



**HAL**  
open science

# Structuration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine : étude des freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Bergerac

Adrianna Anne, Marie Burtin

► **To cite this version:**

Adrianna Anne, Marie Burtin. Structuration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine : étude des freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Bergerac. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03198768

**HAL Id: dumas-03198768**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03198768>**

Submitted on 15 Apr 2021

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

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

**U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

Année 2021

Thèse n°35

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement

Par BURTIN, Adrianna, Anne, Marie

Née le 6 février 1995

Le 29 mars 2021

**STRUCTURATION DES PRATIQUES CLINIQUES  
PREVENTIVES EN PHARMACIE D'OFFICINE**

**Etude des freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la  
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Bergerac**

Sous la direction de :  
André NGUYEN et François ALLA

Membres du jury :

Mme BAUDRIMONT, Isabelle  
M. NGUYEN, André  
M. ALLA, François

Président  
Examineur  
Examineur



---

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur François Alla et Monsieur André Nguyen, pour avoir accepté de codiriger cette thèse. Merci pour vos conseils et d'avoir pris le temps de me guider dans ce travail.

Je tiens également à remercier Madame Isabelle Baudrimont, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury et de relire ce travail.

Merci aux pharmaciens qui ont accepté de faire l'objet de cette étude. Votre participation a permis de mener à bien ce travail.

Merci également à mes amis et mes collègues, pour votre bienveillance et pour ces beaux moments partagés.

Je tiens enfin à remercier ma famille et ma belle-famille, pour m'avoir soutenue durant toutes ces années.



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1 DE LA PROMOTION DE LA SANTE CONTEMPORAINE AUX MODES D'ORGANISATION DE L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE.....	1
1.1 <i>La déclaration d'Alma-Ata : prémices des soins primaires.....</i>	1
1.2 <i>La charte d'Ottawa et les déterminants de santé : piliers de la promotion de la santé contemporaine .....</i>	2
1.3 <i>La prévention et les pratiques cliniques préventives : enjeux du système de santé français .....</i>	7
2 DE LA LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES AUX COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE ..	11
2.1 <i>Pharmacien et cadre légal.....</i>	11
2.2 <i>Les acteurs de l'accompagnement du pharmacien dans ses missions .....</i>	14
3 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	20
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>21</b>
1 LE CHOIX DE LA POPULATION D'ENQUETE .....	21
2 LA METHODE DE RECHERCHE .....	21
2.1 <i>Choix de la méthode.....</i>	21
2.2 <i>Construction de l'échantillon.....</i>	22
2.3 <i>Recrutement des enquêtés.....</i>	22
2.4 <i>Recueil des données .....</i>	23
2.5 <i>Analyse des données .....</i>	24
<b>RESULTATS .....</b>	<b>27</b>
1 FREINS ET LEVIERS DES RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS CORPS DE METIERS ET ENTITES COMPOSANT LA CPTS .....	28
1.1 <i>Les relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles depuis l'adhésion à la CPTS .....</i>	28
1.2 <i>Les relations entre la gouvernance de la CPTS et les pharmaciens .....</i>	35
2 FREINS ET LEVIERS DES DIFFERENTES ENTITES ET PROFESSIONNELS DE SANTE COMPOSANT LA CPTS .....	37
2.1 <i>Freins et leviers liés aux pharmacies .....</i>	37
2.2 <i>Freins et leviers des projets, du bureau et de la structure proposée .....</i>	39
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>47</b>
1 SYNTHESE DES RESULTATS .....	47
2 DISCUSSION DES RESULTATS ET DE LA METHODE .....	49
2.1 <i>Discussion des résultats.....</i>	49
2.2 <i>Apport de la méthode qualitative .....</i>	52
3 LIMITES METHODOLOGIQUES ET FORCES DE L'ETUDE .....	53

3.1	<i>Limites de l'étude</i> .....	53
3.2	<i>Forces de l'étude</i> .....	55
4	STRATEGIES FACILITANT LA CONSTRUCTION, L'IMPLANTATION ET LE TRANSFERT D'UNE INTERVENTION DE PREVENTION DANS UNE CPTS .....	55
4.1	<i>La construction d'une intervention au travers de la littérature</i> .....	55
4.2	<i>Les ressources existantes de la CPTS : le bilan des pratiques et les personnes ressources</i> .....	57
4.3	<i>L'implantation et le transfert d'interventions existantes</i> .....	58
4.4	<i>S'appuyer sur les ressources existantes des territoires</i> .....	59
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>61</b>

---

## Liste des figures

---

Figure 1 : Charte d'Ottawa, OMS, 1986.....	3
Figure 2 : Déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead.....	6
Figure 3: Place des PCP dans la promotion de la santé.....	11
Figure 4 : Organisation du bureau de la CPTS de Bergerac.....	19
Figure 5 : Recrutement des enquêtés et déroulé des entretiens.....	23
Figure 6 : Hypothèse des entités de la CPTS et relations entre les entités constituant la CPTS.....	23
Figure 7 : Freins et leviers des relations entre les différents professionnels de santé.....	32
Figure 8 : Freins et leviers des relations entre les pharmaciens.....	34
Figure 9 : Freins et leviers des relations au sein de l'équipe officinale.....	35
Figure 10 : Freins et leviers des relations entre le bureau et les pharmaciens.....	36
Figure 11 : Freins et leviers des relations entre les groupes projets et les pharmaciens.....	37
Figure 12 : Freins et leviers des pharmaciens.....	39
Figure 13 : Freins et leviers des projets de la CPTS.....	41
Figure 14 : Freins et leviers du bureau.....	42
Figure 15 : Freins et leviers de la CPTS.....	45
Figure 16 : Synthèse des freins et leviers des relations entre les professionnels et entités composant la CPTS.....	47
Figure 17 : Synthèse des freins et leviers intrinsèques aux pharmaciens et aux autres entités composant la CPTS.....	48
Figure 18 : Stratégies efficaces visant à intégrer la prévention dans le système de soins.....	56

---

## Liste des tableaux

---

Tableau 1 : Description des enquêtés.....	27
---	----



---

## Liste des sigles utilisés

---

**ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**Cespharm** : Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CLS** : Contrat Local de Santé

**COREADD** : Coordination Régionale Addictions

**CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

**CSP** : Code de la Santé Publique

**EHESP** : École des Hautes Etudes en Santé Publique

**EHPAD** : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**FIR** : Fonds d'Intervention Régional

**FSPF** : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoires

**ICRA** : Institut Canadien pour la Recherche Avancée

**IREPS** : Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé

**MSP** : Maison de Santé Pluri-professionnelle

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OSCARS** : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé

**PCP** : Pratiques Cliniques Préventives

**PSP** : Promotion de la Santé et Prévention

**ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

**SSP** : Soins de Santé Primaires

**TSN** : Traitement de Substitution Nicotinique

**UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

**UNPF** : Union Nationale des Pharmacies de France

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

**USPO** : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

**SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

**SSMIP** : Service de Soutien Méthodologique et D'innovation et Prévention

---

Le genre masculin utilisé dans ce manuscrit désigne aussi bien les femmes que les hommes.

# INTRODUCTION

---

Le système de soins, traditionnellement porté sur le curatif et l'individuel, connaît depuis un peu plus de trente ans un virage réflexif sur ses missions. L'élargissement de ses compétences apparaît ; une responsabilité populationnelle des professionnels de santé se dessine, et plus largement du système de soins. Ce virage est expliqué d'une part par une réflexion internationale, qui repense la santé dans sa globalité, remettant les populations et leurs environnements au cœur des approches de soins. D'autre part, localement, à l'échelle des pays, les systèmes de soins se structurent et s'organisent pour intégrer ce nouveau paradigme, où la santé n'est plus « la vie dans la silence des organes »<sup>1</sup>.

## 1 De la promotion de la santé contemporaine aux modes d'organisation de l'exercice pharmaceutique

### 1.1 La déclaration d'Alma-Ata : prémices des soins primaires

En 1978, la conférence internationale sur les soins de santé primaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se réunit à Alma-Ata, ville de l'ex-URSS. Face à « l'urgence de la situation », la conférence pose les premiers jalons des conditions nécessaires pour « promouvoir et protéger la santé de tous les peuples du monde » (1). Elle permet ainsi de définir les soins de santé primaires (SSP) comme « le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, **rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent**, et ils constituent le premier élément d'un **processus ininterrompu de protection sanitaire** » (1). La volonté affichée est de permettre à tout citoyen, quelle que soit sa situation économique et sociale, d'obtenir des soins en proximité territoriale et temporelle.

Bien que, comme le souligne l'OMS, l'organisation des SSP dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, l'accent est mis sur leur développement et leur accessibilité ; pour y parvenir, il faut notamment bénéficier d'une technologie adéquate et de coûts accessibles. Par ailleurs, au-delà de l'accessibilité aux SSP, la santé est définie comme « **un droit fondamental de l'être humain**, et [...] l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la **participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé** » (1).

---

<sup>1</sup> René Leriche (chirurgien), 1936

Il est alors nécessaire d'agir sur les inégalités de santé, qui sont « politiquement, socialement et économiquement inacceptables » (1). Les valeurs de solidarité, de justice sociale et d'équité sont ainsi mises en avant, et doivent primer afin de permettre à la population mondiale d'accéder à la santé. Il est par ailleurs nécessaire d'agir sur les **déterminants économiques et sociaux** de la santé pour y parvenir.

En outre, l'organisation des SSP se doit d'offrir des services curatifs et de réadaptation, mais également des services de prévention. Elle se doit d'éduquer la population au sujet des problèmes de santé majeurs, et la rendre capable d'avoir les ressources pour les prévenir et les contrôler. Ces soins sont prodigués par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble et en équipe, **en partenariat avec la communauté locale**. L'intersectorialité doit ainsi être mobilisée.

La déclaration d'Alma-Ata permet de poser un cadre de référence internationale quant à l'organisation des priorités des systèmes de santé. Elle ouvre également la porte à une réflexion internationale sur la promotion de la santé et les déterminants de santé.

## 1.2 La charte d'Ottawa et les déterminants de santé : piliers de la promotion de la santé contemporaine

### 1.2.1 La Charte d'Ottawa

Le socle de la promotion de la santé moderne se construit en 1986, avec la Charte d'Ottawa (2), de l'OMS. Cette première conférence internationale pour la promotion de la santé définit la santé comme « une **ressource de la vie quotidienne et non le but de la vie** » (2). En ce sens, « la santé est ce qui permet aux personnes et groupes [...] :

- D'identifier et de réaliser leurs aspirations,
- De satisfaire leurs besoins,
- D'évoluer avec leurs environnements ou de s'y adapter » (2).

La santé met alors « en valeur les **ressources personnelles et sociales** ainsi que les capacités physiques » (2). Cette approche de la santé démontre que les personnes sont en santé lorsqu'ils ont les ressources nécessaires. L'approche individuelle du changement de comportement est mise de côté, pour une approche bien plus globale des individus, qui prend en compte l'environnement dans lequel ils évoluent. La Charte définit par ailleurs les conditions préalables à l'amélioration de la santé :

- « se loger,
- accéder à l'éducation,

- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (2).

Sans ces sept conditions, la santé d'un individu ne pourra pas être améliorée.

Cette définition de la santé posée, la promotion de la santé, selon la Charte d'Ottawa, « ne relève pas seulement du secteur de la santé ou du soin : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être » (2). Pour y parvenir, il faut agir cinq dimensions, qui constituent à elles-cinq les composantes de la promotion de la santé (figure 1) :

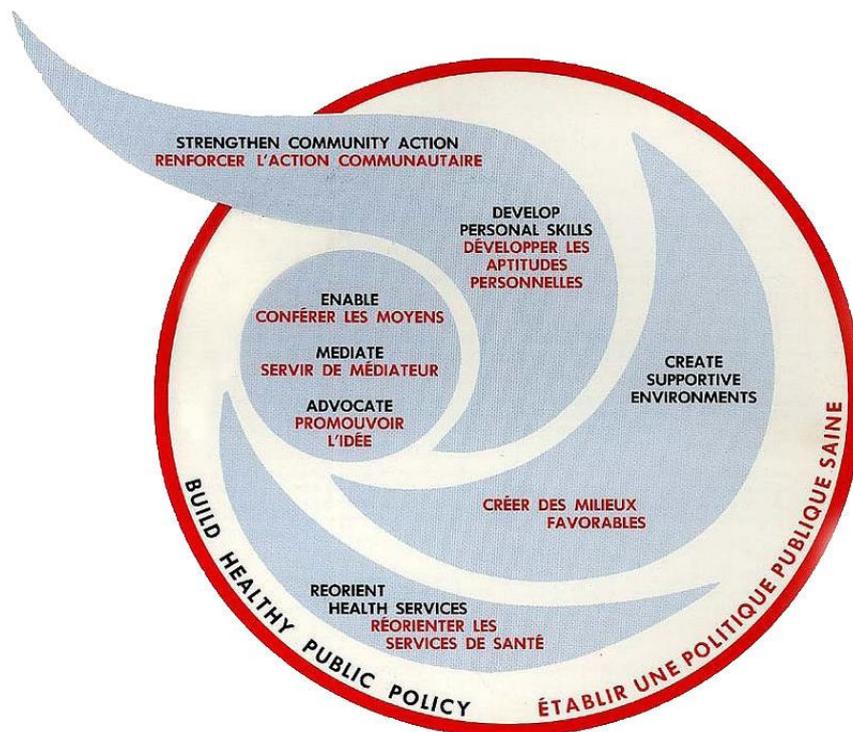


Figure 1 : Charte d'Ottawa, OMS, 1986

- **Etablir une politique publique saine : inscrire la santé dans toutes les politiques**

La promotion de la santé doit être considérée à chaque étape de construction des politiques, qu'elles concernent la santé ou un autre domaine. Chaque secteur et chaque niveau politique est impliqué : de l'échelle internationale à l'échelle ultra-locale, des politiques industrielles aux politiques d'urbanisme. La notion de déterminants multiples de la santé apparaît alors : de nombreux facteurs

conditionnent la santé<sup>2</sup>. L'Institut Canadien de Recherches Avancées (ICRA) a estimé l'impact des déterminants de la santé sur l'état de santé des populations :

- 50 % de la santé dépend de l'environnement social et économique,
- 25 % de la santé dépend du système de soins,
- 15 % de la santé dépend du patrimoine génétique et de la biologie,
- 10 % de la santé dépend de l'environnement physique (3).

Le système de santé n'a qu'un quart de responsabilité dans l'état de santé des populations, confortant l'idée que la santé doit inexorablement être inscrite dans toutes les politiques. C'est une responsabilité partagée par l'ensemble des décideurs, des acteurs et de la population.

- ***Créer des milieux favorables : un environnement et des conditions de vie construits pour la santé***

Les conditions de vie doivent être réfléchies de manière systémique, en créant des environnements favorables à la santé, incluant :

- Des environnements sociaux, qui doivent être aptes à soutenir les personnes et les communautés dans leurs efforts de changement. Ces environnements sociaux doivent être vecteurs de bien-être et de qualité de vie.
- Des environnements physiques de vie et de travail, qui soient sûrs et respectueux, d'une part des équilibres naturels et d'autre part des ressources naturelles.

- ***Renforcer l'action communautaire : développer la participation et le pouvoir d'agir des populations***

L'action communautaire consiste à mobiliser les populations les plus directement concernées par une problématique. Elle vise à favoriser la participation de ces populations aux décisions concernant leur santé, en partant de leurs préoccupations. Cette démarche a pour conséquence de favoriser l'*empowerment* – ou le pouvoir d'agir – de ces populations, qui est le « processus par lequel les individus et les communautés acquièrent la capacité à prendre en charge eux-mêmes les questions de santé qui les concernent » (4). L'*empowerment* est ainsi une notion centrale en promotion de la santé. Il est alors nécessaire de **créer les conditions** pour que les populations puissent prendre le pouvoir sur leur santé, et non pas leur donner ce pouvoir.

---

<sup>2</sup> Se référer à la partie ci-après « déterminants de santé » pour plus d'informations.

- ***Développer les aptitudes personnelles : l'importance de l'éducation pour la santé, du perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie et de l'information***

Le développement individuel et social, au travers « de l'information, de l'éducation pour la santé et le perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie », permet aux individus d'exercer un meilleur « contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux » (2). Ce développement est exercé dans tous les domaines de la vie (scolaire, familial, professionnel et communautaire). La notion d'*empowerment* est à nouveau mobilisée dans cet axe, avec une dimension individuelle qui permet à l'individu de devenir acteur de sa santé, lui conférant les ressources nécessaires pour « faire face à tous les stades de [sa] vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques » (2).

- ***Réorienter les services de sante : soutenir l'implication dans la promotion de la santé du système de santé et des acteurs du soin***

Le système de soins, en conservant sa dimension curative, doit effectuer un virage dans ses missions, en intégrant une politique de santé multisectorielle. Cette politique doit ainsi donner plus d'importance aux dimensions sociales, politiques, économiques et environnementales. L'objectif de ce virage est de soutenir les individus dans la recherche d'une vie plus saine, leur permettant d'exprimer leurs besoins de santé et d'adopter des comportements sociaux favorables à leur santé. Pour y parvenir, il est notamment nécessaire que des **changements dans l'enseignement et la formation des professionnels** soient opérés. En effet, bien que la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies soient parfaitement maîtrisés par les professionnels de santé, **elle ne suffit pas** à entreprendre des actions de promotion de la santé et prévention (PSP) (5).

### 1.2.2 Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont définis par l'OMS comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (6). Ainsi, la santé est la résultante de nombreux facteurs ; c'est leur combinaison qui engendre l'état de santé des individus. Certains facteurs sont ainsi protecteurs et permettent de protéger la santé, tandis que d'autres sont néfastes et dégradent la santé. Les déterminants de la santé sont multiples : génétiques biologiques, comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques. Dahlgren et Whitehead, en 1991, en proposent une catégorisation (7), selon quatre niveaux en interaction (figure 2) :

- Un premier niveau, regroupant des facteurs liés au style de vie des individus
- Un deuxième niveau, regroupant les réseaux sociaux et communautaires

- Un troisième niveau, regroupant les facteurs liés aux conditions de vie et de travail
- Un quatrième niveau, regroupant les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

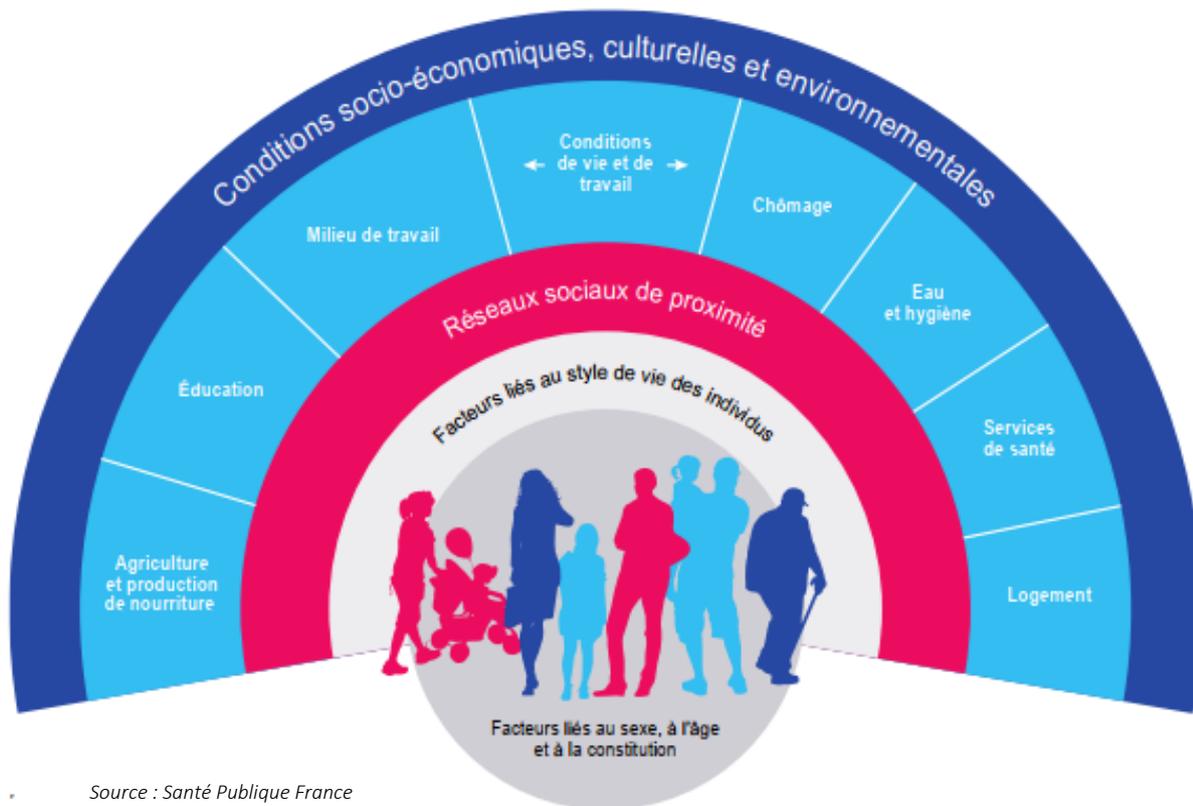


Figure 2 : Déterminants de la santé selon Dahlgren et Whitehead

Par exemple, Evans et Lien ont montré qu'une grève de bus aux Etats-Unis a eu un impact néfaste sur la santé de nouveau-nés (8). En effet, cette grève a particulièrement touché les femmes enceintes de quartiers défavorisés, ce qui a conduit à une diminution brutale de leur rendez-vous de suivi de grossesse, entraînant notamment une absence de sevrage tabagique pour les femmes consommant du tabac. Les impacts négatifs sur les variables concernant l'issue de la grossesse ont alors augmenté, et ces impacts ont été d'autant plus élevés pour les femmes qui étaient en début de grossesse lors de la grève. Cet exemple, parmi de nombreux autres, montre l'importance de ces déterminants de santé, qui agissent en chaîne causale, et ne sont pour la plupart pas reliés à la santé intrinsèque de l'individu.

## 1.3 La prévention et les pratiques cliniques préventives : enjeux du système de santé français

### 1.3.1 La prévention et ses différentes déclinaisons

La prévention, représente « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre ou la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »<sup>3</sup>. Plusieurs stratégies de prévention existent. La plus classique est celle de l'OMS, qui classe la prévention en 3 catégories :

- La prévention primaire, qui vise à diminuer l'incidence<sup>4</sup> d'une maladie dans une population ; l'objectif est ainsi d'éviter le risque de survenue de nouveaux cas. Les mesures de prévention primaire correspondent par exemple à la vaccination, des régimes alimentaires sains, les pratiques sexuelles protégées ou encore le port de la ceinture de sécurité.
- La prévention secondaire, qui vise à diminuer la prévalence<sup>5</sup> d'une maladie dans une population ; l'objectif est ainsi d'agir le plus rapidement lors de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de freiner son évolution ou faire disparaître les facteurs de risque. Les mesures de prévention secondaire peuvent être notamment des dépistages de facteurs de risques ou de pathologies.
- La prévention tertiaire, qui vise à « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives [...], des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » (OMS) ; l'objectif est de limiter autant que faire se peut les effets et les séquelles d'une pathologie. Les mesures de prévention tertiaire peuvent être par exemple la gestion des problèmes oculaires chez les diabétiques ou la prise médicamenteuse pour éviter la ré-occurrence d'accidents cardiaques.
- La prévention quaternaire, proposée en complément des trois niveaux précédents par Jamouille en 1986, qui vise à « identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables » (9,10).

Cette catégorisation de la prévention reste cependant très portée sur l'individu, la maladie, et est dépendante du système de soins. Or, comme souligné dans la partie précédente, le système de soins n'est responsable que d'un quart de l'état de santé des populations.

---

<sup>3</sup> Définition de l'OMS, 1948

<sup>4</sup> L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées

<sup>5</sup> La prévalence correspond au rapport du nombre d'anciens et nouveaux cas atteints par une maladie sur l'effectif total d'une population, à un moment ou pendant une période donnés.

Gordon, en 1983, propose alors une catégorisation de la prévention structurée autour des populations, moins système de soins-centrée, basée sur une évaluation du coût-bénéfice (11) :

- La prévention universelle, qui cible l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé, et sans l'intervention du système de soins. Elle vise à maintenir la population en bonne santé, notamment en lui inculquant les grandes règles d'hygiène, comme l'importance du sevrage tabagique, le port de la ceinture de sécurité, la vaccination.
- La prévention sélective, qui cible des sous-groupes de population spécifiques. Des mesures de prévention sélective seraient par exemple la prévention de la consommation d'alcool et de tabac par les femmes enceintes ou bien la vaccination des personnes à risque contre la grippe saisonnière.
- La prévention ciblée, qui cible des populations présentant des facteurs de risques détectés lors d'un contact avec le système de soins. Des mesures de prévention ciblée seraient par exemple la prise de tension lors d'une consultation médicale ou bien l'instauration d'un régime alimentaire précis pour réduire l'hypercholestérolémie.

D'autres classifications apparaissent au fil du temps, qui attribuent à la prévention une dimension hors système de soins. Foxcroft, en 2014, propose une catégorisation de la prévention selon des « fonctions » en opposition aux catégories de prévention qui agissent sur des niveaux de mise en œuvre. Il existe ainsi 3 fonctions de prévention :

- La prévention environnementale, qui vise à limiter la possibilité de comportements néfastes pour la santé. Les sphères politiques, économiques, sociales doivent alors être mobilisées. Des mesures de prévention environnementale seraient par exemple des taxes sur les produits contenant du tabac ou rendre illégal l'utilisation de produits cancérogènes.
- La prévention développementale, qui vise à promouvoir les comportements favorables à la santé et prévenir des comportements néfastes. Elle agit sur le développement des compétences clés pour la socialisation des individus et l'adoption de comportements sociaux favorables à la santé. Des mesures de prévention développementale seraient par exemple un programme de développement des compétences psychosociales<sup>6</sup> à l'école ou des visites à domicile de futurs foyers parentaux.

---

<sup>6</sup> L'OMS définit en 1993 les compétences psychosociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

- La prévention informationnelle, qui vise à accroître les connaissances et à sensibiliser sur les comportements à risque, grâce à la communication. Des mesures de prévention informationnelle seraient par exemple des campagnes médiatiques de masse pour sensibiliser sur une problématique.

Combinées, ces trois fonctions de prévention définies par Foxcroft permettent d’agir sur les multiples déterminants de la santé. Puisque la santé est la résultante de nombreux facteurs, la prévention ne peut pas se résumer à l’information de l’individu, et doit aller au-delà du binôme information – changement de comportement. De manière générale, la prévention se doit de mobiliser des leviers à la fois intrinsèques au système de soins, comme des campagnes de vaccinations, et extérieurs à celui-ci, comme une politique de réhabilitation d’un quartier. Nous pouvons alors nous interroger sur l’insertion de la prévention dans le système de soins.

### 1.3.2 Les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives<sup>7</sup> (PCP) sont définies par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) comme « toute interaction individuelle entre un soignant et un individu visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux » (12). Les PCP peuvent être catégorisées dans les trois concepts cités précédemment. En effet, elles font partie intégrante des soins primaires, puisqu’elles prévoient la protection de la santé des populations. Par ailleurs, elles se situent dans la promotion de la santé, par des actions de prévention globale en lien avec des acteurs hors du système de soins (12). Deux axes de la Charte d’Ottawa sont ainsi mobilisés : réorienter les services de santé et développer les aptitudes personnelles. Les PCP relèvent aussi de la prévention (12), au travers :

- De la lutte contre la survenue d’une maladie ou d’un état de santé indésirable lors du contact avec le système de soins. Cette lutte peut être à l’échelle d’une population ou à l’échelle de l’individu ; elle peut également être à l’intérieur de système de soins comme à l’extérieur. Par exemple, la vaccination est une action individuelle au sein du système de soins, et la déclaration de plusieurs naissances avec des agénésies de membres conduisant à une enquête environnementale est une action populationnelle, à l’extérieur du système de soins.
- Du dépistage de maladies, au travers d’actes préventifs individuels comme des examens annuels, des examens biologiques ou des dépistages.

---

<sup>7</sup> Les PCP sont parfois retrouvées sous les termes « prévention médicalisée », « prévention clinique », ou « soins de santé préventifs ».

- De la prise en charge des facteurs de risques et des formes précoces de maladies, comme le dépistage du tabagisme ou le suivi du diabète de type 2.

L'intégration de ces PCP est possible grâce à la combinaison de plusieurs moyens, qui agissent sur les différents déterminants de la pratique, que sont le patient, le professionnel de santé et son environnement de travail (13).

A l'heure actuelle, le système de soins intègre de nombreuses PCP, qui ne sont pas référencées ou intellectuelles par les acteurs du soin. Pour autant, tous les professionnels de santé ont des actions de prévention, prévues et définies par le Code de la Santé Publique (CSP). Par ailleurs, il n'est pas toujours évident de faire la distinction entre la prise en charge d'un facteur de risque, des soins curatifs et une action de prévention (14). Toutefois, les offreurs de soins contribuent pleinement à la promotion de la santé et à la prévention, ce qui leur confère en ce sens une responsabilité populationnelle, alors que traditionnellement il ne leur était attribué qu'une responsabilité centrée sur l'individu et la clinique (14). Ainsi, l'intégration des PCP dans le système de soins existant se traduit par un changement dans les pratiques des professionnels de santé, qui doivent inscrire à leurs pratiques une démarche proactive et systématique : **chaque contact avec le système de santé compte** pour intégrer une démarche préventive, allant au-delà de la réponse à la simple demande du patient, et qu'importe son état de santé (14,15).

Les PCP ne peuvent donc pas se résumer à des actes ponctuels et uniques d'information, et leur organisation doit se faire conjointement avec celles des soins en général. En regardant à l'échelle supérieure, les PCP font partie intégrante des différentes stratégies et leviers de promotion de la santé, et doivent donc se penser dans un cadre global (figure 3).

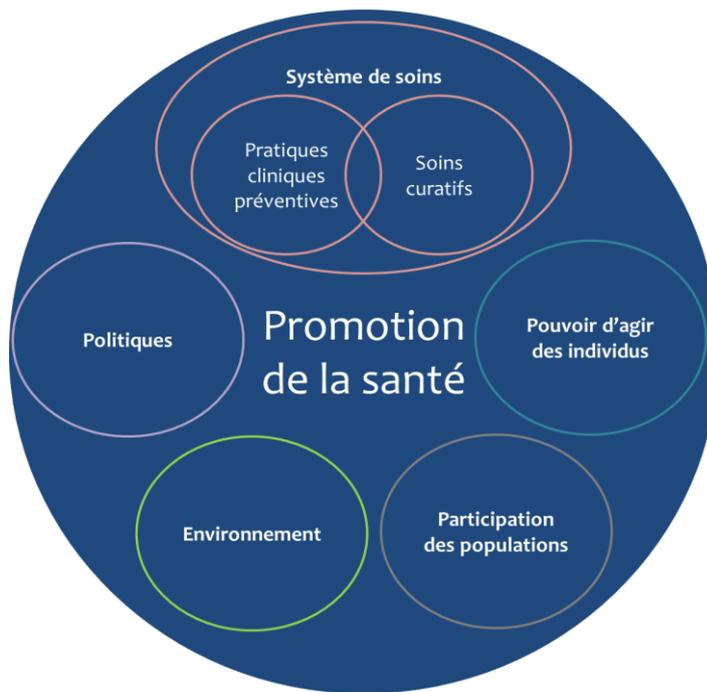


Figure 3: Place des PCP dans la promotion de la santé

L'enjeu est alors de structurer la prévention dans la pratique des professionnels de santé. Cet enjeu est partagé entre la responsabilité de chaque professionnel, mais aussi des politiques qui doivent donner aux professionnels les conditions et les moyens pour réaliser cette mission. Plus particulièrement, nous nous intéressons ici à la structuration des missions du pharmacien d'officine<sup>8</sup> en termes de prévention.

## 2 De la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

### 2.1 Pharmacien et cadre légal

#### 2.1.1 La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires

Le métier de pharmacien voit ses missions et responsabilités s'élargir avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 (16), qui marque un véritable tournant dans ce métier. Elle est découpée en 4 titres, à savoir :

- Titre I - La modernisation des établissements de santé
- Titre II - L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

<sup>8</sup> Le terme « pharmacien » seul sera ensuite utilisé pour désigner les pharmaciens d'officine.

- Titre III - La prévention et la santé publique
- Titre IV - L'organisation territoriale du système de santé

Les pharmaciens se voient attribuer huit nouvelles missions, qui permettent d'impliquer davantage le pharmacien dans la coordination du parcours de soins du patient et de renforcer son implication dans la prévention. Ainsi, le titre II prévoit que les pharmaciens :

- « Contribuent aux soins de premier recours », qui sont : « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; L'éducation pour la santé » (17) ;
- « Participent à la coopération entre professionnels de santé » ;
- « Participent à la mission de service public de la permanence des soins » ;
- « Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé » ;
- « Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients », moyennant une formation obligatoire en ETP (18) et en respectant les directives de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) encadrant les programmes d'ETP (19) ;
- « Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement (...) qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur »
- « Peuvent (...) être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets » ;
- « Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. » ; ce dernier point fait référence à l'éducation pour la santé notamment.

Les titres III et IV intéressent directement les pharmaciens, puisque le titre III traite de la prévention des maladies chroniques et des cancers, grâce à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) par des professionnels de santé et le titre IV prévoit la création des Agences Régionales de Santé (ARS), qui seront responsables du pilotage du système de santé régional.

Ainsi, la transition du rôle du pharmacien vers l'élargissement de ses missions de prévention est bien prévue par la loi HPST de 2009, mais il est nécessaire que des textes fixant le cadre de la mise en pratique soient publiés.

### 2.1.2 La convention nationale et ses avenants

Nous pouvons alors nous pencher sur la convention nationale (20), qui est le texte négocié entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens : la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) et l'union nationale des pharmacies de France (UNPF). La dernière convention a été publiée au journal officiel le 6 mai 2012, pour une entrée en vigueur le lendemain. Basée sur le développement du cadre réglementaire de la loi HSPT, elle participe au tournant de la profession du pharmacien, avec l'ambition de renforcer son rôle en santé publique (21).

Des avenants à cette convention viennent préciser le cadre réglementaire des nouvelles missions du pharmacien (22). A ce jour, il existe 22 avenants à la convention nationale. Ils sont numérotés selon leur date de publication au journal officiel et entrent en vigueur le lendemain de leur parution. Ils concernent plusieurs aspects de la profession, comme les modalités de rémunération et l'organisation des nouvelles missions du pharmacien.

Dans le champ de la prévention, les avenants précisent les modalités de plusieurs dispositifs prévus par la loi HPST :

- Les entretiens pharmaceutiques<sup>9</sup> pour les patients sous anti-coagulants oraux, les patients asthmatiques ayant un traitement de fond et les patients sous chimiothérapie orale
- Les bilans de médicaments<sup>10</sup> pour les patients de plus de 65 ans polymédiqués (plus de 5 principes actifs sur leur ordonnance) et les patients d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- La vaccination antigrippale des personnes à risque (bien que cette mesure ne découle pas de la loi HPST mais de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 (24))
- La téléconsultation en officine
- Les tests rapides d'orientation diagnostic pour les patients ayant une suspicion d'angine

---

<sup>9</sup> L'entretien thérapeutique est proposé par le pharmacien au patient, dans le but de l'accompagner afin qu'il comprenne son traitement, se l'approprie et y adhère. Le pharmacien est rémunéré 50€ la première année et doit faire au moins 2 entretiens avec son patient. Les années suivantes, il est rémunéré 30€ (23).

<sup>10</sup> Le bilan de médication est proposé par le pharmacien au patient, dans le but d'analyser ses traitements multiples et l'aider à les comprendre afin qu'il se les approprie et y adhère. Le pharmacien est rémunéré 60€ la première année et doit faire 2 entretiens avec son patient. Les années suivantes, il est rémunéré 20€ si les traitements sont identiques à l'année précédente et 30€ si une nouvelle molécule a été ajoutée (23).

La loi HPST, publiée il y a plus de 10 ans, avait de grandes ambitions sur l'ouverture du champ de la santé publique au pharmacien. Cependant, afin de déployer les nouvelles missions du pharmacien prévues par la loi, il faut que des textes définissant les détails de la pratique soient publiés, ce à quoi s'est employée la convention nationale. Nous observons alors qu'il faut du temps pour que ces changements législatifs aboutissent, mais ces changements ont été nombreux et laissent imaginer que d'autres suivront.

En effet, la tendance semble être à élargir l'accompagnement et les services offerts par le pharmacien : il pourrait être imaginé que d'autres pathologies seront prochainement incluses dans les entretiens pharmaceutiques ; que la population définie pour les bilans de médication sera élargie ; que d'autres vaccinations seront possibles en officine et pour une population plus large.

Par ailleurs, même si la loi HPST marque les prémices du développement de la prévention en pharmacie, ces missions restent très individu centré. D'autres actions de prévention ne sont pas encadrées par la loi HPST, avec une dimension plus populationnelle, comme les campagnes nationales de prévention et le développement des PCP. Plusieurs instances et structures œuvrent alors pour favoriser l'insertion dans le métier du pharmacien de la prévention, telle que définie dans les textes mais également en ajoutant une dimension populationnelle à cette mission.

## 2.2 Les acteurs de l'accompagnement du pharmacien dans ses missions

### 2.2.1 Les plans et programmes nationaux

Le virage préventif entrepris par la France s'illustre depuis quelques années par les nombreux plans et programmes nationaux qui mettent l'accent sur la prévention. La Stratégie Nationale de santé 2018-2022 en est l'exemple, et affiche la prévention comme premier axe « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie » (25). C'est donc une volonté affichée d'agir sur la PSP, en allant au-delà du système de soins. D'autres plans et programmes sont quant à eux spécialisés sur une thématique, et découlent de la Stratégie Nationale de Santé, comme les différents plans de lutte contre le tabagisme qui se sont succédés (26,27). Le Programme National de Réduction du Tabagisme, couvrant la période de 2014 à 2019 (28) est ainsi organisé autour de 3 grands axes pour agir sur le tabagisme : « protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » ; « aider les fumeurs à arrêter » ; « agir sur l'économie du tabac » (28). Il permet à la France de prendre de nombreux engagements en 2016, dont : l'introduction du paquet neutre (29) ; la campagne de communication du Mois Sans Tabac visant à encourager l'arrêt du tabac (30) ; l'élargissements des professions pouvant prescrire des traitements de substitution nicotinique (TSN) (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes,

médecins du travail, sages-femmes à l'entourage de la femme enceinte ou ayant accouchée alors qu'elles étaient limitées à la patiente seule auparavant) (29).

Dans la continuité du PNRT, le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) est lancé, et couvre la période 2018-2022 (27). Il s'inscrit dans la suite logique du précédent programme en conservant les trois premiers axes, mais un dernier axe est ajouté : « *surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac* ». Une des mesures phares qui en découle est la modification des modalités de remboursement des TSN, avec le remboursement des prescriptions de TSN par l'Assurance Maladie contre auparavant un forfait annuel de 150€ par an et par assuré (31).

Ces plans nationaux s'accompagnent d'instances publiques ou professionnelles, qui permettent d'accompagner les professionnels de santé dans leurs pratiques.

### 2.2.2 Les recommandations sur les pratiques

La Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante à caractère scientifique, publie de nombreuses recommandations et guides à destination des professionnels de santé, sur de nombreuses thématiques (32,33). Certaines sont spécifiques au métier de pharmacien et d'autres concernent l'ensemble des professionnels de santé.

Par ailleurs, Santé Publique France, agence nationale de santé publique, sous la tutelle du Ministère de la Santé et des Solidarité (34), propose de nombreux sites internet thématiques, comme [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) ou [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr). Tous ont une interface pour le public, mais ont aussi une interface à destination des professionnels, qui propose de nombreux documents et outils pour les accompagner dans leur mission de santé publique.

En outre, Santé Publique France tient à jour un répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (35), avec plusieurs thèmes comme les addictions, les maladies transmissibles, la nutrition, l'activité physique ou encore la réduction des inégalités de santé.

En ce qui concerne les instances spécifiques aux pharmaciens, l'Ordre des pharmaciens, au travers de son Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (Cespharm), reprend les recommandations de bonnes pratiques nationales et produit sa propre documentation. Le Cespharm propose ainsi des outils pour aider les professionnels de santé et constitue un relais des campagnes de prévention nationale, en organisant la distribution des documents aux pharmacies.

## 2.2.3 Les structures d'organisation de la pratique officinale

### 2.2.3.1 *Les groupements pharmaceutiques et les Unions Régionales des Professionnels de Santé : l'exercice officinal strict*

Les groupements pharmaceutiques permettent à plusieurs pharmacies d'officine<sup>11</sup> d'appartenir à un réseau, qui lui apporte de l'aide dans son fonctionnement (gestion de l'officine, approvisionnement en médicaments et parapharmacie, mise à jour sur la législation et l'évolution du métier). A l'heure actuelle, il existe plus d'une centaine de groupements pharmaceutiques, dont chacun met l'accent sur un aspect du métier : certains développeront plus l'aspect commercial, tandis que d'autres se tourneront vers l'accompagnement du patient et les nouvelles missions du pharmacien.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) est une structure créée lors de la loi HPST (16), pour plusieurs professions<sup>12</sup>, dont les pharmaciens. Les URPS ont ainsi sept missions, prévues par le CSP (36), dont la quatrième mission prévoit que les URPS aient « des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique ».

### 2.2.3.2 *Les différents modes d'organisation d'exercice pluridisciplinaire*

#### ○ **Les réseaux de santé**

Créés en 2002, les réseaux de santé constituent les premiers dispositifs de coordination des acteurs médico-sociaux intervenant sur le parcours des patients (37). Ces réseaux – organisés sous forme d'association loi 1901 – permettent un regroupement à la fois des professionnels de santé, comme les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes ou les médecins, et d'autres professionnels, comme des travailleurs sociaux ou du personnel administratif.

Les objectifs des réseaux de santé sont multiples : favoriser l'accès aux soins, la coordination ainsi que la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Ces prises en charge vont au-delà des simples soins curatifs et de réadaptations : il est prévu qu'elle soit adaptée aux besoins de la personne et comprend ainsi l'éducation à la santé et la prévention (37).

En 2019, 716 réseaux représentant environ 2500 professionnels étaient financés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

---

<sup>11</sup> Les termes « pharmacie » ou « officine » seul seront ensuite utilisés pour désigner les pharmacies d'officine.

<sup>12</sup> Médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues et orthophonistes.

- **Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires**

Créées en 2011, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) permettent aux structures d'exercice coordonné pluri-professionnelles d'obtenir des subventions afin de rémunérer les activités communes aux professionnels de santé y exerçant (38). Deux objectifs expliquent leur création :

- la mise en commun de moyens financiers et humains,
- la création d'activités réalisées en commun par ses membres, comme la coordination, la coopération et l'ETP.

Depuis 2015, les SISA peuvent percevoir des rémunérations forfaitaires s'élevant jusqu'à 76 000 € annuel, au titre des activités réalisées en commun par ses associés. Cette nouvelle société a ainsi été conçue pour répondre aux besoins des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

- **Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles**

Prévues par le CSP dès 2007, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles ont été créées dans le but d'ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif, regroupant les professionnels et auxiliaires médicaux ainsi que les pharmaciens (39). Afin d'orchestrer leur exercice coordonné, les professionnels de santé d'une MSP élaborent un projet de santé, et il est possible d'obtenir une aide financière de la part de l'ARS. Pour y avoir accès, les MSP doivent conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En juillet 2020, il existait ainsi 1617 MSP en fonctionnement et 451 MSP en projets étaient recensées (39).

- **Les Contrats Locaux de Santé**

Les Contrats Locaux de Santé (CLS) ont pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et de mettre en œuvre des solutions pour permettre une offre de santé de proximité (40). Ce sont des outils qui sont portés conjointement par les ARS avec les collectivités territoriales locales et ses acteurs. Les CLS permettent d'établir le lien entre le Plan Régional de Santé (PRS) et les projets des collectivités territoriales. Les thématiques des CLS portent ainsi sur la promotion de la santé ; la prévention ; les politiques de soins ; l'accompagnement médico-social (40).

○ **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé**

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), prévues par la loi de modernisation de la santé de 2016 (29), sont montées à l'initiative de professionnels de santé d'un même territoire pour répondre à trois missions obligatoires :

- l'amélioration des soins
- l'organisation du parcours pluri-professionnel du patient
- le développement des actions territoriales de prévention (41)

Les professionnels de santé composant une CPTS peuvent provenir de toutes spécialités, du premier comme du second recours, peuvent exercer de manière isolée (cabinet individuel, pharmacien, infirmier libéral ...), dans des cabinets de groupes, dans des structures d'exercice coordonné comme les MSP et également dans des établissements médico-sociaux, comme les EHPAD.

A l'inverse des MSP, les CPTS ne nécessitent pas de regroupement dans un même lieu des différents professionnels de santé : le but est d'organiser les pratiques quotidiennes autour d'objectifs partagés. A l'heure actuelle en France, environ 200 CPTS sont construites ou en cours de construction. Une région a ainsi son territoire complètement maillé par ces structures : le Centre-Val-de-Loire (42).

Cette étude s'appuie alors sur l'exemple de la CPTS de Bergerac, organisée sous la forme d'une association loi 1901. Elle a été créée en 2016 et comptait 113 membres en 2019 (43), à savoir :

- 6 chirurgiens-dentistes
- 29 infirmiers
- 12 masseurs-kinésithérapeutes
- 26 médecins généralistes
- 19 médecins spécialistes
- 21 pharmaciens

Cette CPTS couvre la zone géographique de la communauté d'Agglomération Bergeracoise, ce qui représente 38 communes et 64 455 habitants (43). De par son statut d'association loi 1901, la CPTS fonctionne avec un bureau bénévole, qui est constitué (figure 4) :

- d'un président
- de douze titulaires dont six vice-présidents (un par collège professionnel non représenté par le président)
- de douze suppléants dont deux par profession

- d'un secrétaire
- d'un trésorier



Figure 4 : Organisation du bureau de la CPTS de Bergerac

Source : <http://www.poledesante-bergerac.fr/content/presentation>

En complément du bureau bénévole, une coordinatrice est employée à mi-temps par la CPTS.

Deux missions socles prédéfinissent les axes de travail de la CPTS de Bergerac (43) :

- L'accès aux soins, avec des missions prioritaires : l'accès au médecin traitant ; l'accès aux soins non programmés ; le développement de la e-santé
- L'organisation des parcours, c'est-à-dire le lien entre la ville, le sanitaire et le médico-social

Quatre missions complémentaires viennent compléter ces deux missions socles :

- La prévention
- La continuité des soins
- L'amélioration des conditions de travail
- L'attractivité dans les territoires

Ces missions sont financées par l'assurance maladie au travers des Accords Conventionnels Interprofessionnels (ACI).

### 3 Question de recherche et objectifs de l'étude

De par leurs missions, dont celle de la prévention, les CPTS incarnent une démarche de responsabilité populationnelle, et ouvrent le champ des possibles au-delà de l'interaction soignant-soigné. Elles sont donc très prometteuses pour l'insertion des PCP dans le système de soins, puisqu'elles regroupent de nombreux leviers : un exercice coordonné, la fédération de nombreux et divers professionnels de santé regroupés de manière volontaire, et des moyens financiers alloués pour déployer leurs projets.

Ainsi, ces structures étant à la fois nouvelles, très libres dans leur organisation et en pleine expansion (44), elles font l'objet de recherche de cette thèse. De par le parcours de formation initiale de l'enquêtrice, l'angle de vue adopté pour mener cette étude se fera au travers du pharmacien. La question soulevée est ainsi : **quels sont les freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la CPTS de Bergerac ?** L'implication se définit ici comme l'implication dans la construction et la mise en place des projets portés par la CPTS et l'implication des pharmaciens dans les rôles du bureau.

L'objectif principal sera alors d'étudier les freins et leviers à l'implication des pharmaciens dans la CPTS, au travers de l'exploration :

- des interactions entre les professionnels de santé
- des interactions entre les professionnels de santé et le bureau de la CPTS
- des freins et les leviers de ces multiples interactions
- des freins et leviers intrinsèquement liés aux entités composant la CPTS

Face aux résultats obtenus au travers de l'objectif principal, l'objectif secondaire sera d'explorer les stratégies facilitant la structuration des PCP dans les CPTS.

# MATERIEL et METHODE

---

## 1 Le choix de la population d'enquête

Le choix de la population s'est porté sur la CPTS de Bergerac pour plusieurs raisons. D'une part, la CPTS de Bergerac possède une certaine ancienneté, puisque sa création date de 2016. L'hypothèse est donc que sa structuration est bien implantée, ce qui permet aux différents professionnels de s'en être emparé.

La CPTS de Bergerac compte 21 pharmaciens (43), dont certains appartiennent à la même pharmacie. Parmi ces pharmaciens, certains ont des rôles particuliers dans la CPTS : une vice-présidente chargée de la pharmacie, une secrétaire de la CPTS et deux administrateurs suppléants (figure 4).

Par ailleurs, il existait une facilité d'accès à cette CPTS : la thésarde exerce dans le Service de Soutien Méthodologique et D'innovation en Prévention (SSMIP) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), qui travaille en collaboration avec la CPTS. Cette coopération a pour objectif d'implanter un projet prévention co-porté par le CHU de Bordeaux et une association régionale spécialisée en addictions, la Coordination Régionale Addictions (COREADD). Ce travail permet ainsi au SSMIP de comprendre les freins et leviers à l'implantation de projets de prévention chez les pharmaciens de la CPTS, et pourra être étendu aux autres professions.

## 2 La méthode de recherche

### 2.1 Choix de la méthode

Il a été choisi pour cette recherche d'utiliser une méthode de recherche qualitative, en effectuant des entretiens semi-directifs auprès des enquêtés. Ce type d'entretien permet de mettre en lumière des « faits issus de l'expérience, des récits de vies, des pratiques vécues, dont l'analyse permet de traduire les conduites individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle » (45). Il n'a pas pour but de reformuler ce que l'on sait déjà sur la CPTS, mais bien d'analyser le sens que les pharmaciens donnent à leur adhésion. L'entretien permet ainsi à la personne enquêtée de s'exprimer et de partager son expérience et son point de vue sur une situation (45). Concrètement, dans le cadre de cette étude, le vécu relatif à la CPTS est étudié, afin de comprendre les freins et leviers qui engendrent l'adhésion et la mobilisation des pharmaciens dans cette structure.

## 2.2 Construction de l'échantillon

La méthode d'enquête choisie ne se base pas sur des paramètres statistiques pour définir le nombre d'enquêtés nécessaire. En effet, un nombre d'enquêtés défini au préalable ne valide en aucun cas la démarche qualitative d'un point de vue scientifique (45). L'échantillon a donc été construit afin de contenir tous les profils de pharmaciens adhérents à la CPTS :

- La vice-présidente en charge des pharmaciens,
- Les deux administrateurs pharmaciens suppléants,
- La secrétaire de la CPTS, qui est pharmacienne
- Des adhérents simples

L'échantillon contient aussi des pharmacies où seul un pharmacien est inscrit dans la CPTS et des pharmacies où plusieurs pharmaciens sont inscrits dans la CPTS.

La recherche qualitative prévoit que des entretiens soient menés jusqu'à atteindre la saturation des données, c'est-à-dire que « la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la conceptualisation du phénomène » (45). Il était donc prévu d'enquêter dans un premier temps dix pharmaciens répondant aux critères définis ci-dessus, puis de compléter l'échantillon avec des adhérents simples si la saturation des données n'était pas atteinte. Il n'a cependant pas été nécessaire d'ajouter de nouveaux enquêtés, la saturation des données ayant été atteinte.

## 2.3 Recrutement des enquêtés

Le recrutement s'est déroulé le 7 janvier 2021, par téléphone. Neuf pharmacies ont été contactées, et sur ce total, huit ont abouti à une prise de rendez-vous : pour la neuvième pharmacie, la pharmacienne inscrite à la CPTS était absente lors de l'appel. Six des entretiens étaient prévus en entretiens individuels (un seul enquêté), et deux des entretiens étaient prévus sous forme d'entretien à plusieurs (deux enquêtés par entretien), suite à la proposition des pharmaciens lors de l'appel (figure 5). Sur les dix pharmaciens prévus, neuf ont été réellement enquêtés, une enquêtée n'ayant pas pu se libérer lors d'un entretien prévu avec deux pharmaciennes d'une même officine. Huit pharmacies ont ainsi été enquêtées.

Les entretiens se sont déroulés entre le mercredi 13 janvier et le mardi 19 janvier 2021. Ils ont duré en moyenne une trentaine de minutes.

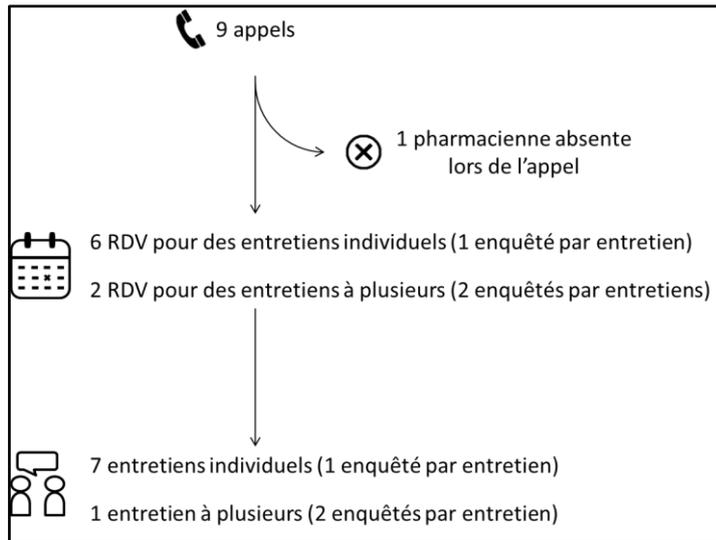


Figure 5 : Recrutement des enquêtés et déroulé des entretiens

## 2.4 Recueil des données

### 2.4.1 La construction du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été construit afin de recueillir les données. Un travail préliminaire a d'abord été mené afin de s'imprégner de l'organisation des CPTS. Il est constitué d'une recherche bibliographique abordant l'environnement législatif et les différents modes de structurations et d'organisations des CPTS. Cette recherche bibliographique a permis d'identifier les entités d'une CPTS : les pharmacies, organisées en équipe officinale ; les autres professionnels de santé exerçant en ville ; le bureau de la CPTS ; les groupes projets ; les partenaires extérieurs. Suite à cette identification, une hypothèse des différentes relations entre ces entités ont été schématisées (figure 6).

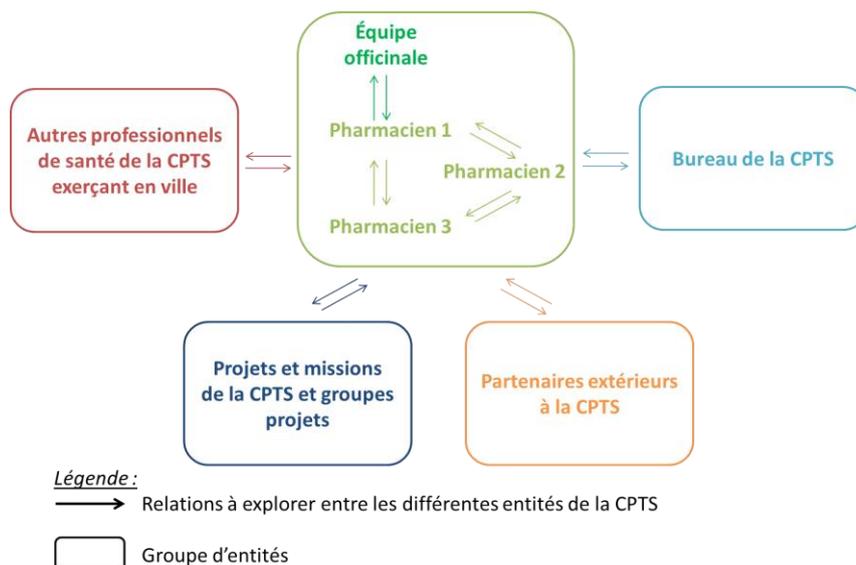


Figure 6 : Hypothèse des entités de la CPTS et relations entre les entités constituant la CPTS

Le guide d'entretien explore ainsi les freins et leviers à l'implication des différentes entités identifiées dans la littérature, et interroge également les freins et leviers des relations entre ces entités (annexe 1). Les questions sont des questions ouvertes, qui permettent à l'enquêté de s'exprimer librement, dans un cadre délimité par l'enquêteur. L'ordre des questions prévoit une progression en fonction des thèmes, afin que la personne enquêtée « explicit[e] et mett[e] au jour ce qu'elle est susceptible de dissimuler d'ordinaire » (45) ; c'est-à-dire que les questions qui permettent d'établir un climat de confiance avec l'enquêté sont posées en premier, ce qui lui permettra de répondre aux questions suivantes, questions auxquelles il pourrait avoir plus de difficultés à répondre.

Le guide d'entretien a été testé plusieurs fois en amont des entretiens, afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles et que le guide permettait d'aborder toutes les entités identifiées et les relations entre elles. Il a été testé auprès de deux collègues du SSMIP, familières de l'organisation en CPTS des professionnels de santé, et d'une collègue pharmacienne d'officine, dont la pharmacie est membre d'une CPTS. Des adaptations ont été faites suite à ces trois entretiens tests.

#### 2.4.2 Le déroulé des entretiens

Le guide d'entretien, comme son nom l'indique, a guidé le déroulé de l'entretien, mais n'a pas constitué une liste de questions immuables qui ont toutes été posées (45). En effet, ce guide est souple, afin que « l'enquêteur laisse venir le plus possible la personne enquêtée pour qu'elle puisse parler selon une logique qui est la sienne » (45). Lors des entretiens, toutes les questions n'ont pas été posées, puisqu'il n'était pas toujours nécessaire de le faire, les enquêtés abordant naturellement les thèmes. En effet, la forme de l'entretien s'est rapprochée d'une conversation, ce qui permet de réduire l'artificialisation de la situation, et souligner l'écoute active vis-à-vis de la personne enquêtée (45).

Les interventions de l'enquêtrice lors de l'entretien ont essentiellement consisté en des relances par reformulation de l'enquêté, qui sont « une sorte de paraphrase plus ou moins fidèle qui vise à amener davantage d'explication » (45). Lorsque plus aucun élément n'était ajouté par l'enquêté, une nouvelle question du guide d'entretien était posée. Par ailleurs, une prise de note a été effectuée au cours des entretiens, ce qui permet de « consigner [...] les énoncés sur lesquels on souhaite revenir, et de préparer les relances » (45).

#### 2.5 Analyse des données

Les entretiens ont tous été retranscrits intégralement au format texte, afin de garantir une analyse rigoureuse des entretiens (45). La retranscription intégrale est définie comme une méthode qui « consiste à reprendre la totalité des informations verbales, paraverbales et non verbales de

l'enquêté et de l'enquêteur. Elle consigne les éventuelles interruptions intervenues en cours d'entretien. L'intégralité des énoncés est reprise mot à mot dans l'ordre de leur énonciation, en respectant les répétitions, les incorrections et toutes les marques relâchées du langage oral » (45).

Après cette retranscription, une analyse thématique des entretiens a été effectuée en utilisant le logiciel de traitement de texte Microsoft Word. L'analyse thématique est une méthode d'analyse descriptive, c'est-à-dire qu'elle « vise à illustrer comment l'expérience se déploie et non seulement combien de fois elle se reproduit » (46).

La démarche de thématisation a été continue, ce qui correspond à une « démarche ininterrompue d'attribution de thèmes, et simultanément, de construction de l'arbre thématique » (46). Le choix s'est ainsi porté sur l'analyse continue, puisqu'elle exige une analyse riche et fine du corpus (46) et se prêtait donc aux objectifs de cette recherche.

Afin de dégager les premiers thèmes, une lecture transversale de tous les entretiens a été effectuée, ce qui permet de s'approprier « les éléments saillants du matériau ainsi qu'une vue d'ensemble de la totalité à analyser » (46). Suite à cette première lecture, une liste de thèmes a été recensée dans un relevé de thèmes. Un thème est « un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (46).

De nouveaux thèmes ont ensuite été créés lors de la deuxième lecture des entretiens, afin de générer des thèmes précis correspondant aux témoignages. Une fois l'analyse de chaque entretien effectuée, un arbre thématique a été créé, qui correspond au « regroupement des thèmes où un certain nombre de rubriques classificatoires chapeautent des grands regroupements thématiques, lesquels se subdivisent à leur tour en autant d'axes thématiques que le phénomène à l'étude le suggère, ces axes étant eux-mêmes détaillés par des thèmes subsidiaires » (46). Concrètement, des sous-thématiques ont été regroupées en thématiques, qui ont elles-mêmes été regroupées en rubriques.

Les rubriques ont été prédéfinies en amont de l'analyse thématique, lors de la construction du guide d'entretien. Il s'agissait :

- Des relations entre les professionnels de santé et les pharmaciens
- Des relations entre les pharmaciens
- Des relations entre les pharmaciens et leur équipe officinale
- Des relations entre les pharmaciens et le bureau
- Des relations entre les pharmaciens et les groupes projets

D'autres rubriques ont ensuite été ajoutées suite à l'analyse du corpus.

Une fois l'arbre thématique créé, une synthèse thématique complète a été effectuée grâce à un tableur Excel. La synthèse thématique complète correspond à l'arbre thématique où chaque thème se voit attribuer les verbatim correspondants (46). La synthèse thématique complète a ensuite servi de base pour la rédaction des résultats.

# RESULTATS

---

L'analyse thématique a permis de mettre en évidence plusieurs grandes rubriques de description des freins et leviers à l'implication des pharmaciens dans la CPTS de Bergerac. Nous décrivons alors dans un premier temps les freins et leviers **des relations** entre les différents corps de métiers et entités composant la CPTS (nature des relations, nature de la communication et moyens de communication) ; puis les freins et leviers **intrinsèques** aux différents corps de métiers et entités composant la CPTS. Le contenu de ces parties et de leurs sous-parties n'est pas égal ; il dépend du matériau recueilli pour chaque thème. Chaque sous-partie des résultats propose, en complément de la rédaction, des figures récapitulatives des freins et leviers qui permettent de guider le lecteur.

Les profils des pharmaciens ont permis d'enquêter tous les rôles des pharmaciens dans la CPTS ; la vice-présidente chargée de la pharmacie, la secrétaire de la CPTS, les administrateurs suppléants et les adhérents simples (tableau 1). Cependant, afin de garantir l'anonymat des données, le lien entre le numéro des pharmaciens et leurs rôles ne pourra pas être fait dans ce travail. Il en est de même pour les villes d'exercice des pharmaciens : des données plus précises compromettraient leur anonymat.

Tableau 1 : Description des enquêtés

Pharmacies	Description des enquêtés	Durée	Date
Pharmacie 1 [P1]	Pharmacien, homme, commune autre que Bergerac	26 minutes	13/01/21
Pharmacie 2 [P2]	Pharmacien, femme, Bergerac	42 minutes	13/01/21
Pharmacie 3 [P3]	Pharmacien, femme, Bergerac	32 minutes	14/01/21
Pharmacie 4 [P4]	Pharmacien, homme, commune autre que Bergerac	42 minutes	14/01/21
Pharmacie 5 [P5]	Pharmacien, homme, Bergerac	25 minutes	14/01/21
Pharmacie 6 [P6]	- Pharmacien, femme, Bergerac - Pharmacien, femme, Bergerac ( <i>absente lors de l'entretien</i> )	18 minutes	14/01/21
Pharmacie 7 [P7]	Pharmacien, femme, Bergerac	33 minutes	18/02/21
Pharmacie 8 [P8]	- Pharmacien, femme, commune autre que Bergerac - Pharmacien, femme, commune autre que Bergerac	25 minutes	19/01/21

# 1 Freins et leviers des relations entre les différents corps de métiers et entités composant la CPTS

Les résultats présentés ici illustrent les relations au sein de la CPTS entre les différents professionnels de santé, qu'elles soient interprofessionnelles ou intraprofessionnelles. Elles illustrent également les relations entre les pharmaciens et les entités constitutives de la CPTS, à savoir le bureau et les groupes projets. Une description de ces relations est proposée, ainsi que les modalités et la nature des communications. Un résumé schématique des freins et leviers de chaque sous-partie est proposé à la fin de chaque corps de texte. Lorsqu'il est pertinent, un résumé sous format texte est également proposé.

## 1.1 Les relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles depuis l'adhésion à la CPTS

### 1.1.1 Relations et modalités d'échanges entre les différents professionnels de santé

Les relations entre les professionnels de santé et les pharmaciens se sont nettement améliorées depuis l'adhésion à la CPTS. A l'exception de deux pharmaciennes, tous expliquent que la CPTS leur a permis de mettre « *un visage* » sur des noms ; « *le simple fait de mettre un visage sur la personne, ça humanise vraiment les relations* » [P4]. Les relations sont ainsi meilleures, puisque les pharmaciens savent désormais à qui ils s'adressent lorsqu'ils contactent d'autres professionnels. Les enquêtés expliquent également l'amélioration de ces relations par le fait qu'ils ont pu découvrir le métier des autres professionnels de santé : « *[la CPTS permet] de se rendre compte qu'on est complémentaire. Moi à la pharmacie, je vois jamais ce que fait une infirmière à domicile* » [P3]. Connaissant la réalité des métiers de leurs différents collègues, il est alors plus facile d'échanger entre eux.

Ainsi, la majorité témoigne que les échanges sont facilités entre les professionnels grâce à la CPTS. Les pharmaciens expliquent que ces échanges sont plus cordiaux et qu'ils ont moins le sentiment de déranger les professionnels qu'ils contactent, ce qui facilite les échanges. Certains expliquent même qu'auparavant, ils avaient la sensation de remettre en question la légitimité de la prescription voire du prescripteur : « *Vous le dérangez, parce qu'il est en plein boulot lui aussi. On l'appelle pour un problème, bon où il a pas toujours la réponse sur le moment, donc on est dans une position [...] un petit peu intrusive, où on remet en question un petit peu son boulot, puisque c'est soit une erreur, soit quelque chose que nous on a pas compris, donc on est pas dans quelque chose de positif. L'intérêt de ces relations à travers la CPTS, [...] c'est qu'on se voit dans un autre cadre, vraiment positif, d'échanges constructifs, et rien que ça au niveau des relations ça apporte beaucoup* » [P4]. Grâce à la CPTS, les pharmaciens n'hésitent plus à contacter les autres corps de métiers.

Toutefois, ce discours n'est pas partagé par tous les enquêtés. Certains expliquent que la CPTS n'a eu qu'un très léger impact sur leurs relations interprofessionnelles, voire aucun impact : « *on s'aperçoit que généralement les rapports restent les mêmes, c'est-à-dire les médecins entre eux, les pharmaciens entre eux, les infirmières entre eux* » [P8]. Les professionnels se regroupent ainsi par profession, sans que de réels liens soient établis entre eux.

Par ailleurs, il est difficile de préciser si les relations se sont améliorées entre tous les professionnels de santé. En effet, si les médecins et les infirmiers sont beaucoup pris en exemple, les enquêtés ne mentionnent quasiment jamais les masseurs-kinésithérapeutes, et jamais les chirurgiens-dentistes.

En outre, si de manière générale les relations se sont améliorées, la majorité des enquêtés témoigne d'une certaine tension entre quelques médecins membres de la CPTS et les autres professionnels. Ces médecins sont décrits comme étant plus âgés, par opposition aux jeunes médecins, qui sont plus ouverts et prompts à accorder de la légitimité aux autres professionnels de santé, comme l'explique cette enquêtée : « *maintenant ça change quand même, les médecins sont plus à l'écoute de ce qu'on peut conseiller, de ce qu'on recommande, on a des contacts en plus avec la nouvelle génération, où les médecins sont habitués quand même à avoir des contacts avec les pharmaciens* » [P7]. Ils sont ainsi représentés comme pouvant travailler de manière solitaire, au détriment de l'interprofessionnalité prônée par la CPTS : « *[on leur dit] : "il faudrait travailler avec tel cabinet de médecins", [ils répondent] "non j'ai pas envie, celui-là je l'aime pas"* » [P3].

Néanmoins, ces relations tendent à s'améliorer, comme l'expliquent certains enquêtés : « *Petit à petit les mentalités changent [...] On est pas là nous pour les embêter, et eux sont pas là pour nous embêter, [...] on peut travailler de façon mieux pour le bien être du patient* » [P3]. Progressivement, les comportements changent vis-à-vis des autres professions et l'interprofessionnalité s'installe petit à petit.

- **Les moyens de rencontre**

Les enquêtés expliquent l'amélioration des relations par le fait qu'ils ont pu rencontrer les professionnels de santé lors des différents événements organisés par la CPTS, avant la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2. Ce constat peut alors en partie expliquer pourquoi deux pharmaciennes n'ont pas trouvé de changement dans leurs relations interprofessionnelles depuis leur adhésion, puisqu'elles ne se sont rendues qu'à deux événements. Ces éléments montrent ainsi l'intérêt des rencontres en présentiel.

Par ailleurs, beaucoup témoignent que la crise sanitaire a été un catalyseur des relations interprofessionnelles : « *cette année ça a un peu accéléré les choses, [...] au niveau de la coordination, du contact avec les autres praticiens* » [P1]. En effet, face à la nouveauté qu'a représentée la pandémie, il a été nécessaire de communiquer et de s'entraider : « *on a mis en place des outils, le cadre du COVID [...] ça a montré l'utilité de la structure. Là y'a encore un mois ou deux on avait un lien, avec les EPI<sup>13</sup>, pour pouvoir se trouver du matériel entre nous [...]. Quand on a eu le début du COVID, que y'avait pas de masques, Auriane<sup>14</sup> nous a trouvé un fournisseur. J'ai trouvé deux trois copains, on a réussi à faire une commande groupée, on a été équipés en masques très vite, voilà, c'est grâce aux liens qu'on a tissés au travers de cette CPTS* » [P4]. La CPTS a ainsi permis une réactivité et une organisation face à la crise, qui n'auraient peut-être pas pu être de cette ampleur sans cette structure de coordination.

- **Les moyens de communication**

Des changements notables sont à relever depuis l'entrée dans la CPTS. En effet, certains pharmaciens ont désormais les numéros personnels de certains professionnels, notamment de médecins, ce qui permet de ne pas passer par le secrétariat, qui était source de délais dans les réponses : « *[on communique] davantage avec les médecins, ou plus facilement, parce que [...] les cabinets médicaux, ils ont des plateformes de secrétariat, donc avant d'avoir la bonne personne... Et puis, on sait pas trop si on dérange, si on dérange pas, et cetera. Donc bah maintenant tout le monde est quand même assez connecté avec son téléphone, donc assez rapidement on a des réponses* » [P7].

La CPTS a par ailleurs implanté Paaco-globule<sup>15</sup>, dont les retours sont mitigés. En effet, certains pharmaciens l'utilisent ; « *paaco-globule [...], ça c'est un petit peu utilisé* » [P4], tandis que d'autres n'en ont pas l'utilité. Les raisons sont multiples : le programme n'est pas adapté à leurs patientèle ; « *je suis en centre-ville alors les gens ont toujours fait attention à leur santé* » [P2], peu de professionnels s'en sont emparés « *vous avez des infirmiers trop âgés qui vont jamais utiliser ça, inversement y'a des pharmaciens qui sont pas du tout dans l'informatique* » [P4], les professionnels avec qui le pharmacien travaillent ne l'ont pas « *je suis excentré un petit peu au fin fond de ma campagne, et dans mon village j'ai pas d'autres praticiens qui font partie de la CPTS* » [P1].

---

<sup>13</sup> Equipements de Protection Individuelle

<sup>14</sup> Le prénom a été modifié afin de conserver l'anonymat de la personne mentionnée par l'enquête.

<sup>15</sup> Paaco-Globule est un outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de santé. Il est déployé dans la région Nouvelle-Aquitaine pour le suivi de tous types de parcours de santé (47).

Un autre système de communication a été instauré au niveau de la CPTS : MSSanté<sup>16</sup>. Ce système n'est cependant quasiment pas utilisé par les enquêtés, qui déplorent la difficulté d'accès, liée à une surprotection des données : « *on nous a mis mms santé<sup>17</sup>, mais on le regarde qu'à moitié parce que c'est pas simple d'utilisation, parce que c'est tellement sécurisé que on arrive à avoir ses mails au bout d'un quart d'heure* » [P8].

De manière générale, si les moyens de communication ont évolué, les anciens modes sont toujours très utilisés. Il est ainsi fréquent de communiquer par téléphone : « *l'échange du suivi patient reste beaucoup téléphonique* » [P1] et de faxer des ordonnances directement à la pharmacie « *on est encore au fax* » [P8].

Il est à noter que les pharmaciennes enquêtées qui font partie de la même pharmacie ont un discours discordant avec les autres professionnels. Elles déplorent le trop grand nombre de moyens de communication qui ont été mis en place « *y'a des logiciels qui sont sécurisés, pas sécurisés, personne a les mêmes, donc on arrive pas à communiquer, on sait pas par quelle voie on doit communiquer [...]. Chacun veut vendre son système et on se retrouve avec 4 logiciels* » [P8]. Ces pharmaciennes sont aussi satisfaites de la modalité de communication par l'intermédiaire des secrétariats : « *les secrétariats sont quand même en niveau plus direct avec les médecins, donc ça passe mieux, c'est plus rapide* » [P8].

#### ○ **La nature des communications**

La nature des communications entre les différents professionnels de santé n'a pas évolué, d'après les enquêtés : « *la fréquence [des échanges avec les autres professionnels de santé] non [n'a pas évoluée], parce que c'est pas nous, c'est en fonction des patients, c'est pas nous qui décidons de la fréquence, et la nature, non pas vraiment, pas pour l'instant* » [P6]. Avec les médecins, ces communications concernent surtout des incompréhensions sur des ordonnances (erreur de dosage, précision sur un médicament ...) : « *j'ai une patiente qui a un surdosage morphinique, j'envoie un SMS au médecin et je dis " bon alors là ça me va pas trop ", et il me rappelle* » [P2]. Avec les infirmières, la communication concerne les médicaments (organisation de la délivrance par exemple) et les soins de patients : « *t'as [l'ordonnance pour] les pansements, tu dis " mais ça va pas du tout " [...] alors j'envoie la photo de la plaie [à l'infirmière], elle dit " non mais là il faut pas faire ça " ».*

---

<sup>16</sup> MSSanté est un système de messageries électroniques réservé aux professionnels de santé, qui assure la sécurité des échanges (48)

<sup>17</sup> Comprendre « MSSanté »

## Résumé

### Leviers

En somme, les relations entre les professionnels de santé et les pharmaciens se sont améliorées depuis la création de la CPTS. Ces relations ont été favorisées par des rencontres physiques antérieures à la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2. Contre toute attente, cette crise sanitaire a aussi fédéré les professionnels de santé, et a été source d'entraide entre eux. La CPTS a aussi permis de mieux comprendre les réalités et les missions du métier des autres professionnels. Ainsi, les échanges ont été grandement facilités. Aussi, les moyens de communication ont évolué, puisque les professionnels échangent entre eux au travers de moyens plus personnels (numéros de téléphone personnels) et grâce à l'outil Paaco-globule pour certains d'entre eux.

### Freins

Toutefois, la multiplicité des moyens de communication a été soulevée par des enquêtés, et s'avère être un frein à la communication. Par ailleurs, des tensions entre certains médecins et les autres professionnels de santé viennent entacher la qualité des relations, mais s'atténuent avec le temps. De plus, les relations relatives aux masseurs-kinésithérapeutes et aux chirurgiens-dentistes n'ont été que peu décrites ; il est alors difficile d'émettre une description de ces relations. Enfin, deux pharmaciennes ont eu un discours discordant avec le reste des enquêtés, et n'ont pas trouvé d'amélioration aux relations interprofessionnelles

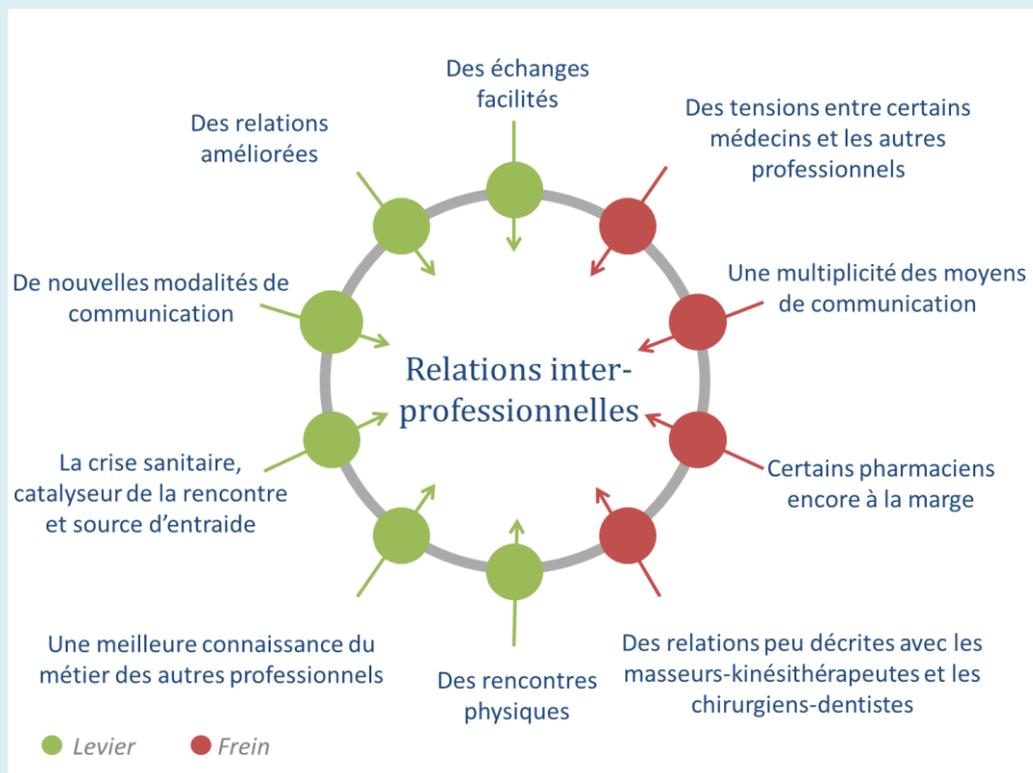


Figure 7 : Freins et leviers des relations entre les différents professionnels de santé

### 1.1.2 Relations et modalités d'échanges entre les pharmaciens

La CPTS a permis aux pharmaciens de renforcer leurs relations, en favorisant leur rencontre. Tous ne se connaissant pas avant leur entrée dans la CPTS, notamment en raison de la distance géographique qui les sépare, comme l'explique cet enquêté : « *j'ai [...] rencontré [...] [mes] propres confrères hein, c'est ça qui est rigolo. Parce que j'avais des pharmaciens à l'autre bout de Bergerac, dans des zones où je ne vais jamais, et c'est un plaisir, on se dépanne souvent* » [P4]. En outre, la majorité témoigne que la CPTS a favorisé l'entraide entre eux, dans un métier qui est, de par sa nature, solitaire : « *on est quand même des indépendants, on est toujours tout seuls à la tête de notre petite entreprise, mais y'a pas mal de solidarité entre pharmaciens* » [P7]. Certains ont même développé de vraies relations amicales, dont ils attribuent l'origine à l'entrée dans les CPTS « *le fait de développer un peu ce lien amical, c'est grâce à la CPTS* » [P4].

Par ailleurs, comme pour les relations décrites précédemment, la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2 a été un catalyseur de leurs relations ; elle a permis la création d'un groupe WhatsApp, avec pour but de gérer l'organisation relative à la crise « *on a créé un groupe WhatsApp [...], ça génère des relations plus proches et plus chaleureuses* » [P6]. Ce groupe leur a ainsi permis de pallier aux différentes pénuries (masques, gel hydroalcoolique, médicaments etc.) auxquelles les pharmacies ont été confrontées, notamment lors du premier confinement<sup>18</sup> : « *[le groupe] a été assez pratique pour les masques, les tests [...], [il] continue à l'être maintenant pour les vaccinations COVID* » [P5]. Ainsi, le groupe est toujours utilisé et constitue un vrai atout pour les pharmaciens ; il leur permet non seulement d'échanger des informations importantes entre eux mais aussi de les filtrer : « *ça a le mérite d'accéder directement aux informations les plus importantes* » [P4]. En effet, tous témoignent de l'utilité de l'outil, qui leur permet d'accéder rapidement aux informations qui les concernent.

Le groupe WhatsApp semble être le principal canal de communication entre les pharmaciens, même si certains échangent également par téléphone : « *on se connaît bien, je les appelle y'a pas de soucis* » [P1].

Toutefois, il est à noter que le discours des deux pharmaciennes appartenant à la même officine diffère de celui des autres enquêtés. En effet, elles n'attribuent pas la création du groupe WhatsApp au fait d'adhérer à la CPTS, et considèrent qu'il aurait tout de même vu le jour si la CPTS n'avait pas existé : « *on a organisé un groupe WhatsApp qui nous permet d'avoir des informations, je pense qu'on aurait pu le faire sans créer la CPTS* » [P8].

---

<sup>18</sup> Le confinement général de la population française s'est déroulé du 17 mars au 11 mai 2020

### Résumé schématique des freins et leviers des relations entre les pharmaciens

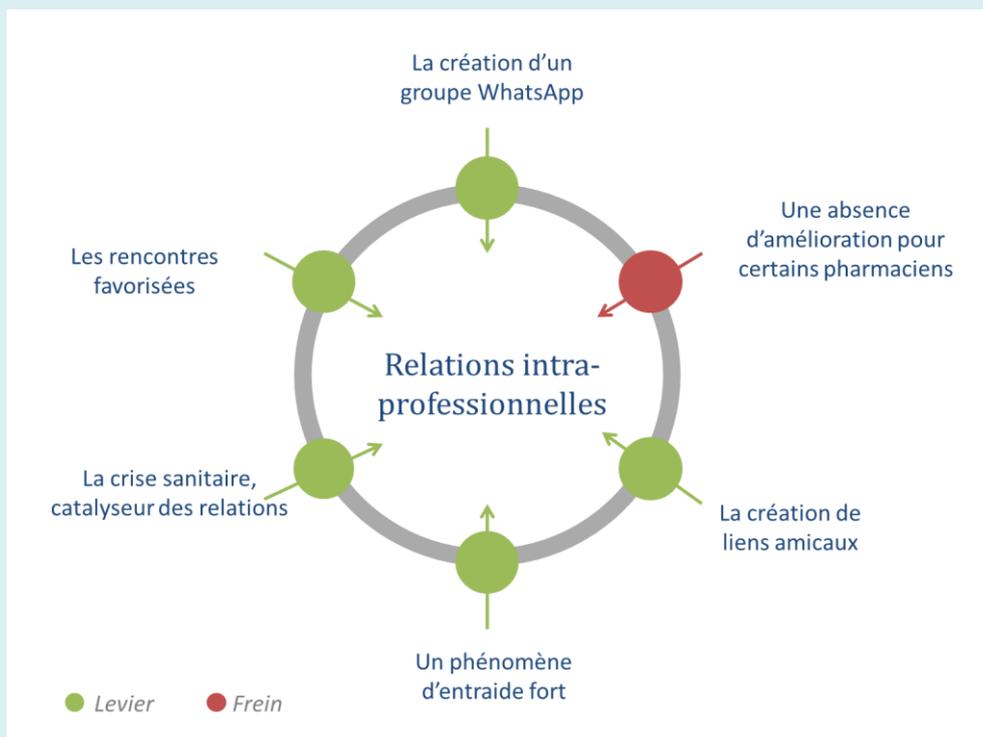


Figure 8 : Freins et leviers des relations entre les pharmaciens

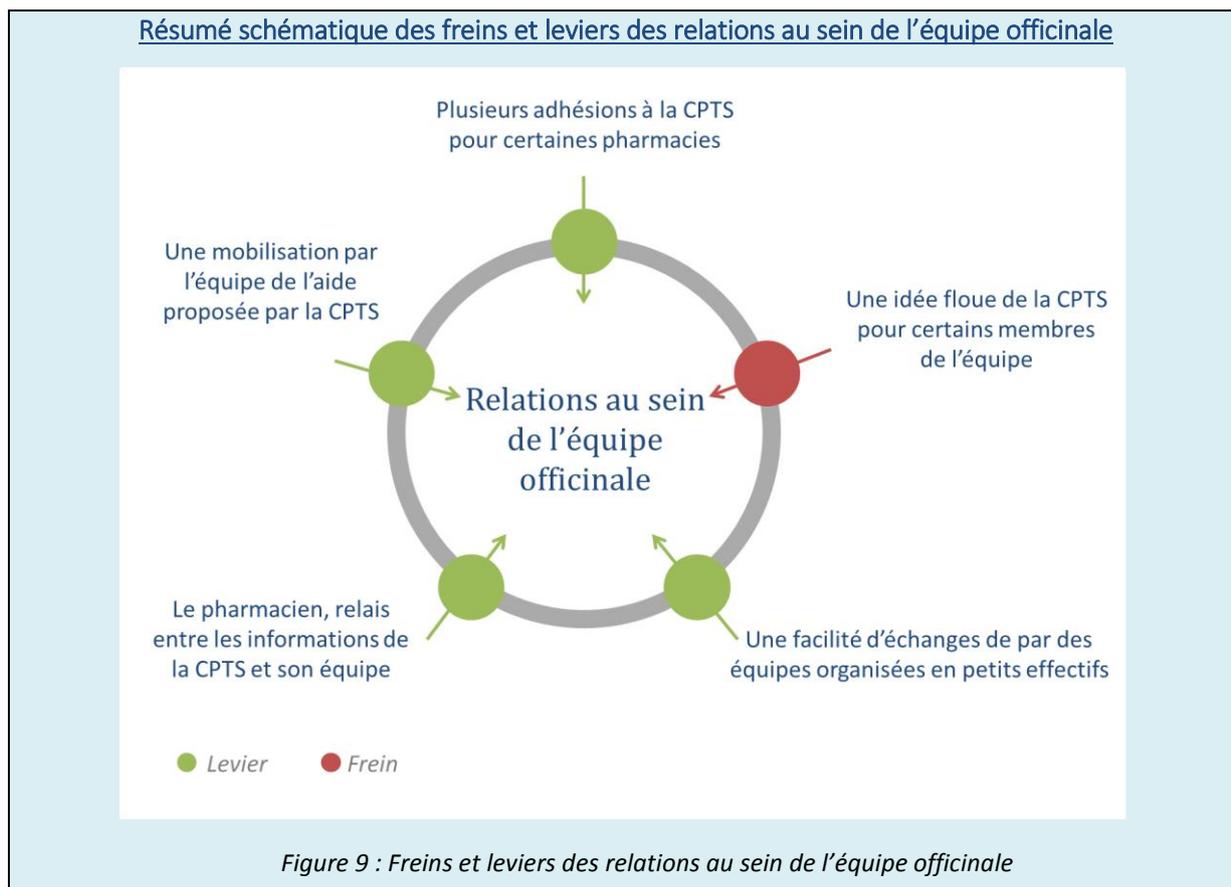
#### 1.1.3 Relations et modalités d'échanges au sein de l'équipe officinale

Dans certaines officines, plusieurs pharmaciens sont adhérents, par souci de partage des tâches et d'accès au réseau créé par la structure : « [c'était] logique qu'on y soit toutes les deux, et en plus si y'en a une qui peut pas, l'autre peut y aller à la réunion [...]. [C'était] par partage des tâches, voir les gens aussi » [P6]. Dans la majorité des officines, l'équipe officinale n'a pas toujours une idée claire des missions de la CPTS, mais est consciente qu'elle peut répondre à certaines de leurs interrogations : « c'est eux qui me disent : " bah t'as pas une solution quoi ? " » [P2]. Ils demandent ainsi à leurs titulaires de se renseigner auprès des autres membres de la CPTS.

Les pharmaciens adhérents se posent également en relais entre les informations reçues par la CPTS et leur équipe : lorsqu'ils jugent que des informations peuvent être utiles à l'ensemble des membres de l'officine, ils les partagent. Ces informations peuvent aussi bien concerner des modalités pratiques à destination des professionnels, comme l'organisation de la vaccination contre le Sars-CoV-2 ; « y'a eu la mise en place de la vaccination COVID pour les équipes, [...] c'est la CPTS qui a recensé les professionnels qui voulaient se faire vacciner, [...] j'ai pris l'info, j'ai fait remonter » [P1] ou bien des informations sur certains patients ; « je suis pas à la pharmacie, je les appelle, je leur dis : " vous avez

vu, pour madame machin y'a ça, y'a cette ordonnance à sortir, il faudra peut-être aller la livrer " » [P7].

Les enquêtés expliquent cette facilité d'échange de par des équipes de petites tailles, ce qui permet plus facilement de transmettre et de recevoir les informations : « j'ai une équipe on est 4, on n'est pas non plus, c'est pas une multinationale. Donc on arrive à communiquer, on se laisse des messages » [P7].



## 1.2 Les relations entre la gouvernance de la CPTS et les pharmaciens

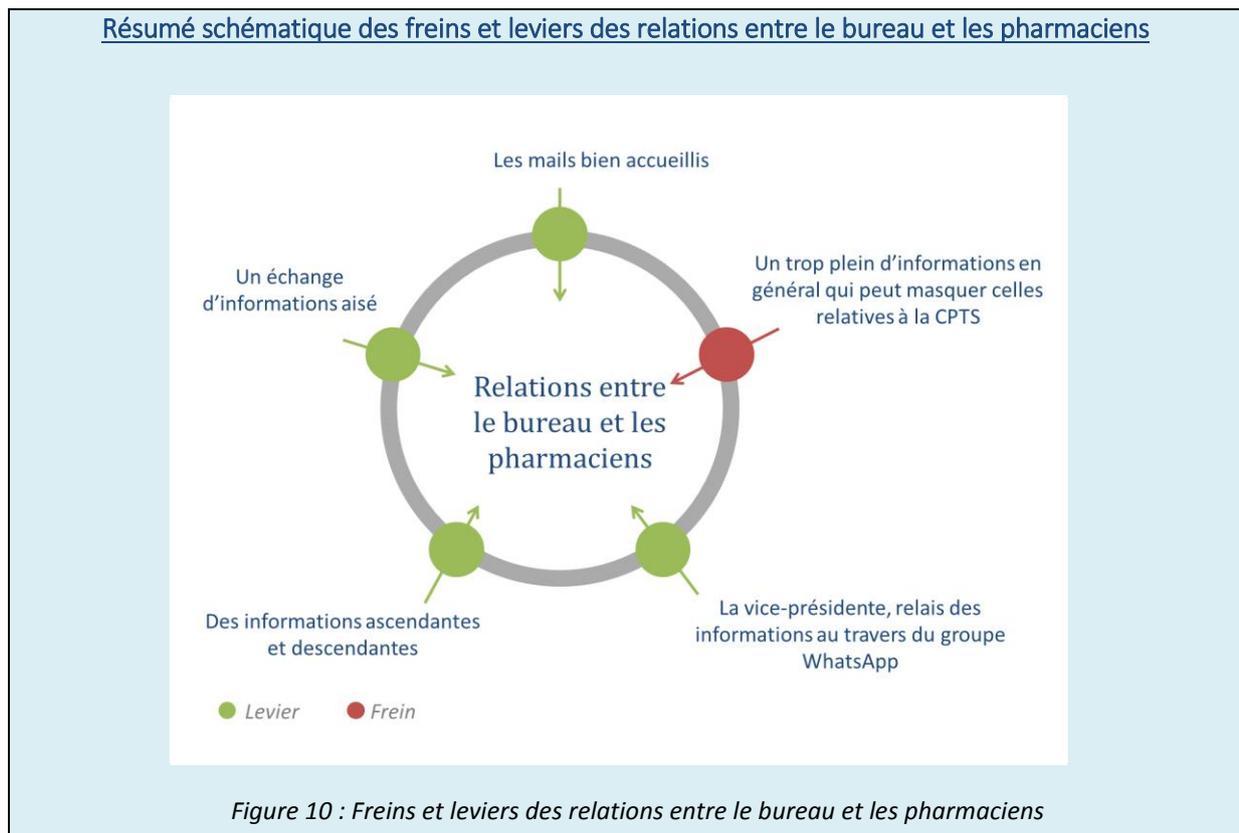
### 1.2.1 Relations et modalités de communication entre le bureau de la CPTS et les pharmaciens

Les enquêtés s'accordent à dire que l'échange d'informations entre le bureau de la CPTS et les adhérents est aisé : « [le bureau communique] essentiellement par mail [...]. Le lien se fait par mail, échanges par mail, mais en général oui oui, c'est facile de les joindre, on décroche le téléphone, non y'a pas de problème » [P4]. Ces échanges se font ainsi majoritairement par mail, et les informations sont ainsi aussi bien descendantes qu'ascendantes.

Certains enquêtés expliquent cependant qu'ils n'accordent pas toujours beaucoup d'importance à ces informations : « *on est pas forcément aussi attentives à tout tout tout, par rapport à toutes les informations qui nous arrivent* » [P8].

La CPTS communique également avec ses adhérents par le biais de leur page Facebook, mais un seul pharmacien a expliqué la consulter : « *la page Facebook est beaucoup plus facile en gestion on va dire [...]. Ça arrive sur mon fil de l'eau perso, donc voilà, je les vois passer* » [P1].

Par ailleurs, la communication se fait également au travers du groupe WhatsApp, initié et animé par la vice-présidente en charge de la pharmacie. Elle communique directement avec les pharmaciens par ce biais. Les retours sur ce moyen de communication entre le bureau et les pharmaciens sont très positifs, puisqu'ils expliquent tous consulter régulièrement le groupe et intégrer les informations : « *c'est sur nos téléphones portables, donc par la force des choses, on a l'information qui nous arrive [...]. La difficulté dans nos métiers c'est la gestion de l'information. On est extrêmement sollicités [...], c'est des dizaines de mails qui tombent, [le groupe WhatsApp] a le mérite d'accéder directement aux informations les plus importantes [...] et rapidement aussi.* » [P4].



### 1.2.2 Relations et modalités de communication entre les groupes projets et les pharmaciens

De la même manière que pour les relations avec le bureau, les informations relatives aux projets de la CPTS sont communiquées par mail : « *les mails bien sûr, ils nous écrivent régulièrement* » [P6]. Cependant, les enquêtés font état de différents projets, et il est difficile de faire un état des lieux des différents projets portés par la CPTS et de leur état d'avancement.

#### Résumé schématique des freins et leviers des relations entre les groupes projets et les pharmaciens

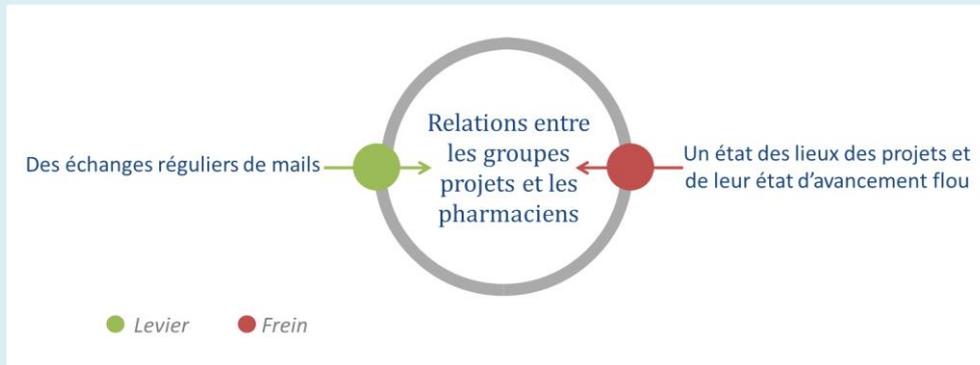


Figure 11 : Freins et leviers des relations entre les groupes projets et les pharmaciens

## 2 Freins et leviers des différentes entités et professionnels de santé composant la CPTS

Les résultats présentés ici illustrent les freins et leviers intrinsèques à certaines composantes de la CPTS : les pharmaciens, le bureau et les projets. Ils illustrent par ailleurs les freins et leviers proprement liés à la CPTS. Les freins et leviers intrinsèques aux autres professionnels de santé et à l'équipe officinale ne sont pas abordés dans cette partie, puisqu'ils n'ont pas été mis en évidence lors de l'analyse des résultats. Un résumé schématique des freins et leviers de chaque sous-partie est proposé à la fin de chaque corps de texte.

### 2.1 Freins et leviers liés aux pharmacies

Les pharmaciens se disent en majorité satisfaits par leur organisation en CPTS, mais déplorent le manque de temps pour s'y investir davantage. Plusieurs raisons expliquent ce manque de temps : un autre investissement professionnel : « *moi c'est vraiment le facteur temps [...], j'ai d'autres obligations sur d'autres aspects du métier, [...] il faut faire des choix* » [P4], une impossibilité de se libérer sur les horaires d'ouverture de l'officine « *pendant le temps de l'officine, moi ma structure me permet pas de me dégager beaucoup de temps* » [P6], un manque d'énergie et de motivation lié à la fin de carrière : « *je suis plus en fin de carrière, j'en ai vu, donc faut laisser la place aux jeunes aussi, avec toutes les nouvelles méthodes qu'elles dominant mieux que nous certainement* » [P6].

Par ailleurs, certains pharmaciens n'ont pas retrouvé dans la CPTS ce qu'ils en attendaient lorsqu'ils s'y sont inscrits. Ils décrivent qu'ils avaient des attentes concernant la revalorisation de la place du pharmacien dans le parcours de santé du patient : « *y'a pas la CPTS au sens où on l'entendait, qui faisait que le pharmacien, professionnel de santé, était au stade d'exercice coordonné, enfin ce qu'on nous prévoyait, ce que le texte nous prévoyait* » [P5]. Ils expriment également des attentes concernant les formations : « *je vous parlais de formations, donc ça c'est une attente que j'avais, ça y'en a pas eu* » [P4].

En outre, pour certains pharmaciens installés en dehors de Bergerac, la distance géographique peut constituer un frein pour l'implication dans les projets de coordination de la CPTS. En effet, pour ceux qui sont à la limite de la zone géographique de la CPTS, les professionnels de santé aux alentours ne sont pas membres de la CPTS pour la plupart, puisqu'en dehors de la zone géographique : « *mon village fait partie de la communauté de Bergerac, mais je suis tellement loin de Bergerac que j'ai une majorité de patientèle qui est sur un autre secteur, mitoyen* » [P4]. Dans ce cadre, l'utilisation de l'outil Paaco-globule n'est pas très utile, puisqu'il n'est pas partagé avec ces professionnels de santé hors-CPTS<sup>19</sup>. D'autre part, deux pharmaciennes se sentent moins impliquées dans les projets et dans la communauté de professionnels, de par la distance géographique qui les sépare de Bergerac : « *c'est lié au fait que nous on est pas dans le centre de Bergerac [...]. Est-ce que ça marche mieux ailleurs, est-ce que c'est lié effectivement à ici ?* » [P8].

Toutefois, il existe une réelle volonté des pharmaciens de s'impliquer davantage dans la CPTS : plusieurs enquêtés ont fait part lors des entretiens de diverses solutions, comme déléguer leur rôle d'adhérent à d'autres membres de leur équipe : « *déléguer aussi la gestion, le lien avec la CPTS à un membre de l'équipe* » [P4] ou rejoindre des groupes de travail « *il faudrait que je m'implique [...], quand je vous disais que j'ai été négligeant vis-à-vis des formations, vis-à-vis des groupes de travail* » [P5].

---

<sup>19</sup> Se référer à la partie « relations et modalités d'échanges entre les différents professionnels de santé » pour plus de précisions.

## Résumé schématique des freins et leviers des pharmaciens

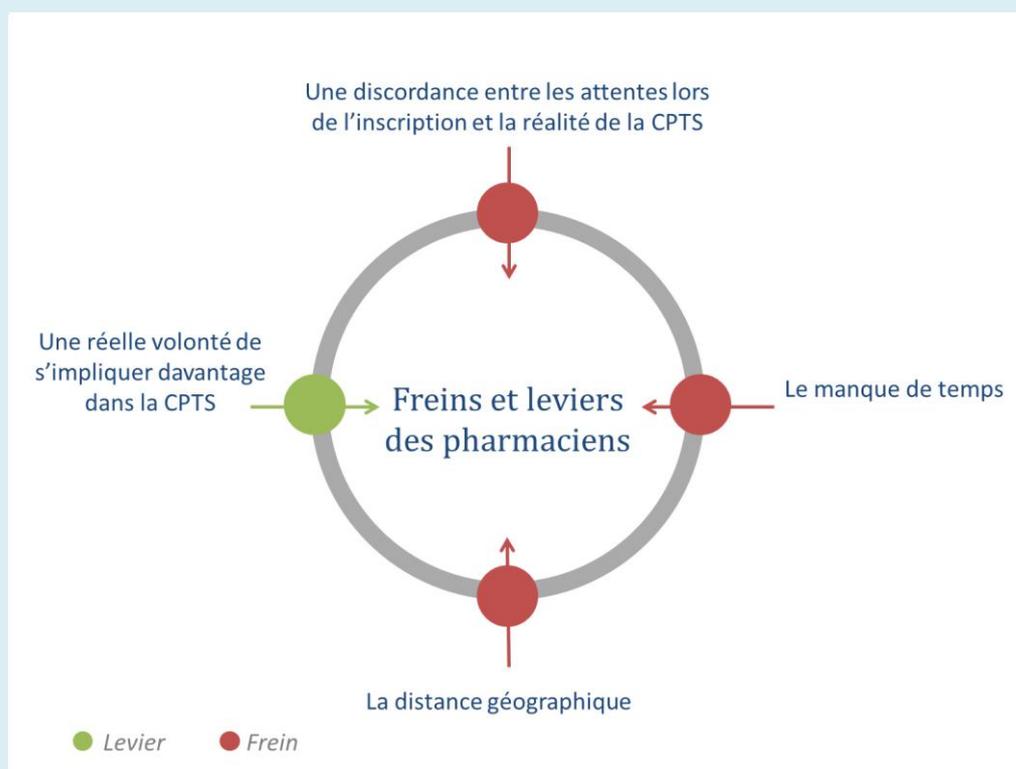


Figure 12 : Freins et leviers des pharmaciens

## 2.2 Freins et leviers des projets, du bureau et de la structure proposée

### 2.2.1 Freins et leviers des projets de la CPTS

Plusieurs freins et leviers existent dans l'implication aux différents projets de la CPTS. En premier lieu, peu de pharmaciens sont parties prenantes des groupes projets de la CPTS, et ne s'investissent donc pas dans la construction de ceux-ci. La raison principale énoncée, en dehors du manque de temps développée ci-dessus, est que les projets ne concernent pas directement le métier de pharmacien : « on est moins impliqués parce que c'est pas nous qui faisons la téléconsultation » [P1]. Beaucoup prennent l'exemple du projet de la mise en place de la téléconsultation, qui a concerné essentiellement les médecins et les infirmiers, les pharmaciens n'ayant pas de rôle à jouer dans ce projet. Néanmoins, plusieurs émettent donc la volonté de s'investir dans des projets, mais lorsqu'ils seront plus interprofessionnels : « j'ai pas senti que je pourrais leur apporter quelque chose dans les domaines d'expertises qu'ils regardaient, donc voilà, j'attends le bon créneau » [P1].

En outre, certains enquêtés, conscients du temps et de l'énergie que demandent la construction et la mise en œuvre d'un projet, ne souhaitent pas s'investir dans des groupes de travail. En effet, ils considèrent que les résultats attendus et l'adhésion des professionnels seront faibles, et qu'ainsi,

s'impliquer dans des groupes de travail n'en vaut pas la peine : « *on met beaucoup d'énergie pour des résultats efficaces moyen* » [P8].

Par ailleurs, de la même manière que pour les relations entre professionnels de santé et pharmaciens, certains médecins apparaissent comme étant des freins à l'investissement dans les projets de la CPTS. En effet, plusieurs enquêtés expliquent que le pouvoir des médecins est fort au sein de la CPTS, et que les projets peuvent-être très médecins-centrés, excluant la participation des autres professionnels « *on est pas médecins, hein ici vraiment j'ai l'impression que c'est les médecins qui tirent un peu ...* » [P2]. La téléconsultation en officine, prévue par la convention nationale des pharmaciens, a ainsi été écartée « *ils étaient pas pour le développement des téléconsultations en officine* » [P7]. Il a donc été prévu un autre dispositif, ne prenant pas en compte la possibilité de proposer la téléconsultation en officine.

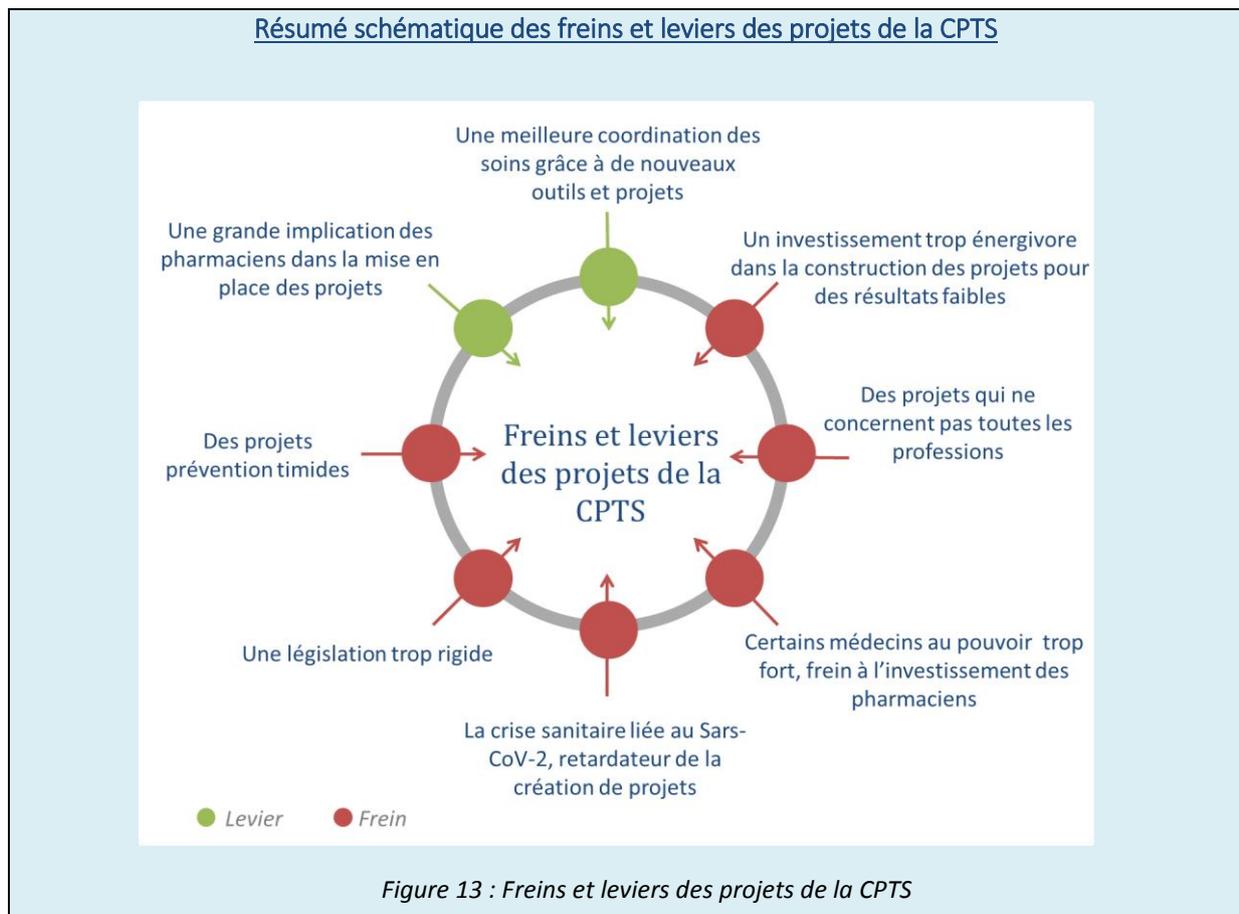
De plus, la construction et la mise en place de certains projets est freinée par la législation, comme l'explique une enquêtée. Parmi les exemples qu'elle prend pour illustrer ses propos, elle explique qu'aurait souhaité embaucher une infirmière lorsque la vaccination a été autorisée à l'officine (24): « *j'ai dit [à une collègue infirmière] « là mais attend [...] j'ai l'impression de te piquer ton boulot un petit peu ! Bon est-ce que tu peux pas téléphoner à ton Ordre pour savoir si tu peux pas [...] venir travailler à la pharmacie ? », leur Ordre leur dit " non mais il est impossible que vous alliez travailler dans les pharmacies ". Hop je dis " comme ça c'est vu ! " » [P2]. Elle s'est ainsi heurtée à la législation, qui n'autorisait pas ce genre de pratiques.*

La crise sanitaire liée au Sars-CoV-2 a aussi engendré un ralentissement dans la création de nouveaux projets de la CPTS. En effet, les réunions rassemblant tous les adhérents se sont faites plus rares depuis le début de la crise. Les enquêtés rapportent que la dernière réunion de la sorte datait du jeudi 12 mars 2020 : « *la dernière réunion qu'on avait eu, je m'en rappelle c'était le 12 mars, c'était le soir où le Président de la République nous annonçait qu'on risquait d'être confinés* » [P7]. Par ailleurs, l'organisation liée à la gestion de la crise a mobilisé tout le temps disponible pour mettre en place de nouveaux projets non reliés : « *[on est] en temps de crise, et en plus les priorités elles sont différentes [...]. Là on est beaucoup sollicités pour la vaccination des plus de 75 ans quoi !* » [P2].

Malgré ces freins à l'implication et à la création de projets, une vraie amélioration de la coordination au sein de la CPTS se dessine, grâce à différents projets : l'outil Paaco-globule, l'instauration des téléconsultations, mais également un projet spécifique à la coordination du parcours du patient, qui permet aux pharmacies de réorienter les patients sans médecins traitants « *on sait vers qui aiguiller notre patient, pour lui dire " ne restez pas sans médecin " » [P1].*

Les projets de prévention sont cependant plus timides, puisque lorsque la question est posée sur les projets préventions portés par la CPTS, la majorité des enquêtés n'a pas connaissance de tels projets : « *En fait là on en entend plus parler [des projets prévention]* » [P2]. Néanmoins, ils se disent tous favorables à la création de ce type de projets, et en voient tous la nécessité : « *effectivement ce serait intéressant de partir sur un thème comme ça* » [P7].

Par ailleurs, bien que les pharmaciens ne soient pas directement acteurs dans la création de nouveaux projets, ils se disent tous impliqués pour les mettre en œuvre une fois qu'ils leurs sont présentés : « *si je sens [qu'un projet proposé par la CPTS] peut amener quelque chose sur la qualité de mon travail ou à mon patient surtout, ça c'est le plus important, euh oui oui j'hésiterais pas à le mettre en place* » [P4]. Il est à noter que ces projets sont d'abord testés : s'ils ne correspondent pas aux besoins ou ne sont pas adaptés aux pratiques des professionnels, ils ne sont pas mis en place définitivement. C'est le cas d'un projet visant à mettre en place des ordonnances dématérialisées, qui pour de multiples raisons n'a pas satisfait les professionnels de santé, « *on avait fait un test de mise en place d'ordonnances dématérialisées qui n'avait pas porté ses fruits* » [P1]. Le système n'a donc pas été conservé par la CPTS.

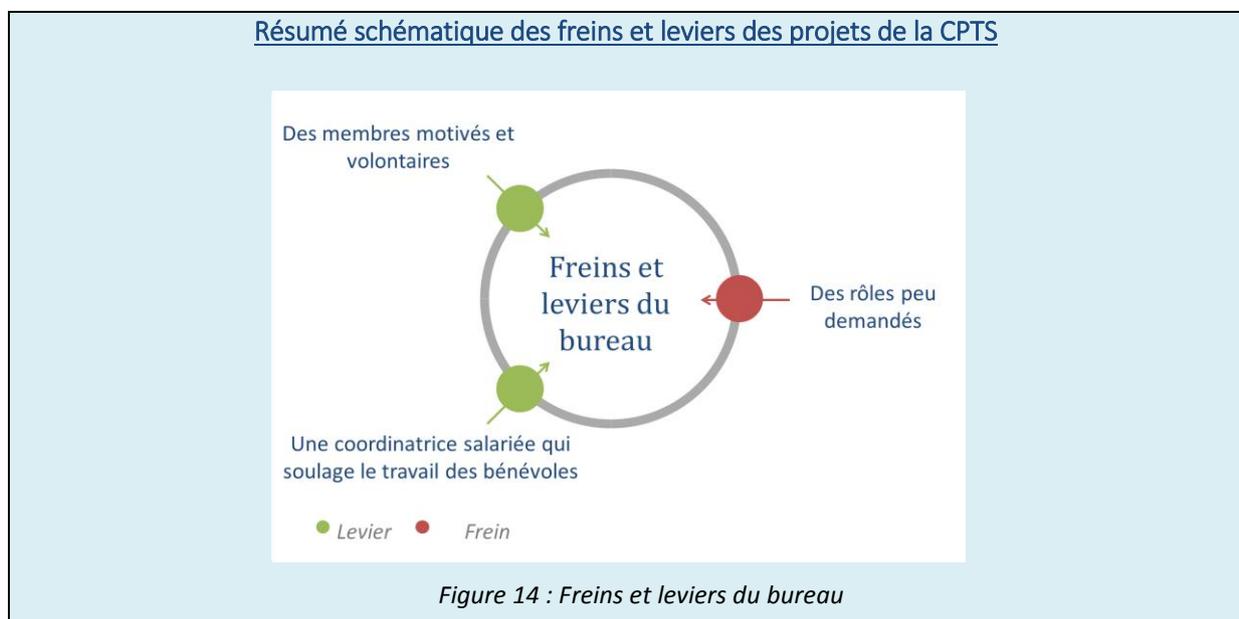


## 2.2.2 Freins et leviers du bureau

Le bureau de la CPTS de Bergerac est organisé avec un président de la CPTS, un vice-président par profession, deux administrateurs suppléants par profession, un trésorier, un secrétaire et un coordinateur salarié. Les personnes en charge de ces rôles changent tous les trois ans, en raison du statut d'association loi 1901 de cette CPTS. Les enquêtés rapportent que ces rôles ne sont finalement pas très demandés : « *personne court après les places* » [P2]. En effet, ils demandent beaucoup d'investissement personnel, comme l'explique une des membres du bureau : « *j'en suis à trois [réunions] cette semaine, une la semaine dernière, donc voilà. Et y'a des fois où y'en a pas du tout pendant deux ou trois mois* » [PX<sup>20</sup>]. La charge de travail est ainsi variable dans le temps.

La coordinatrice, à mi-temps dans cette CPTS, ne semble pas intervenir directement dans la construction des projets, mais plutôt dans la coordination des professionnels de santé, puisqu'elle est en charge de la diffusion des mails ou des préparations de réunions par exemple : « *[Elle] permet [d'envoyer], les mails et tout ça, qu'Inès<sup>21</sup> se cognait quoi [...]. Elle fait beaucoup d'administratif* » [P2]. Son arrivée en tant que salariée a permis de soulager des professionnels de santé qui s'investissaient bénévolement dans la CPTS.

Les rôles dans le bureau sont ainsi détenus par des personnes caractérisés par une grande motivation et un grand volontarisme : « *c'est toujours les mêmes qu'on retrouve* » [P2].



<sup>20</sup> Le numéro d'entretien n'est pas communiqué afin de conserver l'anonymat.

<sup>21</sup> Le prénom a été modifié afin de conserver l'anonymat de la personne mentionnée par l'enquêtée.

### 2.2.3 Freins et leviers de la CPTS

La CPTS de Bergerac présente de nombreux freins et leviers intrinsèques à sa structure. En premier lieu, tous les enquêtés s'accordent à dire que certains éléments moteurs de la CPTS sont constitutifs de son existence. Tous prennent l'exemple de l'ancienne présidente de la CPTS<sup>22</sup>, qu'ils décrivent comme une personne qui s'est énormément impliquée dans la création du statut de la CPTS « *Celle qui a rédigé tous les statuts c'est Laetitia Carlier, qui est infirmière [...]. Son dynamisme a beaucoup apporté* » [P2]. Elle a également plaidé en faveur de l'entrée des pharmaciens dans la structure « *on peut remercier Laetitia Carlier, qui était présidente, qui s'est battue pour que les pharmaciens y rentrent* » [P3]. C'est aussi elle qui portait les projets de la CPTS et communiquait avec les adhérents sur les projets en cours : « *cette infirmière elle faisait beaucoup de boulot, elle faisait des PowerPoint qui nous informaient beaucoup [...]. Elle avait fait la mise en place [...], c'était elle qui nous avait tout expliqué, pour paaco, pour mettre tous ces outils à notre disposition* » [P7]. Les pharmaciens estiment ainsi que sans elle, la CPTS n'aurait peut-être pas pu voir le jour : « *si elle avait pas été là, si quelqu'un avait pas eu sa poigne comme elle, je suis pas sûre qu'on en serait là, donc on peut la remercier* » [P3].

La vice-présidente en charge des pharmaciens est aussi identifiée comme une personne ressource par les enquêtés. C'est elle qui permet de faire le lien entre la CPTS et les adhérents pharmaciens, au travers du groupe WhatsApp : « *récemment Florence faisait le tour pour savoir, les pharmaciens de plus de 60 ans, qui souhaitaient commander un vaccin [...]. En décembre, elle nous faisait connaître la liste des 5 ou 6 médecins de Bergerac qui pouvaient encore accueillir de nouveaux patients [...]. Je crois que ça a été l'un des meilleurs messages qu'on ait reçu* » [P5]. Les observations lors de la prise de rendez-vous téléphoniques confortent ces verbatims ; tous les enquêtés ont orienté l'enquêtrice vers cette vice-présidente, qu'ils jugeaient plus pertinente pour répondre aux questions.

Par ailleurs, de nombreux partenariats se sont noués avec des partenaires extérieurs depuis la création de la CPTS : « *on a des partenaires quand même assez intéressants* » [P2]. Ces partenariats permettent d'obtenir des informations plus rapidement : « *on a eu l'info en premier, par le groupe du bureau* » [P3]. Ils ont aussi par exemple permis d'organiser la vaccination contre le virus Sars-CoV-2 des professionnels de la CPTS : « *il fallait demander quels étaient les professionnels de plus de 50 ans qui souhaitaient se faire vacciner [...], pour que l'hôpital de Bergerac puisse commander le nombre de doses [...]. Donc groupe whatsapp, [...], on fait remonter l'information au bureau, et le bureau nous dit " bon c'est bon, la vaccination est ouverte de telle date à telle date ", boum groupe*

---

<sup>22</sup> Un nouveau président a été élu en mars 2020, à la fin du mandat de la précédente présidente.

*WhatsApp et on redistribue l'information* » [P2]. L'organisation en CPTS est alors cruciale pour permettre une redistribution de l'information et une coordination des actions.

La CPTS est également identifiée par les médias locaux, puisque la structure a fait l'objet de plusieurs articles, reportages et interviews : *« c'est Bénédicte<sup>23</sup> qui se tape la conférence de presse cet après-mi... ce soir* » [P2]. Les membres du bureau peuvent aussi être directement démarchés par les médias, comme l'illustre cette enquête : *« un journal local a essayé de me joindre pour jeter de l'huile sur le feu, en me disant : " pourquoi, en gros, acceptez-vous que les pharmaciens n'aient pas le droit de vacciner ? " »* [P2].

A l'échelle du métier de pharmacien, certains enquêtés espèrent que la CPTS sera un levier pour faire évoluer leurs missions, comme l'explique un pharmacien : *« je vous parlais des nouvelles législations sur les délivrances médicaments, on sera obligé de passer par une CPTS pour les délivrances d'antibiotiques [sans ordonnance en pharmacie], des choses comme ça, bon ce sera un gros progrès, j'espère qu'un jour on arrivera à l'obtenir* » [P4].

Toutefois, un des freins relevés par les enquêtés réside dans le fait que tous les professionnels du territoire n'adhèrent pas à la CPTS : *« le problème c'est qu'aujourd'hui tous les professionnels de santé n'adhèrent pas encore à la CPTS [...]. C'est dommage, tout le monde ne participe pas encore sur le secteur, on va avoir qu'une partie des médecins, qu'une partie des kinés, qu'une partie des infirmiers* » [P4]. Les projets peuvent alors manquer de continuité ou de sens lorsqu'ils ne sont pas appliqués à tout le territoire, ou lorsqu'une profession manque. C'est le cas dans la CPTS de Bergerac, où les sages-femmes n'ont pas intégré la CPTS. Elles ont été sollicitées lors de la présentation de la structure, mais n'ont pas adhéré à la structure : *« je crois qu'elles ont été recrutées à peu près en même temps que nous, sauf que y'en avait 2 ou 3 sur le territoire en libéral, donc voilà, faudrait peut-être leur reposer* » [PX]<sup>24</sup>. Face à ce constat, cette membre du bureau émet l'hypothèse qu'il serait opportun de les recontacter, chose qui n'avait pas été envisagée par le passé.

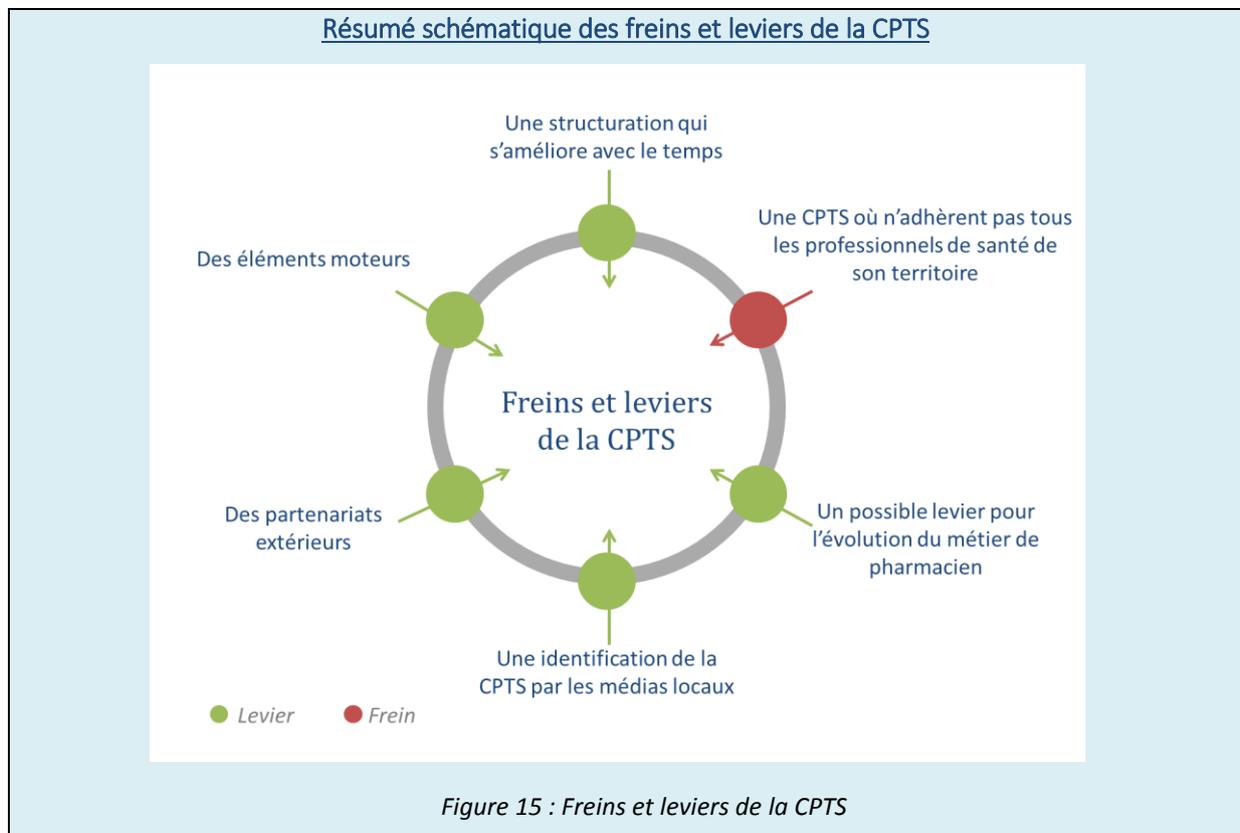
Ainsi, si les retours sur la CPTS sont prometteurs, certains enquêtés peuvent avoir un avis mitigé sur la structure, avec parfois des déceptions quant à ce que la CPTS leur apporte réellement. Ils restent cependant très positifs, et l'ensemble des pharmaciens estime que la CPTS est finalement très récente, et que son organisation et sa structuration se feront avec le temps : *« beaucoup se posaient encore la question de l'utilité de cette structure, mais moi je trouve quand même que y'a des petits signes positifs, des choses qui se mettent en place, y'a des groupes de travail, donc c'est quand même*

---

<sup>23</sup> Le prénom a été modifié afin de conserver l'anonymat de la personne mentionnée par l'enquêtée.

<sup>24</sup> Le numéro d'entretien n'est pas communiqué afin de conserver l'anonymat.

assez encourageant [...]. C'est un outil qui est intéressant, qui est nouveau, qui demande à se développer, on cherche un petit peu à la positionner cette CPTS [...], de toute façon je reste persuadé que dans notre métier de pharmacien, ce sera un passage indispensable » [P4].





# DISCUSSION

Les résultats ont permis de mettre en évidence les freins et leviers à l'implication des pharmaciens dans la CPTS, au travers de l'étude des interactions entre les différents éléments constitutifs de la CPTS. Cette partie discute alors ces résultats, en proposant d'abord une synthèse de ces derniers, puis une discussion des résultats et de la méthode. Elle soulèvera ensuite les limites méthodologiques et les forces de l'étude, et enfin proposera des stratégies facilitant l'implantation des pratiques cliniques préventives dans les CPTS.

## 1 Synthèse des résultats

En somme, la tendance globale des relations et de la communication entre les professionnels de santé tend vers une amélioration (figure 16).

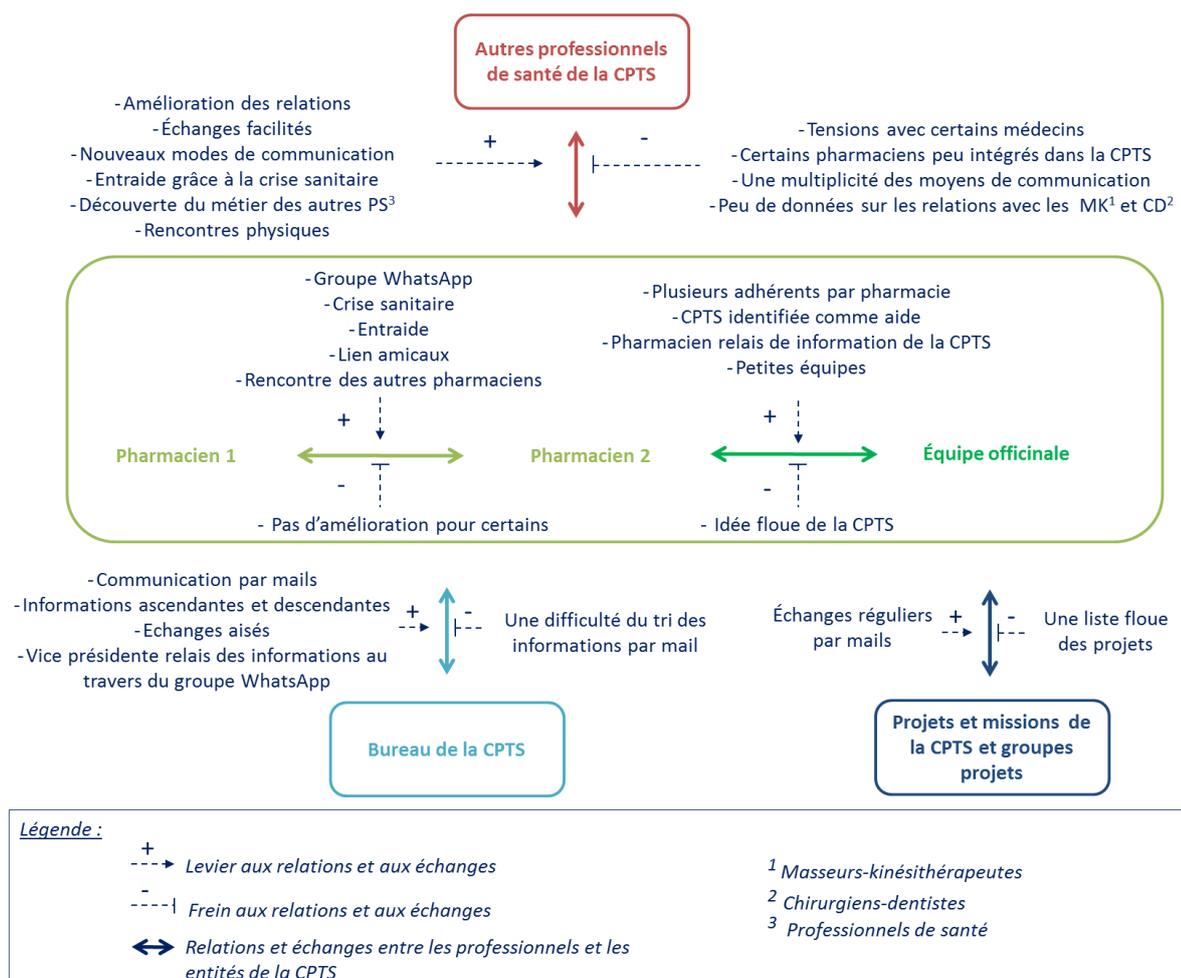


Figure 16 : Synthèse des freins et leviers des relations entre les professionnels et entités composant la CPTS

De nouveaux modes de communication sont utilisés, les échanges sont facilités et pour certains pharmaciens, des liens d'amitié se sont créés. Contre toute attente, la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2 a été un levier aux relations des professionnels, puisqu'elle a favorisé l'entraide et l'interprofessionnalité. Néanmoins, ces constats ne sont pas partagés par tous les enquêtés, puisque deux enquêtées n'ont pas témoigné d'une utilité de la CPTS. Toutefois, ces résultats sont encourageants, et seront des éléments facilitateurs pour l'insertion de la prévention dans les pratiques de ces professionnels.

En ce qui concerne les freins et leviers intrinsèques aux pharmaciens ; au bureau ; aux projets de la CPTS ; à la CPTS elle-même, la balance entre les freins et les leviers est plutôt déséquilibrée (figure 17).

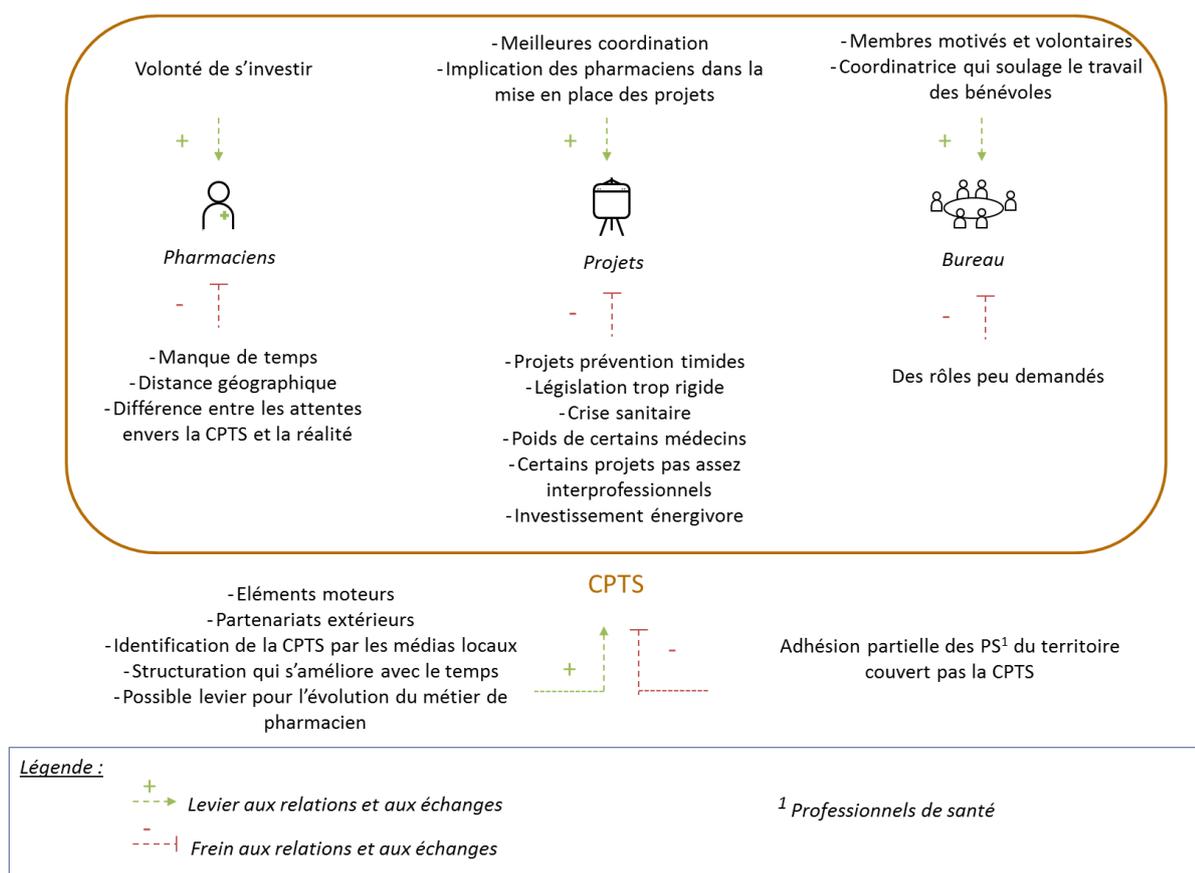


Figure 17 : Synthèse des freins et leviers intrinsèques aux pharmaciens et aux autres entités composant la CPTS

Beaucoup de freins viennent entacher l'implication des pharmaciens dans la CPTS, dont principalement le manque de temps, qui est le plus grand handicap. À l'inverse des résultats de la partie précédente, la crise sanitaire a été ici un frein à la construction et la mise en place de projets. Au-delà de la pandémie, les projets font face à d'autres obstacles, comme un manque d'interprofessionnalité de certains ou un investissement énergivore pour un résultat jugé trop décevant. Cependant, les projets sont toujours bien accueillis par les pharmaciens, qui les mettent en place. Couplé à de meilleures relations, les projets en place ont aussi permis une meilleure coordination des professionnels. Le bureau, quant à lui, malgré des rôles qui ne sont pas très attractifs, est constitué de membres très motivés et volontaires.

La CPTS possède toutefois des atouts qui rééquilibrent la balance. Parmi eux, les éléments moteurs constituent les leviers les plus forts de cette CPTS. Ils permettent de développer la CPTS et de la faire vivre. Les enquêtés sont également optimistes quant à sa structuration, qui se fera avec le temps. Ces éléments sont alors encourageants, et permettent de discuter des résultats.

## 2 Discussion des résultats et de la méthode

### 2.1 Discussion des résultats

Les CPTS, et en particulier la CPTS de Bergerac, ont un fort potentiel pour structurer la prévention dans leurs pratiques cliniques. Plusieurs aspects des résultats méritent d'être discutés, puisqu'ils conditionnent la réussite de cette structuration.

- ***La CPTS, en cours de structuration***

Comme le soulignent les résultats, les CPTS sont des structures jeunes, qui se structurent avec le temps. Il est d'ailleurs estimé qu'une CPTS arrive à sa phase de maturité au bout de trois ans (49). Cependant, pour y parvenir, les CPTS ont inévitablement besoin d'outils. Face à ces constats, il semble alors stratégique que les CPTS, après avoir établi leurs besoins en matière de prévention, s'appuient sur des projets existants pour insérer la prévention dans leur pratiques. En effet, il est demandé à la CPTS de construire des projets prévention, mais elle n'a pas toutes les ressources pour y parvenir. La construction des politiques est telle que des moyens financiers sont donnés aux CPTS, mais les ressources qui les rendent capables de mettre en œuvre ces projets sont moins faciles d'accès.

- ***La problématique liée au temps***

Les résultats mettent en évidence que les pharmaciens titulaires manquent de temps pour s'investir comme ils le souhaiteraient dans la CPTS. Il en est de même pour d'autres professions, comme les médecins. En effet, bien qu'il soit prévu une indemnisation par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)<sup>25</sup> afin de dégager du temps pour s'investir dans la CPTS, cette mesure ne semble pas efficace en conditions réelles. Comme le montrent les résultats, confirmés par la littérature, il s'agit de professionnels qui souffrent déjà d'un manque de temps (49). On peut aisément imaginer que pour un médecin généraliste, entre s'investir dans un groupe de travail pour la CPTS ou accepter cinq nouveaux patients sans médecin traitant, le choix est facilement fait.

Il semble alors opportun de cibler d'autres professionnels de santé, qui seraient plus disponibles, comme le soulève la littérature (51). Dans le cas des pharmacies, le recrutement ne s'effectue qu'auprès des titulaires, alors qu'une pharmacie est composée de plusieurs salariés. Une plus grande implication de l'équipe officinale pourrait alors être envisagée, puisqu'elle semble constituer une ressource plus facilement mobilisable.

- ***L'implication des pharmaciens et ses limites***

Les résultats montrent ainsi une réelle volonté des pharmaciens de s'investir davantage à la fois dans la CPTS dans sa globalité et dans des projets prévention. Les pharmaciens adhérents sont motivés, demandeurs d'évolution de leur métier mais sont confrontés à un manque de temps et de compétences en PSP. En effet, il semble que des formations spécifiques relatives à la PSP pourraient être appropriées, puisque comme vu en introduction, la PSP ne peut se réduire à des actions ponctuelles d'informations. Les interventions à construire sont complexes et intègrent de multiples dimensions. Elles nécessitent donc, en plus de la motivation, du temps et des compétences particulières.

En lien avec la problématique liée au temps, nous pouvons aussi nous interroger sur le caractère bénévole de l'implication des pharmaciens dans la CPTS. La fonction de coordinateur salarié pourrait être davantage approfondie, comme le souligne la littérature (49). Par exemple, il pourrait être pertinent de salarier des représentants par profession, pour pallier aux problématiques soulevées ci-dessus.

---

<sup>25</sup> La ROSP indemnisant la participation à un exercice coordonné s'élève à 105€ pour les médecins (50).

- ***La coordination des professionnels, un prérequis pour la structuration des PCP***

Un des forts atouts de la CPTS réside dans sa capacité à créer une communauté de professionnels et d'accélérer leur coordination, au travers des réunions et des groupes de travail. Comme l'expliquent les enquêtés, ces relations se construisent naturellement, de par la création de moments d'échanges. Cette coordination constitue alors un prérequis à la structuration des PCP, puisque la prévention dans les pratiques cliniques se doit de répondre à un enjeu populationnel (14,49). Elle doit être intégrée par tous les professionnels de santé, et le pharmacien fait donc partie intégrante de cette couverture assurée par toutes les professions.

- ***Les relations interprofessionnelles, variable aléatoire de haute importance***

D'autres variables gravitant autour de la réussite des projets doivent être prises en compte, et sont intrinsèques à chaque CPTS. Dans le cas de celle de Bergerac, il est notamment nécessaire de prendre en compte la qualité des relations interprofessionnelles, qui peuvent constituer un frein à l'implantation de projets. Dans le cas où une intervention devait être implantée, il faudrait alors penser la stratégie d'implantation, afin que le projet soit accepté par tous les professionnels.

La nature et les moyens de communication semblent aussi importants à prendre en compte dans l'étude des relations interprofessionnelles. Les résultats montrent qu'ils sont multiples et peuvent constituer à la fois des leviers ; ici, le groupe WhatsApp, mais aussi des freins ; dans ce cas, la multiplicité des moyens de communication.

- ***La crise sanitaire liée au Sars-CoV-2***

Si la crise sanitaire a favorisé l'entraide et les échanges entre les professionnels, elle a constitué un véritable frein à la construction des projets de la CPTS. Toutefois, nous pouvons espérer qu'elle n'est que transitoire, et que ce frein sera éliminé avec la résolution de la crise.

- ***La définition du territoire d'action de la CPTS***

Comme le soulèvent les enquêtés, la limite géographique peut être un frein à l'insertion de la prévention dans les pratiques cliniques, puisqu'il n'y a pas de continuité des projets avec les territoires adjacents. Comme la littérature le montre, il est pourtant nécessaire que les territoires s'organisent pour mettre en commun des projets convergents, afin d'assurer leur réussite (49).

Ainsi, la structuration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine par le biais des CPTS ne peut se penser de manière isolée. Elle doit se faire de concert avec les autres professions,

dans une approche populationnelle (49). De nombreuses ressources existent alors pour favoriser cette structuration, et l'enjeu reste d'orchestrer toutes ces ressources entre elles.

Il est à noter que ces résultats ont été obtenus grâce à une méthode qualitative, et nous pouvons alors nous pencher sur son apport dans les sciences médicales.

## 2.2 Apport de la méthode qualitative

Dans les sciences médicales, la méthode de recherche de référence reste l'approche quantitative, dont l'objet est de quantifier et de mesurer des phénomènes afin d'établir des relations causales. L'approche qualitative, issue des sciences humaines et sociales, s'heurte souvent dans le milieu des sciences médicales à des interrogations quant à la robustesse de cette méthode de recherche. Que ce soit en raison de ses fondements, de ses principes épistémologiques ou de ses outils méthodologiques, elle est souvent perçue comme « secondaire, fragile et incertain[e] » (45). Pourtant, ces deux approches ne sont pas à opposer ; elles constituent simplement deux façons complémentaires d'appréhender la réalité.

L'histoire de la médecine montre d'ailleurs que les progrès et découvertes au cours du temps se sont largement appuyés sur des approches qualitatives. La vaccination est par exemple le fruit d'une observation, qui a permis sa conceptualisation et son utilisation par la suite (45). Tous les jours, des données subjectives sont recueillies auprès des patients lors de leur prise en charge – par exemple, l'évaluation de la douleur – et permettent d'établir un diagnostic et de proposer un traitement médicamenteux adéquats. L'utilisation de l'approche qualitative en médecine, au travers de l'observation et du recueil de la parole, ne constitue alors « ni une aberration, ni une nouveauté » (45), aussi subjective qu'elle soit.

C'est d'ailleurs la subjectivité de l'approche qualitative qui en fait toute sa richesse. Elle permet « d'accéder à la compréhension en profondeur du phénomène investigué » (45). Concrètement, ce qui prime est la réalité telle qu'elle est vécue et exprimée par les personnes enquêtées ; la subjectivité fait alors partie inhérente de la recherche. Elle constitue une force, et non pas une faiblesse (52).

Dans le cas de la CPTS de Bergerac, l'approche quantitative n'aurait ainsi pas permis d'explorer correctement les freins et les leviers à l'adhésion des pharmaciens à la CPTS. Nous aurions pu établir une liste de freins et leviers identifiés grâce à la littérature, quantifier le nombre de projets menés à terme, mais cette méthode n'aurait pas permis de comprendre pourquoi les pharmaciens sont confrontés à ces freins et leviers, pourquoi ils ont pu mettre en place un certain nombre de projets. Hors, pour structurer les pratiques cliniques préventives dans le système de soins, et en particulier

dans les pharmacies d'officine, il est nécessaire de comprendre les raisons des succès et des échecs. La méthode qualitative prend alors tout son sens, du moment que sa méthodologie est rigoureuse.

En effet, tout comme en recherche quantitative, il est nécessaire de suivre une méthode précise, de la construction de la problématique à l'analyse des données. Par exemple, lors de la création du guide d'entretien, les questions doivent être réfléchies et formulées de telle manière à ne pas orienter la réponse des personnes enquêtées. Les techniques de conversation lors de l'entretien tels que les reformulations et les questions ouvertes doivent tout autant être maîtrisées, afin de ne pas biaiser les réponses des enquêtés.

Ainsi, l'approche qualitative produit des résultats signifiants et robustes, et permet d'appréhender la réalité subjective des personnes enquêtées. Bien qu'elle ait été écartée un temps des sciences médicales, elle tend de plus en plus à se démocratiser dans ce champ, notamment dans des recherches interventionnelles, qui visent à évaluer des innovations thérapeutiques, organisationnelles ou technologiques (45). Dans notre cas, l'approche qualitative a permis de mettre en lumière le fonctionnement de la CPTS de Bergerac au travers du prisme des pharmaciens, et de réfléchir à des pistes d'action afin de consolider la structuration des pratiques cliniques préventives.

Nous pouvons alors nous pencher sur les limites méthodologiques et les forces de cette étude.

### 3 Limites méthodologiques et forces de l'étude

#### 3.1 Limites de l'étude

- **Limites liées à la population enquêtée**

Cette étude a été conduite uniquement sur les pharmaciens de la CPTS de Bergerac, qui ne constituent qu'une seule profession de cette structure. Afin de répondre à une problématique plus large et comprendre tous les enjeux de l'implication des professionnels dans une telle structure, il est nécessaire de mener cette étude sur tous les professionnels de la CPTS. La méthode qualitative, comme développée ci-avant, répond alors à ces besoins.

- **Limites liées à la méthode d'enquête**

En raison de la crise sanitaire liée au Sars-CoV-2, les entretiens ont été réalisés essentiellement par téléphone, ce qui n'a pas permis de recueillir des données relatives à la communication non-verbale. Ces éléments peuvent enrichir l'analyse et apporter des éléments de compréhension aux paroles des enquêtés. Bien que la visio-conférence ait été proposée systématiquement lors de la prise de rendez-

vous, peu de pharmacies sont équipées d'un système de caméra et microphone permettant d'accéder à cette modalité. Sur les huit rendez-vous prévus, la moitié était planifiée en visio-conférence, mais seulement deux ont pu être effectués selon cette modalité. Pour les deux ayant échoué, le premier entretien n'a pas pu être réalisé par visio-conférence : la connexion était trop instable dans la pièce où s'était isolée la pharmacienne. Elle avait par ailleurs utilisé son matériel personnel (téléphone). Dans le cas du deuxième entretien, c'est le matériel informatique de l'enquêtrice qui a fait défaut. Pour les deux entretiens en visio-conférence qui ont abouti, une enquêtée l'a effectué depuis son domicile et l'autre depuis l'officine, mais avec son matériel personnel (téléphone). Ces enseignements sont à prendre en compte si d'autres professions de la CPTS venaient à être enquêtées, ou si d'autres études de ce type venaient à être effectuées.

En outre, ces entretiens à distance n'ont pas permis de se déplacer sur le lieu de travail des enquêtés, et donc d'observer leur environnement de travail, qui aurait également pu apporter des éléments de compréhension à cette étude.

Par ailleurs, lors des entretiens, un biais de désirabilité sociale de la part des enquêtés a pu s'introduire. Ce biais consiste à se montrer sous une facette positive (53), et donc à occulter une partie de la vérité. Cet élément n'est pas à exclure et peut avoir biaisé certains résultats. Toutefois, le guide d'entretien a été élaboré afin de limiter ce biais, qui comme décrit dans la partie « Matériel et Méthode », a été pensé afin d'établir un climat de confiance entre l'enquêté et l'enquêtrice.

De plus, l'enquêtrice se présentant comme pharmacienne, les enquêtés ont pu manquer d'explicitier certains aspects de leurs pratiques, les pensants évidents pour toute personne pratiquant le métier. Ce biais peut-être particulièrement présent lorsque les thématiques des relations interprofessionnelles sont abordées. Par exemple, lorsque une question concernant l'impact de la CPTS sur le parcours du patient est abordé, une enquêtée répond : « *les infirmières là, Angèle<sup>26</sup> là, " à promettre à promettre " » [P2]. Par cette phrase, elle explique que pour certains patients, des infirmières demandent à la pharmacie de commander des produits qui ne sont pas en stock habituellement. Ce biais peut être atténué en reformulant les paroles des enquêtés, ce qui les pousse à mieux expliciter et préciser leur discours.*

---

<sup>26</sup> Le prénom a été modifié afin de préserver l'anonymat de la personne mentionnée par l'enquêtée.

### 3.2 Forces de l'étude

Cette étude a été menée par une enquêtrice formée en méthodes qualitatives lors d'un master 2 de Santé Publique<sup>27</sup>, ce qui a apporté une rigueur méthodologique, tant pour la construction des outils de recueil de données que pour la conduite des entretiens et l'analyse des résultats. De plus, la représentativité des profils a été atteinte, tout comme la saturation des données.

Par ailleurs, cette étude a pour vocation d'être réutilisée par le SSMIP dans lequel l'enquêtrice exerce, puisque le service travaille en partenariat avec la CPTS de Bergerac, qui souhaite implanter un projet prévention co-porté par le SSMIP et la COREADD. La méthodologie utilisée sera alors reprise afin d'explorer les freins et leviers à l'implication des autres professions dans la CPTS, et de comprendre les attentes de tous les professionnels de santé constituant la CPTS.

En outre, cette étude mobilise une méthode de recherche qualitative, qui permet d'explorer la question de recherche et de comprendre les interactions au sein de la CPTS.

## 4 Stratégies facilitant la construction, l'implantation et le transfert d'une intervention de prévention dans une CPTS

### 4.1 La construction d'une intervention au travers de la littérature

La construction d'une nouvelle intervention visant à intégrer la prévention dans les pratiques cliniques peut se faire à l'aide d'une revue de la littérature effectuée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux Canadien, qui recense les conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration des PCP (51). Cette revue de la littérature définit onze stratégies efficaces pour favoriser l'intégration des PCP (annexe 2), et ces onze stratégies doivent agir sur 3 cibles : le praticien, l'environnement du praticien et l'utilisateur du système de soins. Parallèlement, sept conditions d'efficacité sont recensées et permettent de renforcer les stratégies proposées (figure 18).

---

<sup>27</sup> Master Promotion de la Santé et Prévention de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), effectué sur l'année scolaire 2019-2020.



Figure 18 : Stratégies efficaces visant à intégrer la prévention dans le système de soins

Par exemple, si la CPTS souhaite renforcer ses PCP dans le cadre du sevrage tabagique, elle pourrait choisir comme stratégie de former ses professionnels au dépistage et à la prise en charge du tabagisme (*stratégie 1, « la formation professionnelle »*). Cette formation pourrait être renforcée par la stratégie d'audit et de feedback, qui consiste à faire un état des lieux des pratiques existantes et proposer des adaptations en fonction des lacunes (*stratégie 3, « l'audit et le feedback »*). Grâce aux financements perçus de l'ARS, elle pourrait rémunérer les professionnels de santé qui n'ont pas de rémunération prévue par l'assurance maladie ; par exemple, les pharmaciens pourraient proposer des suivis de sevrage tabagique tout en étant indemnisés par la CPTS (*stratégie 8, « les incitatifs d'ordre financiers »*). Un système de rappel pourrait être imaginé, par exemple où le coordinateur appelle les praticiens pour savoir comment se passe le dépistage depuis qu'ils ont été formés, ou un message dans le dossier médical rappelant de poser la question du tabagisme à chaque visite de l'utilisateur (*stratégie 4, « les systèmes de rappel visant les cliniciens »*). De cette manière, cette intervention serait ainsi une intervention à multiples facettes (*stratégie 11, « les interventions à multiples facettes »*).

Plusieurs conditions d'efficacité peuvent être recensées. En premier lieu, l'intervention serait d'une forte intensité<sup>28</sup>, puisqu'elle ne délivre pas qu'une formation ponctuelle et permet de renforcer le

<sup>28</sup> L'intensité est définie par la récurrence des contacts avec les professionnels ainsi que par le temps rapproché entre ces contacts (51).

sentiment d'auto-efficacité<sup>29</sup> des praticiens avec l'audit et le feed-back (*condition 3, « l'intensité de l'intervention »*). Il sera également important de s'appuyer sur les motivations des professionnels : dans le cadre de la CPTS de Bergerac, il existe une réelle volonté de s'impliquer davantage dans la prévention, une telle intervention semble alors adaptée (*condition 5, « la motivation des milieux »*). L'environnement du praticien serait aussi plus favorable puisqu'il serait rémunéré pour prendre en charge le tabagisme de ses patients, pour les praticiens qui ne le sont pas déjà (*condition 6, « la création d'un environnement facilitant la prestation de services préventifs »*). Plusieurs stratégies étant mobilisées pour mettre en place l'intervention, l'approche 7 « *combinaison de plusieurs stratégies* » est alors remplie.

Enfin, cette intervention doit agir sur trois cibles. Comme vu précédemment, elle agit sur les praticiens et leurs environnements (cible 1 et cible 2). Elle pourrait aussi agir sur l'utilisateur du système de soins en proposant des campagnes encourageant le recours aux professionnels de santé pour entamer un sevrage tabagique (cible 3).

#### 4.2 Les ressources existantes de la CPTS : le bilan des pratiques et les personnes ressources

Les résultats montrent en effet une volonté des pharmaciens à s'impliquer davantage, et nous pouvons imaginer que cette observation est extrapolable aux autres professions de la CPTS. Que ce soit pour construire ou implanter une intervention déjà existante, il semble alors approprié de recenser les pratiques existantes et les personnes ressources au sein de la CPTS. Ces personnes ressources peuvent constituer des vecteurs de l'intervention, mais également être à l'origine de sa construction.

- **Le bilan des pratiques existantes**

Les pratiques des professionnels de santé en matière de prévention clinique méritent d'abord qu'elles soient mises en valeur. En effet, beaucoup de pratiques ne sont pas intellectualisées par les professionnels, comme le montre un mémoire de recherche effectué au sein du SSMIP (55). Faire un état des lieux des PCP existantes permettrait alors de renforcer le sentiment d'auto-efficacité des professionnels, de travailler sur leurs lacunes et de consolider leurs pratiques.

---

<sup>29</sup> L'auto-efficacité constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche (54).

- **Les personnes ressources au sein de la CPTS**

Les résultats montrent que de nombreuses personnes constituent des ressources pour développer et mettre en place des projets prévention. Dans le cas de la CPTS de Bergerac et en particulier des pharmaciens, la vice-présidente actuelle est identifiée comme personne ressource par les pharmaciens. Sa parole a par ailleurs de l'importance aux yeux de ses confrères. Elle constitue ainsi une personne ressource qui pourrait à la fois monter un projet mais aussi le diffuser.

Les résultats montrent également que des personnes au sein de l'équipe officinale ont un potentiel exploitable d'implication dans les projets ; c'est-à-dire que ce ne sont pas des personnes adhérentes à la CPTS, mais qui pourraient dégager du temps pour s'y impliquer. En effet, les adhérents pharmaciens sont tous des titulaires, et ils manquent parfois de temps pour s'impliquer dans la CPTS comme ils l'auraient souhaité. Une des solutions apportées par les enquêtés est alors de déléguer ce rôle à d'autres membres de leur équipe officinale. L'implication des autres membres de l'officine permettrait par ailleurs d'instaurer plus facilement une culture commune de prévention en sensibilisant un plus grand nombre de professionnels de santé.

En outre, comme développé en introduction, la construction des actions de prévention ne peut pas s'improviser : il semble alors important de s'appuyer sur des personnes formées, ce qui peut se traduire par le recrutement d'un coordinateur avec un bagage en PSP. Il pourrait aussi être envisagé de renforcer le rôle du coordinateur. Une piste d'action pourrait être d'embaucher deux coordinateurs, l'un attribué aux missions de coordination des professionnels, et l'autre attribué aux missions de prévention. Ce dernier serait alors plus apte à orchestrer pleinement les projets prévention.

Il peut également être opportun de former directement les professionnels en charge du projet aux bases de la construction d'une intervention en PSP, comme souligné dans la littérature (49).

#### 4.3 L'implantation et le transfert d'interventions existantes

- **Les ressources recensant les interventions déjà existantes**

En premier lieu, plusieurs ressources recensent des interventions efficaces mettant en place des PCP. Nous pouvons notamment retenir la base OSCAR (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé), qui concentre les actions de prévention réalisées par les offreurs de soins au niveau national mais aussi régional.

Santé Publique France a aussi une page internet dédiée aux interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé, comme discuté en introduction de ce manuscrit (35).

Les CPTS peuvent également être un facilitateur de la mise en place des nouveaux dispositifs prévus par la réglementation, qu'ils soient propres à la pharmacie d'officine ou interdisciplinaires. Par exemple, pour les territoires où les bilans partagés de médication ne sont pas encore en place, la CPTS peut soutenir leur implantation et leur démocratisation.

Les ressources présentées ici ne sont pas exhaustives et constituent simplement des exemples. De nombreuses structures comme des associations peuvent aussi proposer des supports recensant de nombreuses interventions efficaces en PSP.

- ***L'importance d'étudier les organisations***

Comme le montrent les résultats, il semble important d'étudier l'organisation, pour mettre en évidence les freins et les leviers à la réussite de l'intervention. Les spécificités propres à chaque contexte doivent être pris en compte. Pour y parvenir, de nombreux outils existent, comme la grille ASTAIRE, ou Outil d'Analyse de la Transférabilité et d'accompagnement à l'Adaptation des Interventions en promotion de la santé (56). Elle permet d'étudier la transférabilité d'une intervention, c'est-à-dire si « les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte » (56).

#### 4.4 S'appuyer sur les ressources existantes des territoires

Les professionnels de la CPTS peuvent également se baser sur de nombreuses structures existantes sur leur territoire. Par exemple, il existe dans le champ de la PSP les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), qui sont des associations régionales loi 1901 financées par des fonds publics de l'État ou des collectivités territoriales (57). Les IREPS proposent une expertise dans le champ du développement des interventions de PSP et constituent un soutien local aux structures souhaitant développer des actions en PSP.

D'autres structures spécialisées dans des thématiques de santé publique peuvent constituer des aides pour la construction d'un projet. C'est par exemple le cas de l'Association Addictions France, association loi 1901 fondée en 1872 par Claude Bernard et Louis Pasteur, qui a un champ d'action portant sur toutes les conduites addictives<sup>30</sup> (58). Elle intervient au niveau des soins mais également de la prévention, du travail social et de la réduction des risques. Comme les IREPS, elle accompagne les acteurs de terrain dans la mise en place des actions de prévention sur les territoires. C'est ainsi

---

<sup>30</sup> Alcool, tabac, cannabis, médicaments psychotropes, drogues illicites, pratiques de jeu excessives et autres addictions sans substance (58)

une ressource mobilisable par les professionnels de santé souhaitant intégrer des projets prévention couvrant ces thématiques.

De nombreuses autres ressources existent et sont territoire-dépendants. Par exemple, en Nouvelle-Aquitaine, le CHU de Bordeaux a ouvert un service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention en 2018, qui a pour vocation d'accompagner les acteurs de terrain lors de la construction de leurs interventions en PSP. De la même manière que pour les deux exemples précédents, les CPTS ont toute leur légitimité à faire appel à ce type de structures.

Ici encore, les ressources présentées ne sont pas exhaustives. Il existe une multitude d'acteurs en PSP, allant des structures nationales aux structures locales. Il convient alors de se rapprocher de la plus pertinente, en fonction des besoins et des projets de la CPTS.

## CONCLUSION

---

La promotion de la santé et la prévention sont depuis quelques années une des priorités des politiques de santé en France. Dans le système de soins, elles s'incarnent par la structuration des pratiques cliniques préventives, où chaque contact avec l'utilisateur compte pour favoriser la santé, et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) répondent alors à cet enjeu, puisqu'elles ont ainsi pour mission, entre autres, de favoriser l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques de ses adhérents. Elles sont ainsi constituées de professionnels de santé du premier recours, dont des pharmaciens d'officine, et peuvent établir des partenariats avec des acteurs extérieurs, comme des hôpitaux ou des acteurs du médico-social.

L'objet de cette étude est donc de s'intéresser aux freins et leviers de l'implication des pharmaciens d'officine dans une CPTS, la CPTS de Bergerac. Cette étude qualitative menée sur neuf pharmaciens de la CPTS interroge les freins et leviers des relations et des moyens de communication entre les différents membres et éléments constitutifs de la CPTS. Elle met également en exergue les freins et leviers intrinsèquement liés au pharmacien et au fonctionnement de la CPTS.

Dans l'ensemble, la CPTS a un impact non négligeable sur la qualité des relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles. La CPTS a favorisé l'échange et la rencontre, et de nouveaux modes de communication ont vu le jour pour faciliter la communication. Les pharmaciens d'officine témoignent aussi d'une implication pour la mise en place des projets qui leur sont proposés. La grande implication de certains membres du bureau permet par ailleurs d'animer et de faire vivre la CPTS. Ces constats facilitent alors le travail coopératif des professionnels et la coordination des parcours de soins.

Toutefois, le manque de temps constitue un réel obstacle à l'implication des pharmaciens d'officine dans la construction des projets de la CPTS, qu'ils soient relatifs à la prévention ou à d'autres sujets. Additionné au manque de compétences des professionnels dans le champ de la construction d'interventions en promotion de la santé et la prévention, les objectifs d'insertion de la prévention dans les pratiques sont alors plus difficilement atteints.

En effet, les politiques sont telles que des moyens financiers sont alloués aux CPTS, mais les ressources pour construire des projets relatifs à la prévention sont plus difficilement accessibles. L'insertion de la prévention doit se réfléchir dans un cadre global, et doit agir sur l'utilisateur du système de soins dans sa globalité, tout en assurant la responsabilité populationnelle du système de soins.

Une action de prévention ne se résume pas à de l'information, et la construction d'une intervention nécessite de réelles compétences dans le domaine. Insérer la prévention dans des pratiques cliniques et construire des projets de prévention dans le but de modifier les pratiques cliniques sont ainsi deux entités bien distinctes. Parallèlement, parmi les pharmaciens d'officine de la CPTS de Bergerac, il existe une réelle volonté de modifier leurs pratiques relatives à la prévention clinique.

De nombreuses ressources sont alors mobilisables pour favoriser la structuration de la prévention dans les CPTS, et donc par extension, dans les pharmacies d'officine. L'enjeu réside dans leur coordination et leur organisation. Plusieurs pistes d'actions peuvent être envisagées pour faciliter l'intégration des pratiques cliniques préventives : s'appuyer sur la littérature et les recommandations nationales pour construire une intervention ; s'appuyer sur les pratiques existantes et les personnes ressources au sein de la CPTS ; s'appuyer sur les interventions déjà existantes ; s'appuyer sur les ressources existantes des territoires.

Le chemin semble encore long jusqu'à l'intégration effective de la prévention systématique dans le système de soins français, et les CPTS permettent d'apporter une pierre à cet édifice ambitieux.

De nombreuses questions restent alors à explorer, notamment : l'implication des pharmaciens dans les CPTS est-elle impactée par des critères sociodémographiques ? Comment évaluer l'efficacité des interventions mises en place par une CPTS ? Comment s'assurer que ces interventions ne creusent pas les inégalités sociales de santé ? Ces questions ouvrent alors la porte à de nouvelles études et des nouveaux travaux de recherche.

---

## Bibliographie

---

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
2. OMS. Charte d'Ottawa. 1986.
3. Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002.
4. Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W. La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'EHESP.
5. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble. 2013;(425):52.
6. OMS | Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/social\\_determinants/fr/](https://www.who.int/social_determinants/fr/)
7. Dahlgren, Whitehead. Policies & strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. 1991;
8. Evans W, Lien D. The benefits of prenatal care : evidence from the pat bus strike. Journal of econometrics 125. 2005;207-39.
9. Jamouille M. Information et Informatisation en médecine générale. Presses Universitaires de Namur. 1986;193-209.
10. Wonca Dictionary of General/Family Practice. Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning. Bentzen N. 2003;
11. Gordon RSJr. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;107-9.
12. Haut Conseil de la Santé Publique. Place des offreurs de soins dans la prévention. 2018 juill p. 81. (Avis et Rapports).
13. Gauthier J, Langlois A-M, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Programme national de santé publique 2003-2012: mise à jour 2008. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2008.
14. Alla F. Les pratiques cliniques préventives. Cours pour le diplôme universitaire « Piloter Animer Evaluer la Prévention et Promotion de la Santé » - Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Prévention; 2020.
15. Making Every Contact Count [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: <http://indepth.nice.org.uk/mecc/>
16. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

17. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique.
18. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique.
19. Code de la santé publique - Article L1161-5. Code de la santé publique.
20. convention-pharmaciens-titulaires-officine\_journal-officiel.pdf [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf)
21. Convention nationale [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>
22. Avenants [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
23. Connaissez-vous les entretiens pharmaceutiques ? [Internet]. France Assos Santé. 2018 [cité 17 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/02/13/connaissez-vous-les-entretiens-pharmaceutiques/>
24. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1). 2017-1836 déc 30, 2017.
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf)
26. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 [Internet]. [cité 29 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
28. PNRT2014-2019.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
29. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
30. Santé publique France - Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <http://spf.inpez5-lb.msp.fr.clara.net/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
31. Assurance Maladie. Prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>

32. Résultat de recherche Antidot 2019 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/fc\\_2875171/fr/resultat-de-recherche-antidot-2019](https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2875171/fr/resultat-de-recherche-antidot-2019)
33. HAS. La HAS en bref 2020 [Internet]. [cité 14 févr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/has\\_en\\_bref.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/has_en_bref.pdf)
34. SPF. Accueil [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: /
35. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. [cité 13 juill 2020]. Disponible sur: </a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
36. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé. 2010-585 juin 2, 2010.
37. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
38. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
39. DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. Les maisons de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
40. Les contrats locaux de santé [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>
41. Qu'est qu'une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ? [Internet]. CPTS. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cpts-na.org/quest-ce-quune-cpts/>
42. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Communautés professionnelles territoriales de santé : se mobiliser pour organiser les soins de ville [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-se-mobiliser-pour-organiser>
43. Fiche d'identité CPTS Bergerac [Internet]. [cité 29 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.poledesante-bergerac.fr/system/files/espace-public/Fiche%20d%27identit%C3%A9%20CPTS.pdf>
44. FAUCHIER-MAGNAN E, WALLON V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS [Internet]. 2018 août [cité 7 févr 2021]. (Rapport de l'IGAS). Report No.: N°2018-041R. Disponible sur: [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf)
45. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>

46. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
47. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours>
48. MSSanté [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <https://mailiz.mssante.fr/comprendre-mssante>
49. Leicher C. CPTS et territoire. Regards. 2019;N° 56(2):81-92.
50. ROSP, forfait structure : à vos indicateurs, du neuf sur les soins non programmés avec un item à 1 050 euros [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 6 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/rosp-forfait-structure-vos-indicateurs-du-neuf-sur-les-soins-non-programmes-avec-un-item-1-050-euros>
51. Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016 p. 93. (L'intégration de pratiques cliniques préventives).
52. Rivadeneyra-Sicilia A. Introduction à la recherche qualitative , Master 1 Santé Publique en e-learning. UE Eproms101 " Promotion de la santé ". Bordeaux : Université de Bordeaux - ISPED. 2018.
53. Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: [http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche\\_62\\_cle581f59.pdf](http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf)
54. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist. 1982;
55. Burtin A. L'intégration des pratiques cliniques préventives relatives au sevrage tabagique en pharmacie d'officine Exemple de l'étude de viabilité du projet pilote Lieux d'Accompagnement à la Santé sans Tabac en Nouvelle-Aquitaine. Mémoire de Master 2 Promotion de la Santé et Prévention - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2020.
56. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. Santé Publique. 2014;26(6):783-6.
57. Les membres de la Fnes : Les Ireps [Internet]. FNES. [cité 28 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.fnes.fr/les-membres-de-la-fnes-les-ireps>
58. Qui sommes-nous ? [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/presentation/>

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN<sup>68</sup>**

**ANNEXE 2 : DEFINITIONS ET CONDITIONS D'EFFICACITE DES STRATEGIES VISANT A INTEGRER LA PREVENTION  
DANS LE SYSTEME DE SOINS<sup>70</sup>**

## Annexe 1 : guide d'entretien

Texte introductif : Bonjour, je m'appelle Adrianna Burtin, je suis pharmacienne au CHU de Bordeaux et je travaille sur la place des CPTS dans la pratique des pharmaciens dans le cadre de ma thèse d'exercice. L'entretien dure une trentaine de minutes et a pour but de chercher à comprendre votre place dans la CPTS.

Afin de pouvoir analyser les résultats, est-ce que je peux enregistrer notre entretien ? Les réponses sont anonymisées et les enregistrements supprimés lorsqu'ils auront été analysés. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les réponses sont libres et nous permettront d'améliorer le projet.

Pour commencer, est-ce que vous avez des questions ?

Questions	Objectifs de compréhension
<b>Identification des leviers</b>	
Est-ce que vous pouvez me dire pourquoi vous vous êtes inscrit dans la CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quelles étaient vos motivations ?</i></li> <li>- <i>Quelles étaient vos attentes ?</i></li> <li>- <i>Depuis quand êtes-vous inscrit ?</i></li> </ul>	Identifier les motivations à l'engagement dans la CPTS
Qu'est-ce que vous apporte aujourd'hui la CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quels sont les projets de la CPTS ?</i></li> </ul>	Identifier les bénéfices apportés par la CPTS aux pharmaciens Identifier le sens que donnent les pharmaciens à la CPTS
Est-ce que vous avez un rôle particulier dans la CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Est-ce que vous pouvez m'expliquer en quoi consiste votre rôle ?</i></li> </ul>	Identifier le niveau de participation et d'engagement dans la CPTS
Faites-vous partie d'un groupe de travail pour un des axes de la CPTS ?	
Quelle est votre implication dans les projets prévention proposés depuis que vous avez rejoint la CPTS ? <i>Identifiez-vous une différence dans votre investissement à des projets de prévention avant votre inscription à la CPTS ?</i>	Identifier les éléments facilitateurs pour l'investissement dans des projets de prévention
Comment communiquez-vous avec les membres de la CPTS ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Comment communiquez-vous avec les professionnels de santé de votre corps de métier ?</i></li> <li>- <i>Comment communiquez-vous avec les professionnels qui ne font pas partie de votre corps de métier ?</i></li> <li>- <i>Comment communiquez-vous avec l'équipe de gouvernance de la CPTS ?</i></li> </ul>	Identifier les moyens de communication entre les PS et la nature des communications.
Comment votre communication avec les autres professionnels a évolué depuis votre adhésion ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Comment votre communication interprofessionnelle a évolué depuis que vous adhérez à la CPTS ?</i></li> <li>- <i>Comment votre communication intraprofessionnelle a évolué depuis que vous adhérez à la CPTS ?</i></li> </ul>	
Comment votre adhésion à la CPTS a été perçue par le reste de l'équipe officinale ? <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Si 1 pharmacien inscrit dans l'officine : pourquoi êtes-vous le</i></li> </ul>	Identifier l'impact sur l'équipe officinale de l'adhésion à la CPTS

<p><i>seul pharmacien inscrit dans votre CPTS ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Si plusieurs pharmaciens inscrits : pourquoi êtes-vous plusieurs à vous être inscrits dans la CPTS ?</i></li> </ul>	
<b>Identification des freins</b>	
<p>Quels freins identifiez-vous à votre implication dans les projets de la CPTS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Quels freins identifiez-vous par rapport à l'organisation proposée par la CPTS ?</i></li> <li>- <i>Quels freins identifiez-vous par rapport aux projets de la CPTS ?</i></li> <li>- <i>Quels freins identifiez-vous par rapport à la communication au sein de la CPTS ?</i></li> <li>- <i>Reformuler les freins évoqués puis demander s'ils ont des choses à préciser</i></li> </ul>	<p>NB : Des freins auront certainement été évoqués lors des questions précédentes. Cette question permet d'approfondir les freins qui n'auront pas été évoqués.</p>

Merci pour vos réponses. Avez-vous des questions ?

*Annexe 2 : définitions et conditions d'efficacité des stratégies visant à intégrer la prévention dans le système de soins*

Stratégies et définitions (selon le ministère de la santé et des services sociaux canadien) (1)	Conditions d'efficacité (selon le ministère de la santé et des services sociaux canadien) (1)
<p><b>La formation professionnelle</b> : « toute modalité d'apprentissage (conférence, séminaire, symposium, cours, formation en ligne) qui permet au clinicien d'acquérir des connaissances, et parfois des habiletés; souvent accompagné de matériel éducatif destiné aux cliniciens ».</p>	<p>« La formation professionnelle apparaît comme étant une stratégie généralement <b>efficace</b> pour l'intégration de la prévention clinique. La présence de <b>renforcement</b>, tel que du soutien par les pairs, à la suite de la formation semble constituer un <b>facteur majeur dans l'efficacité</b> de la stratégie ».</p>
<p><b>L'approche du délégué médical</b> : « intervention d'une personne formée en communication persuasive sur des sujets particuliers qui rencontre les cliniciens dans leur milieu de pratique, de façon individuelle ou en petits groupes, lors de visites brèves et répétées; l'évaluation du niveau de connaissances et de la motivation des cliniciens, la mise en valeur et la répétition de messages-clés et le renforcement positif des comportements améliorés; accompagné de matériel éducatif pour les cliniciens ou les patients »</p>	<p>« La stratégie du délégué médical, <b>lorsqu'utilisée seule, n'apparaît pas comme une stratégie efficace</b> pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Puisqu'il s'agit d'une stratégie de nature éducative, elle devrait être <b>incluse dans une intervention à multiples facettes</b> visant également <b>l'organisation du travail</b>. »</p>
<p><b>L'audit et le feedback</b> : « collecte de l'information sur la performance clinique (audit) et transmission au clinicien de façon verbale ou écrite (feedback) avec ou sans recommandations; effectué la plupart du temps par la révision des dossiers médicaux; basé sur le postulat selon lequel les cliniciens seront amenés à modifier leurs comportements s'ils reçoivent un feedback indiquant que leurs pratiques ne correspondent pas à celles de leurs pairs ou aux recommandations acceptées dans la communauté scientifique »</p>	<p>« La stratégie d'audit et de <i>feedback</i> apparaît comme étant <b>d'efficacité variable</b> pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Il est souhaitable d'utiliser cette stratégie en <b>combinaison</b> avec d'autres stratégies. »</p>

<p><b>Les systèmes de rappel visant les cliniciens :</b> « rappeler au clinicien de faire un acte préventif ; [le rappel] est présenté au clinicien sur papier ou par voie électronique »</p>	<p>« Les systèmes de rappel visant les cliniciens ressortent comme étant une stratégie généralement <b>efficace</b> pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, que les rappels soient intégrés au dossier médical électronique ou transmis sur papier. La <b>constance</b> dans la transmission des rappels <b>favorise la systématisation</b> des pratiques. »</p>
<p><b>Le dossier médical électronique :</b> « système qui remplace le dossier médical traditionnel (papier); qui comprend les informations habituelles des dossiers médicaux traditionnels, en plus d'offrir la possibilité de faire des rappels au clinicien, créer des listes de patients qui requièrent des services préventifs, fournir du matériel éducatif pour les patients, etc. »</p>	<p>« La stratégie du dossier médical électronique apparaît comme étant généralement <b>efficace</b> pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens, notamment des médecins. Les <b>multiples possibilités</b> offertes par le dossier médical électronique représentent autant d'avantages de cette stratégie. Notamment, son caractère systématique (ex. : la transmission systématique d'outils d'aide à la décision qui y sont intégrés) permet de renforcer la pratique des cliniciens au regard des lignes directrices. »</p>
<p><b>Les équipes locales d'amélioration de la qualité des soins :</b> permettent de « changer l'organisation de la pratique en créant un environnement favorable à la prestation d'actes préventifs; créer une équipe de travail dans le milieu comprenant différents types de professionnels de la santé qui travailleront ensemble pour définir des objectifs d'amélioration de la qualité des soins préventifs, mettre en place les moyens pour y parvenir et évaluer si le changement a eu lieu; favoriser les interactions entre les membres du milieu, redistribuer les rôles et les responsabilités entre eux et les engager activement dans le changement; développer l'autonomie du milieu et le leadership de ses membres; les professionnels sont alors amenés à apprendre ensemble comment surpasser les barrières vécues dans leur pratique ».</p>	<p>« La stratégie d'équipes locales d'amélioration de la qualité des soins ressort comme étant généralement <b>efficace</b> pour l'intégration de la prévention dans la pratique des cliniciens. Étant donné sa combinaison de composantes, <b>cette stratégie est par nature multifacette</b>. En portant notamment une attention particulière aux pratiques et aux systèmes plutôt qu'uniquement aux individus, elle permet de <b>favoriser un environnement qui facilite la prestation de services préventifs</b>. Le <b>monitorage régulier des changements</b> et la <b>rétroaction</b> qui y est associée ressortent comme des éléments-clés pour permettre de mesurer les progrès réalisés et ainsi <b>maintenir la motivation</b> des milieux quant aux changements souhaités.</p>

<p><b>La facilitation</b> : « approche qui utilise un facilitateur, le plus souvent externe, qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans leur milieu pour les soutenir dans le processus de changement; l'analyse des caractéristiques propres à chaque milieu et l'adaptation de l'intervention selon les barrières, les besoins, les forces et les ressources disponibles; la réalisation d'étapes précises : l'évaluation de la pratique au regard de la prestation de services préventifs, la détermination d'objectifs à atteindre pour améliorer la prestation de ces services, la planification des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, l'implantation des approches et des outils retenus ainsi que l'évaluation du changement réalisé ».</p>	<p>La stratégie de facilitation ressort comme étant généralement <b>efficace</b> pour l'intégration de la prévention clinique. Cette stratégie est <b>par nature multifacette</b>. Pour favoriser l'efficacité de la stratégie, il est <b>important de prendre en compte les caractéristiques propres à chaque milieu pour personnaliser l'intervention</b>, l'intensité du soutien, de même que l'engagement du milieu dans la démarche.</p>
<p><b>Les incitatifs d'ordre financier</b> : « modalité de rémunération des cliniciens qui vise à favoriser la prévention clinique; façon de répondre à la barrière de nature financière fréquemment évoquée comme frein à la prestation de services préventifs »</p>	<p>« Utilisés seuls, les incitatifs d'ordre financier <b>ne semblent pas constituer une stratégie efficace</b> pour modifier la pratique préventive des cliniciens. Les incitatifs d'ordre financier <b>devraient être combinés à d'autres stratégies.</b> »</p>
<p><b>Les interventions visant le patient</b> : « changer le comportement du clinicien de façon indirecte en intervenant auprès du patient pour que ce dernier fasse une demande de service préventif au clinicien; du matériel éducatif remis au patient ou mis à sa disposition dans la salle d'attente, des systèmes de rappel, des questionnaires autoadministrés, des carnets de santé autogérés, etc. ».</p>	<p>« Il n'est pas possible de conclure à l'efficacité globale de la stratégie pour l'intégration de la prévention clinique. Toutefois, les résultats [...] confirment l'<b>efficacité des systèmes de rappel</b> visant les patients [...]. Les interventions visant le patient qui utilisent les <b>technologies de l'information</b> (ex. : le dossier de santé personnel interactif) représentent un <b>grand potentiel</b> et devraient faire l'objet de plus d'expérimentations au cours des prochaines années. »</p>

<p><b>Le professionnel attitré à la prévention clinique</b> : « personne, clinicienne ou non, désignée dans le milieu clinique et formée pour effectuer une intervention individuelle préventive auprès d’une clientèle visée pour une ou plusieurs thématiques données ».</p>	<p>Actuellement, cette stratégie ressort comme étant généralement <b>efficace</b> pour l’intégration de la prévention clinique. Le fait de faciliter la mise en place d’un professionnel attitré à la prévention clinique (qui ne réalise pas pour autant toutes les actions préventives) est une façon d’aider les milieux à <b>accorder une place plus importante</b> à la prévention, et ainsi <b>renforcer la prestation</b> de ce type de services. La désignation d’une telle personne dans un milieu clinique permet de <b>soulager d’autres professionnels</b> de certaines tâches. L’expertise d’un professionnel attitré à la prévention clinique pourrait être mise à profit dans plusieurs milieux. »</p>
<p>Une intervention à multiples facettes : « utiliser deux stratégies ou plus, de façon concomitante ou successive; idéalement viser plusieurs déterminants de la pratique (l’organisation, le clinicien et le patient) »</p>	<p>Les interventions à multiples facettes ressortent comme étant généralement <b>efficaces</b> pour l’intégration de la prévention clinique. L’utilisation de différents types de stratégies <b>augmente la probabilité que l’intervention soit efficace</b>. La réussite de l’intervention n’est pas seulement le résultat de la combinaison de diverses stratégies. <b>L’intensité de l’intervention, le soutien, la création d’un environnement propice au changement, la répartition des tâches</b> entre les membres de la clinique <b>et l’adoption d’une perspective à long terme</b> font partie des éléments qui, selon les auteurs, favorisent l’efficacité des stratégies.</p>

Bibliographie :

Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Description, impact et conditions d’efficacité des stratégies visant l’intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Revue de la littérature, mise à jour 2007-2014. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2016 p. 93. (L’intégration de pratiques cliniques préventives).



---

# Table des matières

---

REMERCIEMENTS .....	III
SOMMAIRE .....	V
LISTE DES FIGURES .....	VII
LISTE DES TABLEAUX .....	VII
LISTE DES SIGLES UTILISES .....	IX
INTRODUCTION.....	1
1 <i>De la promotion de la santé contemporaine aux modes d'organisation de l'exercice pharmaceutique</i> 1	
1.1    La déclaration d'Alma-Ata : prémices des soins primaires .....	1
1.2    La charte d'Ottawa et les déterminants de santé : piliers de la promotion de la santé contemporaine .....	2
1.2.1    La Charte d'Ottawa.....	2
1.2.2    Les déterminants de la santé.....	5
1.3    La prévention et les pratiques cliniques préventives : enjeux du système de santé français .....	7
1.3.1    La prévention et ses différentes déclinaisons .....	7
1.3.2    Les pratiques cliniques préventives.....	9
2 <i>De la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé</i> .....	11
2.1    Pharmacien et cadre légal .....	11
2.1.1    La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires .....	11
2.1.2    La convention nationale et ses avenants.....	13
2.2    Les acteurs de l'accompagnement du pharmacien dans ses missions .....	14
2.2.1    Les plans et programmes nationaux.....	14
2.2.2    Les recommandations sur les pratiques .....	15
2.2.3    Les structures d'organisation de la pratique officinale.....	16
2.2.3.1    Les groupements pharmaceutiques et les Unions Régionales des Professionnels de Santé : l'exercice officinal strict .....	16
2.2.3.2    Les différents modes d'organisation d'exercice pluridisciplinaire.....	16
3 <i>Question de recherche et objectifs de l'étude</i> .....	20
MATERIEL ET METHODE .....	21
1 <i>Le choix de la population d'enquête</i> .....	21
2 <i>La méthode de recherche</i> .....	21
2.1    Choix de la méthode.....	21
2.2    Construction de l'échantillon .....	22
2.3    Recrutement des enquêtés .....	22
2.4    Recueil des données.....	23
2.4.1    La construction du guide d'entretien .....	23
2.4.2    Le déroulé des entretiens.....	24

2.5	Analyse des données .....	24
<b>RESULTATS .....</b>		<b>27</b>
<i>1</i>	<i>Freins et leviers des relations entre les différents corps de métiers et entités composant la CPTS .....</i>	<i>28</i>
1.1	Les relations interprofessionnelles et intraprofessionnelles depuis l'adhésion à la CPTS.....	28
1.1.1	Relations et modalités d'échanges entre les différents professionnels de santé.....	28
1.1.2	Relations et modalités d'échanges entre les pharmaciens.....	33
1.1.3	Relations et modalités d'échanges au sein de l'équipe officinale .....	34
1.2	Les relations entre la gouvernance de la CPTS et les pharmaciens .....	35
1.2.1	Relations et modalités de communication entre le bureau de la CPTS et les pharmaciens .....	35
1.2.2	Relations et modalités de communication entre les groupes projets et les pharmaciens .....	37
<i>2</i>	<i>Freins et leviers des différentes entités et professionnels de santé composant la CPTS.....</i>	<i>37</i>
2.1	Freins et leviers liés aux pharmacies .....	37
2.2	Freins et leviers des projets, du bureau et de la structure proposée .....	39
2.2.1	Freins et leviers des projets de la CPTS .....	39
2.2.2	Freins et leviers du bureau .....	42
2.2.3	Freins et leviers de la CPTS .....	43
<b>DISCUSSION .....</b>		<b>47</b>
<i>1</i>	<i>Synthèse des résultats .....</i>	<i>47</i>
<i>2</i>	<i>Discussion des résultats et de la méthode .....</i>	<i>49</i>
2.1	Discussion des résultats .....	49
2.2	Apport de la méthode qualitative .....	52
<i>3</i>	<i>Limites méthodologiques et forces de l'étude .....</i>	<i>53</i>
3.1	Limites de l'étude .....	53
3.2	Forces de l'étude .....	55
<i>4</i>	<i>Stratégies facilitant la construction, l'implantation et le transfert d'une intervention de prévention dans une CPTS .....</i>	<i>55</i>
4.1	La construction d'une intervention au travers de la littérature .....	55
4.2	Les ressources existantes de la CPTS : le bilan des pratiques et les personnes ressources.....	57
4.3	L'implantation et le transfert d'interventions existantes .....	58
4.4	S'appuyer sur les ressources existantes des territoires.....	59
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>63</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>		<b>67</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>75</b>

# SERMENT DE GALIEN

**J**e jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

**D'**honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

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

**D**e ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

**Q**ue les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Q**ue je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.







**Titre : Structuration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine – Etude des freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Bergerac**

**Résumé :**

La promotion de la santé et la prévention sont depuis quelques années une des priorités des politiques de santé en France. Dans le système de soins, elles s'incarnent par la structuration des pratiques cliniques préventives, où chaque contact avec l'utilisateur compte pour favoriser la santé, et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psycho-sociaux. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont ainsi pour mission, entre autres, de développer des actions de prévention. Cette étude qualitative menée sur neuf pharmaciens d'officine s'intéresse alors aux freins et leviers de leur implication dans une CPTS, la CPTS de Bergerac. Elle permet de proposer des pistes d'actions pour faciliter l'intégration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine.

**Mots clés :** pratiques cliniques préventives ; prévention ; promotion de la santé ; CPTS ; pharmacie d'officine ; freins et leviers ; étude qualitative ; santé publique

---

**Title : Structuring of preventive clinical practices in community pharmacy – Study of the incentives and obstacles to the involvement of community pharmacists in the Bergerac Territorial Professional Health Community**

**Abstract :**

Health promotion and prevention have been one of the priorities of health policies for several years in France. In the healthcare system, they are embodied by the structuring of preventive clinical practices, where each contact with the user counts to promote health and prevent illnesses, injuries and psycho-social problems. The role of the Territorial Professional Health Communities (TPHC) is thus, among other things, to develop preventive actions. This qualitative study, carried out on nine community pharmacists, tries to understand the incentives and obstacles of their involvement in a TPHC, the TPHC of Bergerac. This study leads to recommendations to facilitate the integration of preventive clinical practices in community pharmacy.

**Keywords :** preventive clinical practices ; prevention ; health promotion ; community pharmacy ; incentives and obstacles ; qualitative study ; public health