le directeur de l'assurance maladie. Les deux syndicats ont dit : `` ça y est, le boulot est fini. Que nenni. Ça repart au niveau du ministère de l'Éducation nationale parce qu'il y a la MGEN, au niveau du ministère de la Défense parce qu'il y a des assurés militaires, au niveau du ministère de l'Agriculture parce qu'il y a des assurés de la MSA. Il y avait le ministère de la Mer à l'époque parce qu'il y avait des assurés de la marine et à la fin, c'est Bercy. Et une fois que tous les ministères ont signé. Il faut que ça paraisse au Journal officiel et après, il y a un délai. Le délai est de six mois entre le moment où ça paraît au Journal officiel et au moment où c'est applicable. Vous avez compris ?

Interviewer : Oui, ce fut compliqué.

Répondant : Voilà. Si l'on ne tombait pas d'accord. Il y a ce qui s'appelle un règlement arbitral, c'est-à-dire qu'il y a quelqu'un qui est nommé. Qui suit les négociations en off. Si jamais les parties ne sont pas d'accord ? Comme son nom l'indique, il devient arbitre. C'est lui qui propose un texte. Les réunions pour la négociation ACI ont démarré en avril. Il a été dit que dans le calendrier, au mois de juin, ce serait plié. Il a été signé début juillet. C'est sorti au Journal officiel fin août et il n'y a pas eu de délais de latence de six mois, c'est applicable de suite. La première, c'est CPTS qui a signé l'accord conventionnel. Je ne sais plus si c'est si c'est le 30 septembre ou 1er octobre. Un mois après l'accord. Jamais je n'avais vu un document qui a été signé aussi vite et signé à l'unanimité par tous les syndicats.

Interviewer : Vous parlez de l'année 2018 ?

Répondant : Je parle de l'année 2019.

Interviewer : 2019, pardon

Répondant : Parce que l'accord date de l'année 2019....Vous me mettez le doute. L'accord du 20 juin 2019 a été signé à la fin de l'année 2019. Alors, attendez, tout le monde est tombé d'accord le 20 juin, la signature ou tout le monde était là pour la photo. C'était un peu après et c'est juste sorti au Journal officiel à la date du 20 juin. C'est juste pour vous planter le décor, bien sûr. Quand on a organisé la première journée de la fédé de la FCPTS qui était en octobre 2019 ou le 13 novembre au ministère de la Santé, on avait fait un inventaire de la grosse centaine de CPTS qui existaient déjà. Qui correspondait oui ou non aux missions qui avaient été signées ? C'étaient des groupements, il y en avait certaines qui fonctionnaient un peu plus, comme des réseaux, parce qu'elles étaient mono-thème et s'intéressaient qu'à une seule pathologie. Quand on avait questionné cette grosse centaine de de CPTS, il y en avait 96 qui avaient, comme sujet, les relations avec l'hôpital.

Interviewer : Quand je vois du coup la fédération

Répondant : Et là, pourquoi une fédé ? À quoi sert une fédé ? On aurait pu tous se poser la question. L'épisode covid nous a clairement montré le rôle de la Fédération. Dès le début, l'épisode COVID démarre. Très rapidement, on se rend compte que là où il y avait des CPTS, des parcours de soins se sont organisés pour orienter les patients qui avaient besoin d'une prise en charge hors covid. On a donc géré un espace adhérent qui permettait un échange d'information. Quand quelqu'un a commencé à réfléchir sur une idée, immédiatement, elle était partagée sur plusieurs CPTS. La FD sert aussi à faire remonter toutes les difficultés qui peuvent exister lors de la mise en place. Pourquoi il y a des ARS, qui nous mettent des bâtons dans les roues sur telle ou telle problématique ? d'autres non. Parce que même si les gens ont devant eux le même texte, des fois, il n'y a pas la même interprétation. Pourquoi il y a des endroits où dès la création de l'association, il y a un billet qui tombe alors que pour d'autres, on demande la lettre d'intention ou le projet de santé validé. C'est tout ce genre de choses que l'on remonte et puis, que l'on transmet. Ces actions permettent d'harmoniser les activités. Par exemple, au mois de mai 2020, la FCPT, dans un communiqué de presse, a proposé qu'il y ait une nouvelle mission qui s'appelle la mission de santé publique. Est-ce que jusqu'à maintenant, dans l'ACI, il y avait l'accès au médecin traitant, les soins non programmés, les parcours, la prévention et rendre attractif les territoires. Et l'on a demandé à ce qu'il y ait une mission dite de santé publique et immédiatement. Quand le nouveau directeur de la CNAM est arrivé. Monsieur Thomas Fathom, dans la lettre de mission que le ministre M. Véran a rédigé, il y avait la mise en place de cette mission de santé publique pour les CPTS. Donc, on est force de proposition. On est là pour défendre nos adhérents pour faire évoluer les textes qui seront négociés par les différents syndicats catégoriels.

Interviewer : D'accord. Qu'est-ce que vous avez pu faire remonter comme autres problématiques un peu marquantes qui pourraient être des freins à ces créations de CPTS ?

Répondant : C'est un peu ce que je vous disais, il y avait des montants qui avaient été définis dans l'accord conventionnel, il suffit de regarder le texte. Puis, très rapidement, toutes les CPTS nous ont fait remonter, que ce n'était pas tellement un problème d'enveloppe, mais c'était plus un problème de calendrier. On a demandé une augmentation de l'enveloppe de démarrage. Ensuite ce sont toujours quelques individus sur un territoire qui commencent à parler, à se rencontrer en off et après ça devient du "on". On essaie de porter la bonne parole auprès de ses propres confrères. Après, on est en interprofessionnalité, on définit le territoire et c'est à partir du moment où tout le monde est tombé d'accord en disant, on y va. C'est là où l'on a l'impression d'avoir fait le plus gros du boulot et c'est là que les emmerdes commencent. Parce qu'elle structure ? Quelle structure juridique pour porter une CPTS ? Bon pour l'exercice coordonné, vous connaissez la ssa ? une loi une asso de 1901 ? Voilà donc tout l'historique de ces CPTS qui existaient déjà, même si elles ne correspondaient pas à l'accord conventionnel qui avait été signé avec l'assurance maladie. On l'a fait remonter et l'on a échangé entre nous, avec l'assurance maladie pour le porter au niveau du ministère, auprès de la DGOS : la Direction générale de l'offre de soins. Il a été défini que ce serait porté par une loi de 1901. Point barre. Comment peut-on rémunérer les professionnels de santé libéraux qui participent à la coordination, qui font avancer tout le système de la CPTS ? Tout travail mérite salaire. Il ne s'agit pas d'en faire une source de revenus. Il s'agit surtout de ne pas démotiver les gens. Il y a un moment où ça demande un travail colossal de mettre en place des nouveaux parcours. Donc comment on rémunère les professionnels de santé libéraux qui passent du temps et ça dans la loi, ça n'existait pas. Du coup, on a participé à des groupes de travail et où il y a une ordonnance qui est sortie. On attend le décret.

Interviewer : Parce que ça n'y est pas encore ? je pensais que l'on pouvait débloquer des fonds par l'ARS pour indemniser le temps qui était mis à disposition pour la création des CPTS.

Répondant : Vous les passez comment dans votre déclaration d'impôts ?

Interviewer : Je ne sais pas, c'est ce qui me semblait.

Répondant : Vous payez des charges sociales dessus ou vous n'en payez pas ? C'est ce genre de problématique pour laquelle on voulait un texte qui stabilise et qui rassure parce qu'au même titre que devant un texte de loi, plusieurs personnes peuvent l'interpréter différemment. S'il n'y a pas un texte qui sécurise, vous pouvez avoir des inspecteurs des impôts ou des comptables qui calculent les charges sociales pour ne pas avoir la même lecture et qui ne vont pas le mettre dans la même case, ce que la déclaration.

Interviewer : D'accord, je vois

Répondant : Quand vous donnez 50 euros à un médecin et que vous donnez 50 euros à un infirmier et que vous donnez 50 euros à un pharmacien. Le pharmacien il y a une TVA où il n'y a pas de TVA ?

Interviewer : Il y a une TVA

Répondant : Et sachant qu'il y a des professions qui payent sur les sommes qu'ils perçoivent des cotisations plein pot au niveau de l'Urssaf et qu'il y a d'autres professionnels qui en paye moins parce qu'ils ont signé des accords ou c'est l'assurance maladie qui paye une partie des cotisations. Versus la profession est conventionnée et l'on n'augmente pas les tarifs des consultations. Dans quelle case vous mettez ces rémunérations si du conventionnel ou pas du conventionnel ? Vous voyez que chaque profession a ses spécificités et ont un historique. Il y a eu un historique qui fait que l'on en est arrivé à ce système-là. Les exemples sont nombreux et il y en a un qui va avoir une TVA qui, derrière, va payer des charges d'impôts, il va y rester 30. Un autre qui aura une partie de ses cotisations. Donc, il nous fallait un cadre pour sécuriser tout ça. Donc un décret, on attendait le décret d'application.

Interviewer : D'accord.

Répondant : Alors voilà, à quoi sert une fédé

Interviewer : c'est un peu plus clair pour moi maintenant. Si l'on se concentre un peu plus sur le territoire

Répondant : Ça, c'est du politique, mais après, il y a de l'opérationnel. Donc que j'appelle de l'opérationnel. Si l'on fait le tour des différents CPTS, quel système de financement ? Par exemple, les structures qui mettent en place la prise en charge des soins non programmés sur un territoire. Pour X habitants, vous allez avoir par exemple 50 euros. Immédiatement, vous allez avoir des industriels qui vont venir vous proposer une solution. Un agenda partagé ou vont voir se mettre tous les professionnels afin de mettre des plages. Des plages de planning disponibles pour tel ou tel professionnel. Ils vont proposer un outil et c'est curieux, mais comme par hasard, l'abonnement à l'outil correspond à peu près à la somme qui est donnée à la CPTS. Après, attendez, je serai industriel, c'est normal, je ferai le même job. Je vois une

opportunité, je vois les sommes qui sont allouées. Voilà donc le travail d'une fédé, c'est de faire remonter dans un groupe de travail, par exemple, quels outils vous utilisez ? Est-ce qu'un, il est performant ? Oui, non. Quel coût ? Comment l'améliorer ? Voilà. Après une fédé, elle peut créer un groupe de travail, un groupe de parole en interne, les gens, les différents porteurs de projet de CPTS échangent là-dessus. Ça peut être aussi la fédé qui se rend compte que, toutes les CPTS remontent à peu près le même manque dans ses outils. Après si vous appelez Windows en lui disant ton outil, il ne me plait pas, peut-on supprimer telle ou telle chose, est ce qu'ils vont répondre.

Interviewer : Je ne pense pas non plus

Répondant : Cependant, si vous êtes une fédé et vous pouvez poser la question. Puis, si personne vous répond, rien ne vous empêche de travailler à la réalisation d'un outil. Voilà, je ne sais pas si c'est plus clair dans votre esprit.

Interviewer : Un peu,

Répondant : non, excusez-moi, je ne sais pas si c'est clair dans votre esprit, c'est-ce que j'arrive à faire passer le message ?

Interviewer : Oui, oui, je vois un peu mieux. Je pense que je verrai encore plus quand je réécouterai les enregistrements et que je ferai mes retranscriptions.

Répondant : Et puis, on pourra en reparler.

Interviewer : bien sûr, bien sûr, mais je pense qu'il y a énormément à dire, avec un contexte et des informations que j'ai du mal à trouver sur Internet

Répondant : Pour ça, vous ne pouvez pas trouver ça.

Interviewer : C'est très intéressant. Maintenant, si l'on se concentre un peu plus sur la place du pharmacien au sein de la CPTS, selon vous, quel est l'intérêt pour un pharmacien d'intégrer une CPTS ?

Répondant : Il est énorme. Alors, c'est toute la difficulté du message qui a à faire passer au niveau des confrères. Sur quand on discute, que ce soit avec les pharmaciens ou avec tous les confrères. Oui, les pharmaciens et les autres professionnels de santé doutaient au départ de l'utilité d'une CPTS, " A quoi ça sert ce machin ? ". De toute façon, j'effectue déjà des exercices coordonnés, je connais mon dentiste, je connais mon métier, etc. Etc. Alors si au début, essayez de faire passer le message que ce n'est pas que les gens travaillent mal. Mais, c'est de leur donner un cadre pour les rassurer quelque part et faire en sorte qu'ils travaillent dans un cadre qui est plus sécurisé. Tous les professionnels, au début, sont passés par une phase de doute, en se demandant si ça vaut le coup de travailler, de monter une CPTS. Tous ceux qui sont passés ne sont jamais revenus en arrière. Bien sûr qu'il va y avoir un intérêt. Moi, aujourd'hui, je ne connais pas une CPTS qui a été dissoute. Tout bêtement, moi aussi, j'ai le 06 des médecins qui sont autour de la pharmacie. Cependant, ce que je peux vous assurer, c'est qu'il y a des fois où, avec la même demande d'un patient, la réponse ne sera pas automatiquement la même en fonction du médecin, qui est le médecin traitant. Ce n'est pas

sain comme comportement. Ce n'est pas normal. Le travail, on en a parlé tout à l'heure. Peut-on éplucher les différentes missions de CPTS ?

Interviewer : Oui, oui, oui,

Répondant : Alors la place du pharmacien. La place du pharmacien dans, par exemple la première mission, qui est très, très clairement médico centrée sur le fait que chaque patient dans un territoire a un médecin traitant. Il y a clairement un travail à faire ensemble sur un territoire et de définir avec l'assurance même maladie sur comment améliorer certains curseurs. Si l'on s'aperçoit qu'il y a énormément sur un territoire donné, il y a beaucoup de personnes entre 20 et 50 ans qui relèvent de la C2S. Vous savez ce que c'est ?

Interviewer : Je ne l'ai pas en tête

Répondant : C'est la CMU. C'est la contraction de ACS : assurance complémentaire santé et CMU, maintenant, on dit C2S. Donc, on définit un critère, par exemple, l'assurance maladie me dit qu'il y a un gros trou. Sur les personnes qui relèvent de la C2S entre 20 et 50 ans. Eh bien, on a le droit, nous pharmaciens de flécher les patients, on a des outils qui sont faits pour ça. Pour essayer de les questionner. Puis derrière, il y a le fameux médecin correspondant. Il faut d'abord aller repérer les patients, donc là, il y a peut-être un travail à faire, de dire, on peut relever les personnes. Il y a aussi le fait libérer du temps médecin. Là, il y a peut-être un temps d'options à trouver en dix ans pour que les médecins aient plus de temps libre pour accueillir cette personne. Et, dire écoute, tel patient est stabilisé. Je te propose qu'avec le statut de pharmacien correspondant de t'alléger ton temps de travail, mais ce n'est pas pour te piquer ton boulot. On définit ensemble le protocole de Mme Michu, elle prend son même médicament contre la tension depuis 5 ans. Donc, madame Michu, au lieu de venir te voir, elle va passer me voir à la pharmacie. Puis, on va définir ensemble quel protocole de suivi tensionnel, on va prendre. Moi, je tiens au courant le médecin comme quoi, j'ai vu madame Michu

Interviewer : Cela serait facilité par les CPTS.

Répondant : Oui voilà un exemple. Voilà comment un pharmacien peut rentrer comme acteur d'une mission. Les soins non programmés, en Charente, avec la covid, jamais un patient qui avait mal aux dents avait été si bien pris en charge. Le travail s'est fait d'emblée.... Les cabinets dentaires ont été fermés. Il y avait les urgences, il nous a fallu quelques jours. Le syndicat des dentistes qui prend contact avec le syndicat des pharmaciens et qui lui dit : voilà ce que voudrait mettre en place, tu es partant ou pas. Oui échanges de mails, tout le fichier des pharmaciens avec les mails chez les dentistes. Ils ont mis un numéro. Soudain, il y avait ce que tout pharmacien rêve, il y avait une réponse à apporter à quelqu'un qui arrivait avec un mal de dent.

Interviewer : Je vois

Répondant : Vous vous rendez compte, il y avait une réponse à apporter. Voilà autre chose qu'un Doliprane. Ah oui, mais j'ai vraiment mal, j'ai déjà essayé Doliprane, est-ce que je peux prendre un peu plus ? Non, tu prendras du Doliprane parce qu'en gros aujourd'hui c'est ça et l'on n'a pas d'alternative. On n'a pas autre chose. Alors, il y a peut-être des protocoles à mettre en place, en partenariat avec les dentistes, en partenariat avec le centre 15, sur les

pansements, sur plein de choses, on évite des passages aux urgences. Les soins non programmés. Là, on l'a vu avec la COVID, mais ça nous est déjà arrivé. Sur des épisodes de gastro, sur des épisodes de fortes chaleurs, sur des épisodes de grand froid, sur des épisodes... il y a des fois où l'on apprend des choses. Il faut bien définir des parcours exceptionnels à situation exceptionnelle et c'est essayer de prévoir ce genre de choses. Voilà l'organisation des parcours. C'est clairement la sortie hospitalière. Alors, on parle toujours de sortie, mais dès fois, on pourrait parler de l'entrée. Pour ce qui concerne le pharmacien, c'est forcément tout le travail sur la conciliation médicamenteuse. C'est aussi la sortie hospitalière. C'est aussi l'organisation des parcours, moi, j'en ai ras-le-bol quand quelqu'un passe aux urgences et qu'il me réveille en pleine nuit. Je fais mon boulot. Voilà, je lui sors, il s'est cassé la gueule, je lui sors son kétoprofène et son paracétamol. Et, en discutant avec lui, " ils vous ont donné quelque chose aux urgences". Oui, quoi ? Un comprimé blanc ? Et là que faites-vous ? Parce que c'est bien là, vous lui dites : vous avez ça, mais vous ne le prenez pas et vous attendez demain matin 10 heures. Là, il y a un travail à faire.

Interviewer : Oui un travail d'information et de partage.

Répondant : Quand vous prenez une assemblée de praticiens libéraux, quand vous voulez tous les mettre d'accord, vous tapez sur l'hôpital. À l'hôpital, si vous avez envie que tout le monde soit d'accord, vous tapez sur les libéraux. Je pense qu'il faut que l'on se connaisse et que l'on mette à plat nos petits problèmes entre les uns les autres. Voilà quelques outils, il faut que l'on communique. Il y a des parcours vachement bien. Par exemple, j'en connais. Des chirurgiens, avant d'opérer, appellent le kiné. Et, disent, je vais opérer le genou de ce patient. J'ai besoin de temps, de séances à sa sortie d'hôpital. Quand est-ce que tu es disponible ? Le kiné lui dit cette semaine OK. Le chirurgien va opérer et quand le patient sortira, il y aura une prise en charge hyper rapide, hyper sécurisée. Il ne sera pas dans l'inquiétude. Le kiné sera content parce qu'il aura accompagné un nouveau patient et il sait ce qui aura été fait. Le chirurgien saura que son patient est bien pris en charge et il aura un bien meilleur retour. Voilà, ça s'appelle de l'organisation, ça s'appelle de la qualité et tout ça derrière, c'est quand même le patient. En vérité, c'est le patient qui est mieux traité. Derrière, il y a aussi les professionnels qui travaillent mieux.

Interviewer : Tout à fait. C'est finalement la conclusion, on obtient une meilleure coordination et un meilleur réseau.

Répondant : Je ne sais pas si vous avez fait beaucoup d'officines, mais l'exemple type que l'on avait pendant un temps. J'ai découvert quelque chose sur les thromboses dues au cancer. Traitement héparine pour six mois. Vous avez déjà vu des prescriptions d'héparines pour six mois ?

Interviewer : Il ne me semble pas, en général, c'est sûr des sorties d'hôpitaux après une chirurgie.

Répondant : une première fois où vous voyez une prescription d'héparine pour six mois, vous dites c'est six mois ou six semaines.

Interviewer : Oui

Répondant : Et puis, forcément, vous n'avez pas forcément le patient devant. C'est une sortie d'hôpital avec un patient cancéreux. On cherche la prescription pour l'infirmière pour le suivi des plaquettes. Parfois, on la demande, avez-vous une prescription pour l'infirmière ? Non ? Oh non, ils n'y ont pas pensé. Eh bien, s'ils y ont pensé, mais sauf que comme ce sont des personnes cancéreuses, ils sont suivis comme le lait sur le feu au niveau de la formule sanguine. Donc, il n'y a pas besoin de faire des suivis de plaquettes en ville puisqu'ils vont toutes les semaines en onco. La prescription est pour 6 mois. C'est pris en charge, cependant, ce qu'il faut savoir, c'est que quand les patients ont des traitements anticancéreux, il peut y avoir des pertes de poids. Donc c'est là où il faut être vigilant sur le poids des patients puisque s'il y a quelque chose à modifier, c'est peut-être le dosage de l'héparine, etc. Etc. Quand tout le monde a eu cette info. Quand tous les professionnels ont le même discours auprès du patient ou des patients, il est sécurisé. Le patient sort d'onco où il est crevé, etc. Première question, il voit tout de suite la prescription, ou alors, il envoie un commissionnaire qui lui dit "le pharmacien il a fait une drôle de gueule quand il a vu la prescription. Il a dit normalement, tu aurais dû avoir une prise de sang par une infirmière. Pourquoi tu n'en as pas ?" C'est tout. Ce sont de tout petits trucs qui apportent de l'inquiétude.

Interviewer : Je vois, je vois

Répondant : C'est un petit exemple,

Interviewer : Oui oui, c'est bien quand c'est illustré aussi

Répondant : pourquoi ? Pourquoi aujourd'hui ? Exemple au quotidien toutes les ruptures que l'on a sur les médicaments. Vous en avez entendu parler ?

Interviewer : Oui, il y a plein de raisons.

Répondant : Il y a plein de raisons. Oui, bon. Si rupture. Que fait-on aujourd'hui au comptoir ? Quand on dit ah, il y en a plus ?

Interviewer : je connais un peu

Répondant : et là, qu'est-ce qui se passe ? Le premier pharmacien qui dit merde, il y a plus de valsartan et il envoie l'info à tout le monde.

Interviewer : Ah oui, je me souviens. Parfois, on appelait les autres pharmacies pour savoir s'il n'y avait pas de produit.

Répondant : Parfois, on a la chance d'en trouver dans une autre pharmacie. Si ce sont des produits qui tournent bien, tout le monde est en rupture ou carrément dans les 3 jours. Vous ne croyez pas qu'il pourrait y avoir une démarche intelligente sur un territoire en disant voilà tel produit le valsartan, on est en rupture. J'ai eu le cardio préconise cet autre traitement. On change de Sartan et voilà en gros les équivalences. On peut aussi changer avec un suivi tensionnel une semaine après. Mais, c'est un exemple que je donne sur comment on pourrait mettre en place une organisation entre professionnels !

Interviewer : Je vois à peu près comment le pharmacien pourrait se placer pour tous ces types différents de mission.

Répondant : Le pharmacien peut se placer aussi dans la dernière mission optionnelle : l'attractivité des territoires. C'est comment sur un territoire qui est à 120 km de la fac ? On va voir le maire. En lui disant, je viens, moi, pharmacien, je me démerde pour avoir mon agrément de maître de stage. Le cabinet médical en face, ça y est, le médecin est OK, il va prendre des stagiaires. Le kiné aussi, est-ce que tu ne peux pas nous financer, nous trouver un ou deux apparts ou que l'on puisse loger nos étudiants ? et le maire, il peut dire voilà, il y a des fonds comme ça qui peuvent parce que, et l'on est tous très fortement impactés dans nos parcours sur les premiers stages professionnels que l'on a faits.

Interviewer : Oui, c'est bien vrai

Répondant : Ben oui, on peut avoir fait un stage. Je ne suis pas moi dans le milieu ou dans une zone d'éducation prioritaire. Puis, on tombe sur un titulaire qui est sympa et qui nous explique comment ça fonctionne. Puis, on débarque en milieu rural par hasard. Puis, on y trouve vachement bien ou à l'inverse.

Interviewer : Et oui, bien sûr, surtout un étudiant,

Répondant : alors que si propose un stage dans un endroit sympa en lui disant qu'il est logé. Déjà, ça ouvre des perspectives. Découvrir d'autres endroits. Je ne sais pas ce que vous en pensez ?

Interviewer : Ah non, non, c'est sûr, c'est en rendant l'opportunité plus attractive que ça va attirer du monde.

Répondant : après ça ne va pas résoudre tous les problèmes de démographie médicale.

Interviewer : Je ne pense pas.

Répondant : Si vous trouvez un coin paumé où vous avez fait un stage hyper sympa. Si votre copine et il y a que le théâtre qui l'intéresse, ça va être dur de l'amener.

Interviewer : Ah ça, ça ne va pas être évident.

Répondant : C'est vrai, mais Voilà.

Interviewer : Qui ne tente rien n'a rien. Du coup, j'ai encore quelques petites questions. Selon vous, qu'est-ce que ce nouveau modèle d'exercice coordonné inspire à vos confrères les pharmaciens ? Qu'avez-vous pu entendre des pharmaciens que vous avez pu croiser ? Est-ce que c'est plutôt bien reçu ou c'est assez mitigé ?

Répondant : Je ne connais pas de CPTS où il n'y a pas de pharmaciens. C'est ce qu'ont fait tous les jours. Reprenez le Livre blanc de l'Ordre. Sur la vaccination, sur ce genre de choses, tous ces combats qu'il y a eus. Sur le pharmacien correspondant ? Ce n'est pas travaillé à la place des autres, c'est en complément quand on voit la vaccination. Vous avez vu le taux de couverture comme il a augmenté ?

Interviewer : Ce n'est pas comparable, on décuple les vacinateurs.

Répondant : Et alors, c'est quoi le plus important, c'est la qualité du professionnel qui injecte ou c'est le fait qu'il y ait plus de personne vaccinée. C'est le diplôme du mec qui pousse ou c'est plus le taux de population couvert le plus rapidement possible par la vaccination ? Quelle est la question ?

Interviewer : Le taux et la qualité de l'injection aussi. Je ne parle pas du diplôme. Je parle de la qualité.

Répondant : Oui, mais moi pour mon discours.

Interviewer : Oui, bien sûr.

Répondant : Vous vous rendez compte où l'on en est maintenant quand on appelle le médecin. Quand on appelle pour discuter d'une analyse. Non, mais enfin, on n'est pas là pour pousser des boîtes. Il y a un rôle de prise en charge globale. On est les seuls professionnels de santé qui à un moment rencontrons cent pour cent des patients et sans rendez-vous.

Interviewer : On en a pas mal d'avantage et des cordes à notre arc.

Répondant : Moi, j'ai découvert le merdier des rendez-vous avec la vaccination. Alors, un gars qui s'ajoute ou un gars qui s'enlève sur des tests, à la limite, bon ce n'est pas très grave. Cependant, alors quand c'est une vaccination, vous avez prévu multiple de 7 pour les Pfizer, type 2, 11 pour le Moderna Multiple, de 5 pour le Janssen et que le gars n'y vient pas. Là, on a découvert les problématiques d'autres professions.

Interviewer : Tout à fait, c'est le type de mission auquel il nous manquait, un type de logistique, on va dire. Du coup, selon vous, l'adhésion des pharmaciens au sein des CPTS devrait être totale si je vous suis ?

Répondant : Oui. Puis, il y a aussi des missions et des protocoles. Aujourd'hui, il y a la conjonctivite, il y a un protocole cystite pour dispenser de la fosfomycine en urgence, il y a différents protocoles qui sont mis en place, qui vont pouvoir être mis en place que si le pharmacien fait partie d'une structure coordonnée. Il y a plein de choses à faire.

Interviewer : Et la liste est très longue,

Répondant : la liste est très longue.

Interviewer : Et comment vous pouvez expliquer les différentes raisons de possibles non-adhésions de certains pharmaciens. Ça existe ? Pour avoir fait plusieurs entrevues. J'en ai entendu quelques-unes.

Répondant : Moi, quand j'ai expliqué en assemblée générale. Ce que c'était auprès des pharmaciens, ce que c'était que les CPTS, tandis que tout le monde avait des yeux comme ça. Qu'est-ce que c'est que ce machin ? À quoi ça sert ? Non, mais je veux surtout que les pharmaciens ont été échaudés par l'accord conventionnel de l'exercice coordonné précédent qui était sur les maisons de santé. Quand la ssa a été mise en place, tout a été fait pour exclure le pharmacien. Avec des problèmes de TVA, etc. Ce dont vous parlez tout à l'heure des problèmes de rémunération, c'est-à-dire qu'il y en avait qui étaient sous-payés.... Ce fut un

bordel. Donc, il y en a quelques-uns qui ont été échaudés. Les CPTS, ce n'est pas la même chose. Je pense qu'il y a peut-être un problème de pédagogie. Moi, je vous assure qu'il est vrai que la première fois que j'ai expliqué le concept de CPTS en assemblée générale. Personne n'a sorti le champagne,

Interviewer : ça n'a pas fait mouche ?

Répondant : Non, par contre, une fois que l'on a bien expliqué et que l'on voit ce qui est en train de se monter, de nombreux pharmaciens m'appellent pour en parler. De plus, tous ceux qui font partie des groupes de travail me disent que ça avance. C'est bien. On se parle, on se connaît. Chacun comprend les problématiques des uns et des autres. Pour moi, ce sont plus des connaissances, je ne vois pas de doute aujourd'hui. Oui, c'est compliqué de monter une association, de rédiger des statuts, de faire un règlement intérieur pour manager le projet. Oui, oui, mais attendez. Quand vous voyez les montants, est-ce que vous croyez que les pouvoirs publics vont vous verser 100 000 euros sans avoir un compte, avec une asso, avec un truc un peu blindé derrière ? Oui, c'est compliqué. Oui, ça, je le comprends. Il y a une sémantique particulière. Une fois que l'on y est, ça ne rétropédale pas.

Interviewer : Du coup, ce qui manque un peu, c'est sur ce type de pharmacien, c'est la vision du concret. C'est la vision du concret de comprendre vraiment l'utilité de ce dispositif.

Répondant : C'est ce que ça peut apporter.

Interviewer : Qu'est-ce que ça peut apporter ?

Répondant : Bien, je pense que c'est plus ça.

Interviewer : Pour finir avec quelques questions, je ne vais pas vous déranger plus longtemps. Si on se projette un peu plus sur le futur, selon vous, quel avenir à ce dispositif et comment il va évoluer ?

Répondant : Je ne vois pas comment le pharmacien peut travailler tout seul dans son coin. Voilà moi, l'évolution, c'est moi pour moi, le pharmacien est un véritable acteur de santé publique qui travaille main dans la main avec, avec un infirmier, avec des médecins généralistes et des dentistes, etc. Il n'y a pas de travail, pas dans son coin. On est là pour prendre en charge des patients. Voilà alors plus loin, c'est comment on s'organise sur un territoire pour améliorer la couverture vaccinale. Il y a des moments où la préparation des doses administrées et si l'infirmière passe tous les jours, tous les jours au domicile du patient, c'est elle qui fera le pilulier. Puis, il y en a d'autres qui seront autonomes, mais ils auront envie d'avoir un petit coup d'un coup de main par le pharmacien.

Interviewer : bien sûr et pour vous, quels sont les leviers de réussite pour la bonne construction d'une CPTS ?

Répondant : À partir du moment où les professionnels de santé se sont organisés, qu'ils communiquent sur les différentes perspectives. Une fois que ça se met en place, qu'il y a une réussite et une bonne entente avec le Centre hospitalier de proximité. Que l'Assurance maladie ne mette pas des bâtons dans les roues si des indicateurs pour la réussite de certaines missions ont été mal choisis. On veut peut-être un peu trop bien faire ou que s'il y a des freins

parce que vous définissez, une stratégie en disant, je veux tant de personnes. Voilà aujourd'hui 80 pour cent de patients qu'a un médecin traitant sur le territoire. Je suis arrivé à 90. Puis badaboum, badaboum. Vous avez un médecin qui décède

Interviewer : oui,

Répondant : Ça arrive et là, ça remet en cause tout le travail réalisé. Je veux dire donc que c'est de la souplesse vis-à-vis des partenaires.

Interviewer : OK, je vois, j'ai à peu près posé toutes les questions que je m'avais notées. Je vous remercie, mais vous avez apporté beaucoup d'informations.

Répondant : Eh bien, c'est fait pour ça.

Interviewer : Et oui, tant mieux.

Répondant : N'hésitez pas à m'appeler au téléphone. Je suis beaucoup plus disponible par téléphone.

Répondant : vous me donnerez des nouvelles sur l'avancement de votre projet.

Interviewer : Oui

Répondant : bonne journée.

Interviewer : Merci à vous aussi.

Interview X7 :

Répondant : Je vais commencer par vous présenter l'Assurance Maladie.

Interviewer : Je la connais un peu.

Répondant : Je ne sais pas si vous avez connaissance des missions du service médical lors de la création des CPTS ? Les médecins-conseils vont conseiller les différents opérateurs de la caisse primaire de l'assurance maladie dont les référents des organisations coordonnées (ROC).

Interviewer : Si je comprends bien, on a différents services qui vont interagir ensemble ?

Répondant : Effectivement. Avez-vous pu consulter sur le site internet « Ameli.fr », les chapitres ayant trait aux exercices coordonnés ? Les descriptifs des CPTS ?

Interviewer : Oui, j'ai pu consulter de nombreux sites pour ma revue de la littérature et bien comprendre cet exercice.

Répondant : Actuellement, au sein de l'équipe du service médical, le pharmacien-conseil n'est pas associé au processus de créations des CPTS, mais certains médecin-conseils le sont. Ils vont établir des partenariats avec les différents interlocuteurs de l'assurance maladie dont le Référent des Organisations Coordonnées (ROC) qui a pour mission de promouvoir l'exercice coordonné auprès des Professionnels de Santé.

Interviewer : Aujourd'hui, vous êtes pharmacien-conseil à l'assurance maladie ?

Répondant : Oui.

Interviewer : Et quel est votre rôle au sein de l'assurance maladie ?

Répondant : Les pharmaciens conseils apportent leurs expertises auprès des caisses primaires dans leurs champs d'activités relevant du domaine pharmaceutique et biologique. Nous avons des missions d'accompagnement des professionnels de santé, mais également du contrôle des prestations facturées par les pharmaciens et /ou biologistes et/ou infirmiers.... Nous contribuons également à la gestion du risque par des actions de maîtrise médicalisée sur les dépenses de médicaments, par exemple.

Interviewer : Comme vous l'avez précédemment précisé, vous n'avez pas de rôle direct lors de la construction des CPTS ; mais, est-ce qu'après, dans le suivi, vous avez un rôle particulier ?

Répondant : Non, aujourd'hui ce sont exclusivement les médecins-conseils, mais peut-être que, dans un second temps, nous serons associés au suivi de ces exercices coordonnés. En termes d'organisation territoriale, il y a approximativement une caisse primaire d'assurance maladie au niveau de chaque département. Sur la Haute-Garonne, deux médecins conseils sont plus particulièrement en charge de ces dossiers.

Interviewer : Et comment s'articulent ces nouvelles missions pour les caisses primaires ? Quel est leur rôle dans la construction des CPTS ?

Répondant : Je pense que ceci est bien repris et présenté sur le site Ameli.fr et plus particulièrement lors de la signature de l'accord-cadre interprofessionnel (ACI) pour chaque nouveau projet de CPTS créée.

Interviewer : Oui, c'est un élément essentiel.

Répondant : Oui, après signature de l'ACI, le porteur de projets va être accompagné avec l'aide des ROC, tout en veillant à ce que l'ensemble des territoires soit couvert. Les médecins conseils peuvent procéder à des relectures des projets de soins et des lettres d'intentions. Sur le suivi à trois mois, six mois, neuf mois, ils peuvent être sollicités sur les indicateurs de la CPTS.

Un pharmacien conseil de la région de Montpellier a travaillé sur ces CPTS et a établi un état des lieux des CPTS en construction dans l'Hérault. Nous n'avons pas encore eu les retours de cette analyse. Aussi pour l'instant, nous ne sommes pas spécifiquement associés à la création et au suivi, peut-être dans un deuxième temps puisque cela a déjà fait l'objet de travaux par un confrère.

Interviewer : C'est intéressant. Cela peut être une évolution pour le pharmacien au sein de l'assurance maladie.

Revenons sur un autre point, il me semble qu'une de vos missions est aussi de sensibiliser les étudiants en pharmacie sur les nouvelles missions du pharmacien définies conventionnellement. Pourriez-vous me préciser comment cela s'organise ?

Répondant : Vous souhaitez que je précise ce qui est fait auprès des étudiants concernant les exercices coordonnés au sein des CPTS ?

Interviewer : Oui, exactement.

Répondant : Dans le cadre de la visioconférence auprès des étudiants de 6 années en pharmacie, actuellement, il n'y a pas d'accompagnement sur ce thème, mais plutôt sur les nouvelles missions conventionnelles

Chaque année, après concertation avec la faculté de pharmacie, les thèmes qui vont être développés, sont choisis. L'année dernière, on avait présenté la conduite des entretiens pharmaceutiques lors de chimiothérapies orales. Avec les autres pharmaciens conseils qui participent à ce programme, nous avons décliné un diaporama qui avait été rédigé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en l'adaptant afin qu'il ne soit pas trop long pour la présentation. Nous avons mis l'accent auprès des stagiaires sur l'utilisation des fiches de suivi téléchargeables sur le site ameli.fr, seules ces fiches sont opposables.

Un entretien pharmaceutique chimiothérapie orale réalisé par le pharmacien avec des fiches issues d'un groupement, d'un laboratoire pharmaceutique...etc. ne serait pas conventionnel, seul le guide paru au Journal Officiel prévaut.

Après ce thème principal, une présentation du site ameli.fr destiné aux pharmaciens a été présentée. Le site est riche d'informations sur la dispensation pharmaceutique qui peuvent être nécessaires au cours du stage.

La visioconférence est réalisée entre janvier et juin au cours des six mois de stage. En 2023, l'accompagnement pharmaceutique pendant un traitement par chimiothérapie orale nous semble toujours un élément important. Ce thème sera probablement complété par certains éléments de la nouvelle convention qui a été signée en mars 2022.

Interviewer : Comment interagissez-vous avec les étudiants lors de ces ateliers ? Est-ce que ce sont des travaux de réflexion ou il s'agit d'une présentation orale ?

Répondant : Il s'agit d'une présentation en visioconférence qui dure entre 45 min et 1 heure au cours de leur stage en officine, le maître de stage en est informé au préalable. Les étudiants se regroupent par trois ou quatre, après une inscription sur un agenda électronique.

Interviewer : Comment évaluez-vous l'intérêt des étudiants sur ces nouvelles missions et sur ce qui leur est présenté ?

Répondant : Pour l'instant, nous n'avons pas eu de retours négatifs, ni des maîtres de stage ni des étudiants.

Concernant l'exercice coordonné, les étudiants m'ont informé que celui-ci avait été présenté en cours de législation avant le stage.

La mise en place des CPTS se fait avec l'assurance maladie, mais également avec l'ARS. Un de ces représentants participe aux réunions d'accompagnement. Il y a un suivi régulier avec des

indicateurs de suivi. Comme nous l'avons dit précédemment, ce sont des équipes dédiées au sein de l'assurance maladie, avec, pour l'instant plutôt des médecins conseils et des ROC. Le suivi se fait tout au long de l'année en fonction des différentes demandes, des dates anniversaires, en fonction des protocoles de soins qu'ils ont signés et des éventuelles difficultés relevées.

Récemment, la problématique de l'accès au médecin traitant a été évoquée par une des CPTS, sachant que cela figure dans ces missions, mais que l'indicateur est parfois difficile à atteindre. Vous avez dû l'étudier au cours de votre préparation de thèse, il s'agit d'une des principales missions au sein de leurs territoires.

Interviewer : Oui, effectivement, c'est l'une des premières missions socles.

Répondant : Il me semble qu'actuellement la communication ou les informations concernant l'exercice coordonné est plutôt orientée envers les professionnels de santé. Seuls les étudiants en stage dans une officine, où un exercice coordonné est déjà mis en place, l'appréhendent concrètement.

Interviewer : Selon vous, est-ce qu'il y aurait un intérêt à sensibiliser les étudiants sur ces exercices coordonnés, en plus de ce qui peut être fait à la faculté ou par l'assurance maladie ?

Répondant : L'actualité de l'assurance maladie est actuellement rythmée par la nouvelle convention pharmaceutique signée en mars 2022. Elle comporte beaucoup d'items, il a fallu faire un choix dans les sujets à développer auprès des étudiants. Le choix s'est naturellement porté sur les accompagnements que peuvent réaliser les pharmaciens sur les traitements oraux de chimiothérapies. Progressivement, on assiste à un glissement de la rémunération du pharmacien non plus basée uniquement sur le prix du médicament, mais complétée par une rémunération à l'acte.

La crise de la COVID a plongé la profession dans de nouveaux modes d'exercice, dont celui de la réalisation des tests antigénique pour l'orientation diagnostique de COVID, avec une rémunération à l'acte comme on peut l'observer pour les accompagnements pharmaceutiques. La rémunération à l'acte, accélérée par la crise sanitaire, était déjà inscrite dans la précédente convention et reprise dans la nouvelle, par exemple l'ouverture au pharmacien de tout le champ vaccinal. Également, on peut citer le pharmacien correspondant qui perçoit une rémunération pour chaque patient pour lequel il a effectué au moins un renouvellement ou une adaptation posologique. Cependant, pour l'instant, la rémunération est réservée aux pharmaciens exerçant dans des officines situées dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante : les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC)

Interviewer : C'est un peu comme les protocoles de coopérations entre pharmaciens et médecins, où les pharmaciens peuvent délivrer certains antibiotiques selon le protocole mis en place au sein d'un exercice coordonné (CPTS, MSP)

Répondant : Oui, cela recouvre des protocoles validés par l'HAS pour la prise en charge directement en pharmacie de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles, de l'**odynophagie**.

Interviewer : oui, j'ai donné cet exemple que j'avais en tête

Répondant : Actuellement, je ne mesure pas l'emprise de ces nouveaux protocoles de coopération : s'ils sont beaucoup utilisés ou pas. Cela complète la rémunération mise en place au titre de pharmacien correspondant dans les ZAC et ZIP.

Interviewer : Ah oui, oui, je vois

Répondant : C'est-à-dire que si le patient désigne son pharmacien comme pharmacien correspondant et si le pharmacien pratique un exercice coordonné au sein d'une ZAC et ZIP, il percevra une rémunération s'il fait des renouvellements de traitements chroniques, ou s'il ajuste la posologie. On observe une évolution du métier de pharmacien.

Interviewer : Ah oui, c'est sûr. Le métier est en plein changement.

Interviewer : D'accord, concernant les étudiants et par rapport à ce qui avait déjà été fait par exemple à Montpellier, selon vous et votre expérience, quels seraient les principaux axes de communication à mettre en avant auprès de ces étudiants pour les sensibiliser aux exercices coordonnés dans le futur ?

Répondant : Déjà, je pense qu'il faut leur présenter les principes, de manière un peu théorique. Il me semble qu'il n'y a pas eu beaucoup de communication aujourd'hui auprès des étudiants, mais c'est un point de vue personnel.

Ce qu'il faut surtout mettre en avant, c'est l'interprofessionnalité qui enrichit le métier de pharmacien. C'est surtout cette notion qu'il faut mettre en valeur, il peut y avoir des interactions avec le médecin, avec un infirmier (sur les choix des pansements par exemple), avec un kiné (sur le choix des prothèses...) etc.

Interviewer : Ne pensez-vous pas qu'après cette présentation théorique, la mise en pratique pour les étudiants au cours des stages officinaux de sixième année serait enrichissante ?

Répondant : Oui probablement. Cependant, je ne sais pas si c'est facilement réalisable, car tous les maîtres de stage agréés ne travaillent peut-être pas tous au sein d'une CPTS.

Oui, effectivement, si la faculté a la capacité d'ouvrir des stages dans des CPTS, oui, forcément cela peut être un levier.

Interviewer : Oui, tout à fait un levier qui pourrait entraîner l'intérêt des étudiants.

Répondant : Oui, l'assurance maladie n'intervient actuellement sur cette problématique.

Interviewer : Est-ce que vous voyez comment l'assurance maladie pourrait intervenir pour stimuler cette adhésion et cet intérêt au cours du cycle ? Quand je parle au cours du cycle, je ne parle pas forcément de la sixième année. Est-ce que vous voyez des actions qui pourraient être mises en place ? Alors, c'est une question assez ouverte.

Répondant : Il est vrai que jusqu'à présent, nos effectifs ne nous permettent de développer une mission de formation, même si des missions ponctuelles peuvent être mises en place comme celle évoquée plus haut ou celle par exemple auprès des étudiants en médecine. Au cours de leur stage d'internat en médecine, deux vacations de présentations des différents services de l'assurance maladie sont planifiées dans nos services.

Pour les étudiants qui se destinent à l'exercice officinal, la réglementation sur l'assurance maladie, a déjà été abordée en cours de législation lors de l'étude de la réglementation sur le médicament. En médecine, les notions de législation de la sécurité sociale sont plus étendues et ont été peut-être abordée de façon succincte au cours des études de médecine, le stage leur permet d'aborder une partie pratique avec le médecin conseil et les assurés sociaux.

Après, c'est mon avis personnel, mais peut-être que l'assurance maladie pourrait avoir plus de moyens pour intervenir dans le cadre de la formation bien en amont. Nous avons une mission auprès de tous les professionnels de santé qui exercent afin de les accompagner dans la mise en œuvre de la convention, veiller au bon usage du médicament et les accompagner dans l'exécution de bonnes pratiques professionnelles.

Même si la création est ancienne, avec les pharmaciens correspondants, c'était déjà le début de la mise en place des exercices coordonnés.

Interviewer : Il me semble même que c'est peut-être en 2009, avec la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) que le pharmacien correspondant a été créé.

Répondant : Oui effectivement 2009, de plus, comme nous l'avons déjà développé, la crise sanitaire a poussé la profession à élargir son champ d'action dans de nouveaux modes d'exercice, étendu désormais à l'acte vaccinal.

De plus, il y a un autre item dans la convention qui va être étendu les prérogatives du pharmacien en matière de dépistage : prochainement, il pourra réaliser le dépistage des infections urinaires avec la possibilité de délivrer des bandelettes urinaires et de réaliser l'analyse du test.

Des espaces de confidentialité doivent être organisés dans les officines. Ces espaces peuvent servir pour les entretiens d'accompagnement en chimiothérapie orale, pour l'asthme, les AVK ou les AOD, les bilans partagé de médication. Les bases sont là à la profession de s'y investir.

Interviewer : Oui, c'est à la profession de s'y investir et de s'approprier ces nouvelles missions

Répondant : L'exercice coordonné est connu au cours de la formation, à ce jour, la profession et les facultés de pharmacie évoquent des difficultés de recrutement des jeunes pharmaciens avec les nouveaux processus d'admissions post bac. La réalisation d'exercice coordonné nécessite un recrutement régulier de pharmaciens.

Interviewer : Je pense qu'il s'agit d'un autre sujet.

Répondant : Oui, mais cela intervient également. Au cours de mes échanges avec les pharmaciens, lors du suivi conventionnel, il est évoqué à ce jour une problématique de postes libres de pharmaciens assistants. Donc, vous comprenez qu'une pharmacie d'officine, si elle n'arrive pas à recruter de collaborateurs, elle ne va pas rentrer et s'engager dans des CPTS.

Interviewer : Aujourd'hui, vous pensez que cela peut être un frein à la mise en place de ces nouvelles missions ?

Répondant : Oui, même si ce n'est probablement pas le seul, cependant cela peut constituer une entrave par manque de temps à y consacrer.

Par contre, je pense qu'une officine qui est déjà dans le processus en a vu les avantages. Avez-vous, vous-même travaillé au sein d'une CPTS ?

Interviewer : Non, mais j'ai réalisé plusieurs interviews avec des membres de CPTS, notamment des pharmaciens et certaines autres personnes qui parlent beaucoup sur les CPTS. Je vais les laisser Anonymes. Je parlais avec eux surtout de l'état de leurs CPTS, les freins qu'ils ont pu rencontrer lors de la construction des CPTS. J'ai identifié des facteurs et aussi des solutions qui pourraient être mises en place pour attirer plus de pharmaciens. Cela étant, je suis resté à l'étape d'idée. Une de ses idées, c'était aller à la base, notamment stimuler l'intérêt des étudiants, pour ensuite avoir un plus gros engagement quand on sort des études. Et, c'est quand Monsieur Stigliani m'a parlé de vous et a évoqué vos actions, je trouvais ça intéressant d'échanger avec vous pour avoir votre point de vue et votre opinion. Je ne cherche pas forcément ce qui est fait aujourd'hui par l'Assurance Maladie, mais ce qu'elle pourrait faire plus tard ?

En échangeant avec vous, je m'aperçois qu'aujourd'hui, peut-être la problématique n'est pas stimulée sur un sujet précis, mais entrer dans la pratique des missions du pharmacien d'une manière plus approfondie d'une part et d'autre part, attirer plus de gens vers cette profession.

Répondant : Ce qui me semble important, c'est la communication. Les professionnels implantés dans un territoire ou une CPTS qui est en train de se développer sont prioritairement informés et seront les meilleurs promoteurs de l'exercice coordonné. L'avenir dira, si des axes de communication complémentaires seront nécessaires.

Interviewer : J'ai pu aussi identifier des axes de communication locaux et nationaux. Je pense que les deux sont complémentaires.

Répondant : Oui, peut-être que dans des villes ou des communes plus petites, la communication se fait plus facilement. On peut très bien imaginer qu'au sein d'un village, un pharmacien soit d'emblée parti prenante, soit d'une MSP, soit d'une CPTS.

Avec les prospectives de démographie médicale, il y a cette problématique d'accès aux soins qui est vraiment préoccupante. Je vous rapporte un reportage télévisé dont le thème était la grande difficulté d'accès à un médecin traitant pour lequel le journaliste n'a pas apporté de solutions.

Interviewer : En effet, il s'agissait peut-être d'une question ouverte.

Répondant : Ils ont juste fait le constat alarmant de difficulté d'accès aux soins de proximité.

Interviewer : Comme on le sait, lorsque l'on s'écarte des grandes villes aujourd'hui, c'est compliqué d'avoir un rendez-vous chez un médecin.

Répondant : Non, mais même dans des grandes villes, cela peut être également observé. Le journaliste a présenté des zones blanches sur des cartes. Avec les CPTS, on est vraiment dans une notion de territoire, qui doit permettre le virage ambulatoire. Il me semble que par rapport aux étudiants en pharmacie, s'il n'y a pas une volonté de communication déjà tout simplement sur la théorie et après sur les aspects pratiques qui existent sur le territoire, il va être difficile pour l'étudiant en pharmacie de se projeter sur cet exercice. Si déjà, il ne sait même pas comment cela fonctionne localement, s'il n'en a pas eu les échos en tant qu'assuré social ou en tant que professionnel qui participe à une CPTS

Interviewer : L'un des principaux défis est que beaucoup de personnes ignorent l'existence des CPTS dans leur région. Il est difficile de toucher tout le monde, même si de nombreux canaux sont disponibles. Mon enquête a montré que tous les canaux ne sont pas équivalents et certains sont plus pertinents que d'autres. Pour les étudiants, il est essentiel d'avoir une solide base théorique, mais il est également important d'avoir une pratique concrète. Le retour d'expérience peut être capital pour comprendre comment la théorie s'applique dans la vie réelle. Rechercher de l'information sur Internet peut être difficile, surtout si l'on ne dispose pas d'une personne motivée et dynamique pour guider le processus. À mon avis, la CPTS peut rester à l'état d'idée si aucune action n'est entreprise aujourd'hui. Une de mes interviews a révélé que si l'on travaille avec les étudiants, on peut toucher les pharmaciens de demain et ainsi transformer l'exercice peu à peu. C'est mon point de vue personnel.

Répondant : En effet, dans le cadre de la formation, il pourrait y avoir une composante « retour d'expérience », notamment dans le cadre d'une spécialisation en pharmacie officinale, avec des présentations de cas et des témoignages. Tout d'abord, il est important d'expliquer la théorie, c'est-à-dire les notions de territoire et de porteur de projet. Il y a beaucoup de médecins qui sont porteurs de projets, mais je ne sais pas s'il y en a autant qui sont pharmaciens.

Interviewer : Oui j'en ai rencontré plusieurs

Répondant : Il est important de souligner que les pharmaciens peuvent être des porteurs de projet. Par conséquent, en plus de l'enseignement théorique, il est important d'inclure des retours d'expérience pour que les étudiants puissent se projeter dans différentes thématiques, car chaque projet de territoire de santé aura son propre retour d'expérience.

Interviewer : Est-ce que l'assurance maladie pourrait travailler avec la faculté pour réorganiser cela ?

Répondant : Les grandes orientations sont déterminées à l'échelle nationale et sont ensuite déclinées dans les régions et au sein des départements. Toutefois, je pense que cela serait intéressant à titre d'expérience. Si cela vient d'en haut, cela aurait un impact encore plus important. Cela signifierait également qu'il y a une demande de la profession. Nous sommes là pour soutenir la profession.

Interviewer : Il semble que, d'après mon observation et mon ressenti de la profession, la demande pour un changement n'est pas très forte en ce moment. Cela peut être dû au fait que les pharmaciens ont eu beaucoup à faire ces dernières années en raison de la pandémie de Covid-19, ainsi qu'à l'ajout de nouvelles missions chaque année, telles que la vaccination pour les vaccins obligatoires. Un des grands défis est la gestion du temps, qui est également lié à la disponibilité des pharmaciens. En fin de compte, tout est interconnecté, mais il y a toujours des mesures qui peuvent être prises pour améliorer la situation.

Répondant : Je me demande d'où viennent les CPTS ? Sont-ils le résultat d'une expérience au Canada ou aux États-Unis ? Où sont-ils le fruit d'une réflexion sur une nécessaire réorganisation territoriale ?

Interviewer : L'origine des CPTS est un sujet sur lequel j'ai dû écrire 30 pages. Elle est liée à l'évolution de la territorialisation de la santé et de l'exercice pluriprofessionnel en santé. Le point de départ remonte à 1914. La réflexion autour des CPTS a commencé au XX^{ème} siècle et s'est

développée au fil du temps, en particulier en raison de la notion de territoire et de la décentralisation des soins.

Interviewer : Retrouve-t-on ce même modèle, dans d'autres pays ?

Interviewer : Aujourd'hui, il existe des petits exercices coordonnés, mais le concept d'exercice CPTS n'existe pas dans d'autres pays. Il y a des structures qui peuvent être semblables, mais elles ne sont pas exactement les mêmes.

Répondant : Par exemple, je me rappelle des cercles de qualité, qui portaient également sur l'exercice pharmaceutique. Je pense qu'ils n'ont pas évolué autant que je le pensais. Cependant, j'avais compris que c'était quelque chose qui avait été importé, peut-être du Canada ou des États-Unis. Cependant, c'était très important. Les cercles de qualité se rapprochent un peu de ces notions, car ils sont multidisciplinaires et se concentrent sur une problématique donnée, permettant à chacun de présenter son point de vue. C'est ce que j'avais retenu, je ne sais pas s'ils ont beaucoup évolué.

Interviewer : Il y a plusieurs idées qui existent en matière d'exercices en santé, mais en pratique, il n'est pas toujours facile de les mettre en œuvre. Les cercles de qualité ont été identifiés en Suisse dans les années 1980-1990 et les miniexercices coordonnés, concentrés sur les médecins et les pharmaciens, ont été observés au Canada dès 2010. Lorsque j'ai analysé les pratiques en santé dans d'autres pays, j'ai constaté que les pays du nord tels que la Suisse, la Norvège et la Finlande, ainsi que les pays anglo-saxons et le Canada, étaient en avance sur ces sujets dans l'idée. Cependant, il existe encore des différences entre la théorie et la pratique. Bien que des actions aient été initiées, il semble que nous ne soyons pas encore à 100 % en termes de mise en œuvre concrète.

Répondant : L'Assurance Maladie se préoccupe de garantir un accès de qualité pour les soins médicaux, pharmaceutiques et dentaires. La CPTS joue un rôle en offrant l'accès aux soins à des populations qui en sont privés, ce qui s'inscrit dans cette préoccupation de l'Assurance Maladie. Il est important de prioriser les différents aspects de la prestation de soins. Les réflexions qui sont menées à Paris peuvent être déclinées à des niveaux régionaux ou locaux, mais cela nécessite une réflexion sur les axes à privilégier.

Interviewer : Je crois que ma thèse peut apporter des solutions. Par exemple, les pharmaciens peuvent encourager le développement des CPTS, ce qui pourrait entraîner l'émergence de ce genre d'organisations dans différents endroits.

Répondant : Avez-vous eu des interactions avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui est impliquée dans les CPTS ?

Interviewer : J'ai essayé, mais j'ai eu du mal à les avoir.

Répondant : Vous auriez peut-être pu atteindre un pharmacien de l'ARS ?

Interviewer : Je voulais obtenir des entretiens avec de nombreux acteurs de l'industrie pharmaceutique pour mon travail de thèse qui se concentre sur les pharmaciens. Malheureusement, j'ai eu du mal à obtenir une réponse de nombreux pharmaciens que j'ai contactés. Cependant, j'ai réussi à interviewer une coordinatrice de CPTS, une infirmière, un

membre de la Fédération nationale des CPTS, un ancien pharmacien du ministère qui a travaillé pour les CPTS, des chefs de projet et des fondateurs de CPTS, ainsi que des chefs de projet non-fondateurs. Cette variété de perspectives m'a permis d'avoir une compréhension complémentaire et diverse de l'industrie. La seule personne que je n'ai pas encore réussi à contacter est une personne de l'ARS, bien que j'ai essayé de le faire.

Répondant : Oui, parce que c'est un processus tripartite.

Interviewer : Pour conclure, pouvez-vous partager votre avis sur l'avenir de ce dispositif ?

Répondant : Je pense qu'à mesure que la convention prévoit une rémunération accrue pour des actes effectués dans le cadre d'une collaboration coordonnée, la charge de travail augmentera naturellement. La convention est un reflet de l'activité des professionnels de la santé. Par exemple, à ses débuts, les accompagnements étaient financés par ce que l'on appelle une rémunération basée sur des objectifs de santé publique (ROSP), ce qui signifiait qu'il y avait une somme globale qui était reversée l'année suivante, mais considérée comme trop tardive par la profession. À cet égard, des modifications et des avenants ont été obtenus. Aujourd'hui, les bilans sont rémunérés à l'acte. Ce que je veux dire, c'est que cela va dans le sens de votre thèse sur les étudiants en pharmacie et le futur pharmacien. Si les pharmaciens ne soutiennent pas la volonté de travailler en CPTS, cela sera moins défendu par la profession et ne sera pas repris conventionnellement. Cependant, il y a des objectifs majeurs de l'Assurance Maladie qui ne seront pas remis en question, mais il y a également la volonté de la profession. Il faut donc trouver un équilibre entre les deux pour déterminer si de nouveaux indicateurs seront ajoutés à la convention ou s'il y aura un avenant. Cela dépend de la volonté des deux parties, ainsi que de l'ARS qui représente l'État en matière de santé et qui a les mêmes objectifs que nous : une bonne coordination des soins et un bon accès aux soins. L'ARS peut également être un acteur clé.

Interviewer : Quelle est, selon vous, la clé du succès pour la bonne construction des CPTS ?

Répondant : Je voulais évoquer le sujet d'actualité qui est très discuté actuellement : l'accès au médecin traitant. Déjà, les objectifs fondamentaux de la CPTS sont en jeu ici.

Interviewer : C'est le premier objectif socle.

Répondant : L'accès à un médecin traitant est un sujet d'actualité qui préoccupe les citoyens. Si les CPTS peuvent se fixer comme objectif principal d'assurer cet accès, cela aura un impact considérable sur la population. Certaines officines rencontrent des problèmes, car leur patientèle n'a pas accès à un médecin généraliste, ce qui met en danger leur fonctionnement. Cela soulève aussi des questions sur l'entrée des étudiants en médecine et en pharmacie dans les professions de santé, avec en conséquence une réflexion sur le numerus clausus.

Interviewer : En effet, nous sommes de retour sur une réflexion du numerus clausus qui existe depuis de nombreuses années.

Répondant : Oui, je suis d'accord.

Interviewer : Bon, je crois que j'ai posé globalement toutes mes questions. Je vous remercie pour notre échange et je vous recontacte si besoin.

Répondant : Je vais essayer d'être assez réactive. En tout cas, je vous remercie beaucoup

Titre : L'avenir de l'engagement des pharmaciens dans les exercices coordonnés : focus sur les communautés professionnelles territoriales de santé

RESUME en français :

Le système de santé français est en perpétuel transformation, avec un objectif de coordonner les professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients. Cette transformation a été portée par le projet "Ma Santé 2022", qui prévoyait la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) regroupant des professionnels de santé autour de projets communs. Le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur de santé de proximité, a un rôle important à jouer au sein de ces CPTS. En effet, sa place de carrefour dans le parcours de soins des patients et sa proximité avec ces derniers en font un partenaire de choix pour la coordination des soins. Il est ainsi appelé à participer activement aux projets des CPTS en vue de l'amélioration de l'accès aux soins, de l'organisation des parcours pluriprofessionnels autour du patient, du développement des actions territoriales de prévention, de la qualité et pertinence des soins, et de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire. La question qui se pose aujourd'hui est quel est l'état des lieux de l'engagement des pharmaciens au sein des CPTS. Ce papier a permis d'identifier sa place au sein des CPTS ainsi que les freins et les leviers à leur intégration dans ces structures.

Titre et résumé en Anglais : The future of pharmacists' involvement in coordinated practice: focus on territorial professional health communities

The French healthcare system is undergoing a constant transformation, with the aim of coordinating healthcare professionals for better patient care. This transformation has been driven by the "Ma Santé 2022" project, which provided for the creation of Territorial Professional Health Communities (CPTS) bringing together health professionals around common projects. As a local health player, the dispensing pharmacist has an important role to play in these CPTS. Indeed, their position as a crossroads in the patient's care pathway and their proximity to patients make them a partner of choice for the coordination of care. It is thus called upon to participate actively in the CPTS projects with a view to improving access to care, organising multi-professional pathways around the patient, developing territorial prevention actions, quality and relevance of care, and supporting health professionals in the territory. The question that arises today is what is the current state of engagement of pharmacists within CPTSs. This paper identified their place within the CPTS as well as the obstacles and levers to their integration into these structures.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie**MOTS-CLES :** CPTS, Pharmacien, Exercices coordonnés, engagements**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**Faculté des sciences pharmaceutiques, Université Paul Sabatier,
Toulouse III, 35 Chemin des Maraîchers 31062 TOULOUSE Cedex 04**Directeur de thèse (Nom et Prénom):** Monsieur STIGLIANI Jean-Luc