

**LES CONDITIONS DE L'ACTION COLLECTIVE DANS LE CADRE DES
COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ :
UNE APPROCHE QUALITATIVE EXPLORATOIRE**

*Etude réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice soutenue publiquement
par Sylvain Gautier
le 18 octobre 2019*

Directeur de thèse : Yann Bourgueil
Co-directeur de thèse : Frédéric Dugué

*Ce travail de thèse a été initié en novembre 2018 et réalisé sur près d'un an passé au sein de l'équipe d'accueil en management des organisations de santé (EA 7348 MOS) de l'École des hautes études en santé publique, plus spécifiquement au sein de la **mission RESPIRE** (recherche et études en soins primaires innovants et renouvelés).*

*Il est l'occasion d'explorer les conditions d'émergence d'un pouvoir d'agir local des professionnels de santé et de leur action collective sur un territoire donné au moyen des **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**.*

*S'il se focalise sur les CPTS, ce travail interroge plus largement le processus de **structuration territoriale de l'offre de santé de proximité** et, en particulier, de l'offre de soins primaires qui apparaît comme une réponse appropriée aux nombreux enjeux du système de santé qu'il s'agisse du vieillissement de la population, de la nécessité du maintien à domicile, de la transition épidémiologique et de la croissance des maladies chroniques ou encore de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, ne serait-ce qu'en matière d'accès aux soins.*

Contexte

Face à la raréfaction des ressources et aux défis qu'imposent les transitions épidémiologique et démographique, les systèmes de santé sont partout contraints de s'adapter pour continuer d'assurer la qualité des services et prestations de santé à la population. Pour cela, investir la santé de proximité apparaît comme particulièrement pertinent, plus concret pour les acteurs professionnels et gage d'opérationnalité au plus près des usagers. **Structurer l'offre de santé de proximité passe alors notamment par une structuration de l'offre de soins primaires qui peine en France à se concrétiser du fait de sa constitution historiquement déterminée selon les principes de la médecine libérale.**

Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics tentent en effet de réguler et rationaliser une offre de ville abondante, concurrentielle et traditionnellement peu hiérarchisée en mettant en œuvre de nouveaux principes d'organisation (création du médecin traitant, des équipes de soins primaires), en clarifiant ou élargissant les missions de certains groupes professionnels (les infirmières de pratique avancée encore récemment), en introduisant de nouveaux modes de rémunération ou encore en incitant au mode d'exercice collectif par le regroupement, notamment dans des structures d'exercice coordonné comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Certains dispositifs de structuration, comme cela a été le cas avec les réseaux de santé par exemple, se sont attachés à développer une logique de coordination des soins, de « coordination clinique de proximité », centrés autour du patient. En tenant compte également de l'environnement ainsi que du contexte économique et organisationnel global, certains plaident pour le rapprochement des logiques de coordination centrée patient et des approches plus populationnelles. Il est alors question de réduire la fragmentation des dispositifs sanitaires et sociaux afin de faciliter l'accès aux différentes prestations sur un même territoire. Dans la littérature, les auteurs convoquent pour cela le terme d'intégration dite

« meso » qui permet d’articuler l’intégration professionnelle et l’intégration organisationnelle à une même échelle territoriale (cf. Figure 1).

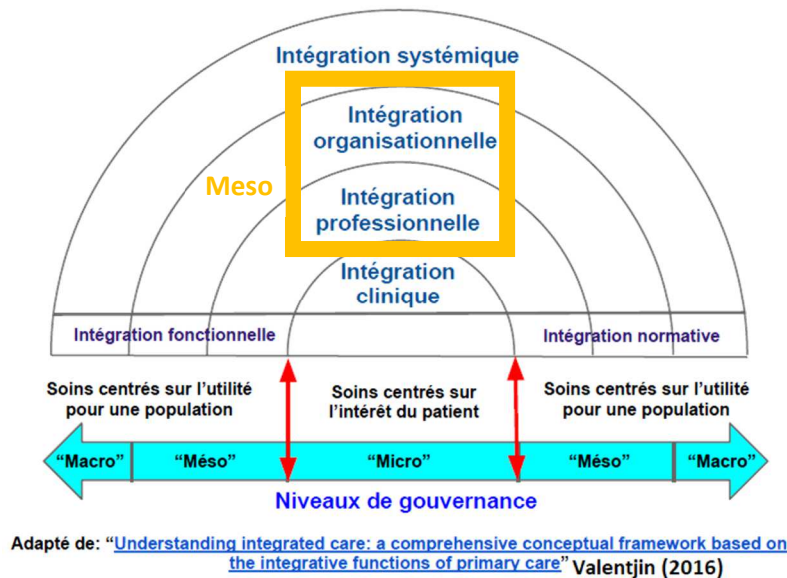


Figure 1. Les différents niveaux d’intégration selon Valentijn (2016)

L’échelon territorial de structuration est différemment investi selon les systèmes de santé et les pays. En France, si les réseaux sont plus ou moins intervenus à ce niveau, ils ont principalement évolué vers des logiques de coordination clinique, souvent autour d’une unique pathologie. *A contrario*, les CPTS proposent une structuration de niveau *meso* à point d’entrée populationnel.

Introduit dans la loi Touraine de 2016, le dispositif CPTS est une forme de réécriture, par les professionnels eux-mêmes, du concept de service public territorial de santé (SPTS) qui, tel qu’il avait été imaginé par la mission de Victor comme équivalent, en ville, du service public hospitalier, avait suscité l’ire des professionnels libéraux. Ceux-ci dénonçaient « l’étatisation de la médecine libérale » à travers le terme employé de « service public ». La loi de modernisation de notre système de santé a toutefois conservé l’esprit du SPTS en permettant, **à travers le dispositif CPTS, d’associer l’ensemble des acteurs de santé d’un même territoire autour d’objectifs communs de santé publique et de réduction des inégalités de santé.**

Si le dispositif CPTS se développe à partir de 2016, il est reconsidéré à l’occasion de la stratégie de transformation du système de santé. La CPTS devient, à travers la loi *Ma santé 2022*, l’outil principal de la structuration territoriale de l’offre de santé de proximité. **Pour les professionnels de santé qui s’y engagent, il s’agit d’un changement d’échelle et de vision : le passage d’une logique de soin à une patientèle à une logique de santé d’une population.**

L’objectif de déploiement est ambitieux : 1 000 CPTS devront couvrir le territoire à l’horizon 2022. La loi *Ma santé 2022* ne modifie qu’à la marge l’article qui est consacré aux CPTS dans le Code de la santé publique. Le principal levier de déploiement semble être l’accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu entre l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives des professionnels de santé en juin 2019.

Notre travail interroge les conditions concrètes de mise en œuvre des CPTS en se focalisant sur les moteurs de l’action collective des professionnels dans ces dispositifs et les ressources qu’ils estiment nécessaires pour agir.

Objectif

L'objectif est précisément de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé s'engagent dans une démarche d'action collective à une échelle territoriale et d'identifier les ressources qui apparaissent nécessaires pour agir dans le cadre de cette démarche.

Appliqué aux CPTS, il s'agit donc, dans un premier temps, de déterminer ce qui anime les acteurs et les pousse à s'engager dans le dispositif (motivations, freins et limites) et, dans un second temps, de déterminer les conditions d'un « pouvoir d'agir », d'un « *empowerment* » collectif professionnel, via l'identification des ressources qu'ils expriment comme nécessaires pour atteindre les objectifs qu'ils se donnent.

Cadres théoriques mobilisés

Pour mieux saisir les contours de l'objet CPTS, nous avons mobilisé des cadres conceptuels spécifiques comme autant de repères qui aident à penser l'objet CPTS.

D'abord, nous avons interrogé **le terme de « communauté »** qui est usuellement employé pour désigner un groupe humain qui se constitue « naturellement » par la mise en commun de valeurs, de services, d'intérêts, dans une proximité géographique partagée. Compte tenu de l'opposition traditionnellement retenue dans la littérature entre « communauté » et « société », il est tout à fait saisissant que ce terme apparaisse dans l'appellation du dispositif CPTS comme s'il s'agissait, pour les professionnels désignés, de tenir à distance l'organisation sociale de l'offre de soins voire de se constituer en réaction à une telle organisation, en réaction au « service public (territorial de santé) ».

Toutefois, le regroupement territorial en CPTS est laissé à l'appréciation des professionnels concernés. Aussi, il est proche du **concept « d'organisation »** qui, lorsqu'il est utilisé pour désigner une entité, désigne le rassemblement d'individus ou de groupes d'individus qui, autour de règles, entrent en interaction en vue de la réalisation d'un but, même si leurs préférences, leurs intérêts et les informations individuelles qu'ils détiennent peuvent diverger. Nous avons mobilisé la théorie de Mintzberg qui distingue plusieurs configurations organisationnelles selon la composante majoritaire de l'organisation et le mode principal de coordination retenu.

Il apparaît que les CPTS rassemblent, tout à la fois, des caractéristiques propres aux communautés (territoire de réalisation, solidarité mécanique entre ses membres, valeurs partagées...) et des caractéristiques des organisations (logique de projet, but partagé, divergences entre les individus...). **Nous avons été fondés à conceptualiser la CPTS comme une configuration hybride entre communauté et organisation ou comme une forme transitionnelle partant de la communauté pour évoluer vers une entité plus structurée de nature organisationnelle.**

Parallèlement, afin de mieux cerner ce qui pouvait s'apparenter à **un *empowerment* collectif**, nous avons utilisé le cadre conceptuel développé par le québécois William Ninacs qui distingue différents types d'*empowerment* dans le cadre de ses travaux sur l'intervention sociale, dont les *empowerment* collectif organisationnel et communautaire. Chacun de ces deux *empowerment* sont fonction de plusieurs composantes qu'il identifie : la participation des membres du groupe, le développement de compétences, la reconnaissance de l'organisation par elle-même et par l'extérieur, la conscience critique (*i.e.* la capacité réflexive d'analyse de l'activité de l'organisation par elle-même), la communication entre les membres et avec l'extérieur ou encore le développement d'un capital communautaire (*i.e.* de valeurs et de normes permettant de susciter la mobilisation des membres sur des enjeux extérieurs à la communauté et ainsi augmenter leur sentiment d'appartenance).

Matériels et méthodes

Au regard de l'objet étudié, de la faible quantité de données disponibles à son propos et des objectifs de l'étude, il nous est apparu d'emblée nécessaire de recourir à une méthodologie qualitative. Pour rendre compte d'une éventuelle variabilité territoriale dans la mise en œuvre des CPTS, il nous a semblé opportun de mener notre étude sur des territoires distincts et, plus spécifiquement, **au sein de trois régions métropolitaines différentes** qui constituent autant de cas indépendants susceptibles d'être comparé aux autres.

Nous avons choisi de recueillir les témoignages, ressentis et attentes au moyen d'**entretiens semi-directifs** réalisés auprès des professionnels de santé impliqués dans la constitution ou la vie des CPTS mais aussi auprès des acteurs de l'accompagnement et de la régulation (personnels d'ARS, d'ORS, des URPS, de CPAM...). L'ensemble des entretiens ont été retranscrits, *ad integrum*, « au fil de l'eau » puis codés à l'aide du logiciel NVivo®. A ces entretiens, s'ajoute une observation non-participante et un entretien réalisé postérieurement au recueil principal.

Le matériau composé de **30 entretiens semi-directifs** a été analysé à l'aide d'une méthode dite « d'analyse inductive générale » qui permet de faire émerger des catégories qui sont ensuite reliées aux objectifs de recherche. Nous avons pu observer un total de 7 CPTS (en activité ou encore en projet) à travers les trois régions explorées (*cf.* Tableau 1).

Tableau 1 – Caractéristiques des CPTS étudiées

	Type de territoire (IRDES et INSEE)*	Nombre d'habitants et taille**	Phase d'élaboration	Structuration préalable sur le territoire***
CPTS A1	Classe 6 Pôle urbain	180 000 habitants Taille 4	Fonctionnement Contractualisation	Pôle de santé
CPTS A2	Classe 6 Pôle urbain	196 000 habitants Taille 4	En cours d'ingénierie de projet	MSP et pôle de santé
CPTS A3	Classe 6 Pôle urbain	128 231 habitants Taille 3	En cours de contractualisation	MSP
CPTS B1	Classe 2 Hors espace urbain	28 531 habitants Taille 1	En cours d'ingénierie de projet	MSP et pôle de santé, CLS
CPTS B2	Classe 1 Hors espace urbain	45 987 habitants Taille 2	Initiative	MSP, CLS
CPTS C1	Classe 2 Hors espace urbain	58 582 habitants Taille 2	Fonctionnement contractualisation	Pôle de santé, CLS
CPTS C2	Classe 2 Hors espace urbain	32 688 habitants Taille 1	Initiative	CLS, récente MSP

* au sens de la typologie socio-sanitaire élaborée par l'IRDES en 2019 et de la classification INSEE 2010 en aires urbaines

** au sens de l'ACI CPTS de 2019

*** éléments déclaratifs obtenus lors des entretiens

Principaux résultats

- *Leviers et freins de la mobilisation*

Concernant l'appropriation du dispositif CPTS par les professionnels, nous constatons qu'il constitue pour eux **un espace de socialité au service de l'amélioration des prises en charge et des conditions de travail**. En effet, les professionnels de santé s'accordent à dire que la CPTS est avant tout un outil de travail leur permettant de mieux se connaître et de mieux œuvrer ensemble grâce à une meilleure coordination. Ce nouvel espace professionnel de travail peut ainsi leur permettre d'échanger sur leurs pratiques et d'améliorer la qualité de leurs prises en charge. Cela constitue autant de facteurs favorables à leur engagement dans les CPTS. Il n'en demeure pas moins que, dans les CPTS déjà en fonctionnement, travailler ensemble n'est pas chose aisée et que cela peut générer des conflits.

S'ils sont particulièrement demandeurs d'améliorer leur coordination, ils souhaitent en premier lieu capitaliser sur leurs habitudes de travail collectives du quotidien. Souvent, la CPTS résulte d'ailleurs d'une **longue histoire de structuration des soins primaires** et vient formaliser des pratiques déjà existantes mais elle peut aussi, une fois instituée, contribuer à faire émerger de nouveaux dispositifs *micro* de structuration (MSP, ESP...).

A la différence des MSP, les CPTS rassemblent des professionnels d'horizons très variés sans que les textes réglementaires ne précisent qui ils doivent être. Nous remarquons que **la hiérarchie professionnelle s'y manifeste avec beaucoup d'acuité** alors même que les protagonistes vantent les mérites de la pluriprofessionnalité. Les médecins, très présents au sein du dispositif, profitent des CPTS pour défendre des intérêts professionnels propres, notamment les caractéristiques de l'exercice libéral qui semble largement prédominer sur les autres modes d'exercice au sein des CPTS.

Parmi les moteurs de l'engagement, les professionnels disent également leur volonté d'agir sur le territoire en formalisant des projets à l'adresse de toute la population. Cet engagement est toutefois tempéré par **les craintes qu'ils expriment à l'égard du dispositif CPTS qu'ils perçoivent comme trop rigide ou trop bureaucratique**. La méconnaissance du cadre réglementaire qui entoure l'objet CPTS, en particulier s'agissant de ses objectifs, fait douter les professionnels de son caractère opérationnel au point qu'ils craignent qu'il ne conduise qu'à de la « réunionite ».

Si nous notons une réelle manifestation de la volonté d'agir des professionnels notamment pour garantir l'accès aux soins, lutter contre les inégalités de santé et assurer les services de santé primaires à la population, **il semble qu'ils aient du mal à se projeter sur leur territoire** au point qu'il est possible de parler d'un « rendez-vous en territoire inconnu ». Il s'agit pour eux du difficile passage d'une culture du soin à une culture de santé. Cette difficulté tiendrait ou bien de leur méconnaissance de la dimension santé préexistante, notamment lorsqu'elle s'exprime à travers un contrat local de santé (CLS) auquel peu participent, ou bien de leurs réflexes de soignants les conduisant à investir la dimension populationnelle par le soin ou à n'entendre la prévention que comme seule prévention sanitaire.

- *Ressources de la mise en œuvre de l'action collective*

Concernant la mise en œuvre de l'action collective à l'échelle territoriale, **les professionnels ont insisté sur leur besoin de disposer de ressources nécessaires au fonctionnement de la CPTS et à la concrétisation de leurs projets**.

Certaines de ces ressources peuvent être directement mobilisables, en interne, par les professionnels. Ainsi, ils considèrent détenir des **savoir-faire spécifiques et des compétences suffisantes, en particulier en santé publique, pour engager des démarches populationnelles et mettre en œuvre des interventions territoriales**. Cette expertise leur est toutefois contestée par les régulateurs et certains

des accompagnateurs du dispositif CPTS qui jugent, au contraire, les formations des professionnels à la gestion de projet ou à la santé publique plutôt fragiles.

Tous estiment en revanche que la coordination est un incontournable de la CPTS. Les besoins en la matière sont tout à fait différents de ce qu'ils sont pour les MSP puisque la CPTS suppose une dimension territoriale, l'absence de limites physiques (murs) et un nombre d'acteurs bien supérieur. D'aucuns considèrent que cette ressource indispensable en coordination est intimement liée à l'émergence d'un nouveau métier, celui de coordonnateur. **Nous observons que les profils de ces coordonnateurs sont d'une grande hétérogénéité** et que la formation qui leur est jusqu'ici dispensée ne les satisfait pas pleinement.

S'agissant, enfin, des ressources techniques et numériques, les professionnels envisagent de se doter de plusieurs outils susceptibles d'améliorer leur coopération interne et de mieux suivre les interventions et actions mises en œuvre par la CPTS. **Ces outils numériques, tout comme l'accès aux données de santé, participeraient de l'acquisition d'une certaine autonomie de la CPTS vis-à-vis des autres acteurs du territoire.** Par cette autonomisation, les professionnels entendent obtenir un certain pouvoir d'agir sur le territoire que les différents institutionnels reconnaissent à la CPTS tout en lui permettant d'assumer sa responsabilité populationnelle. Les acteurs de la régulation et de l'accompagnement sont en première ligne pour octroyer une partie de ces ressources.

- ***L'accompagnement des dynamiques territoriales des CPTS***

A première vue, **l'accompagnement des CPTS se veut organisé dans le respect de l'autonomie des acteurs.** Ainsi, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) représentent l'acteur principal de cet accompagnement des dynamiques professionnelles des CPTS dans au moins deux des trois régions explorées (B et C). Il s'agit pour ces URPS d'un positionnement stratégique lié au besoin de conserver leur rôle de représentants territoriaux. Elles promeuvent un modèle de CPTS sous gouvernance libérale mais participent, dans le même temps et grâce notamment aux salariés qu'elles mobilisent, à faire évoluer les représentations professionnelles en matière de santé. Dans la troisième région, le soutien aux CPTS est éclaté dans un paysage régional confus.

Les Agences régionales de santé (ARS) sont, dans les régions B et C, cantonnées à un rôle d'accompagnement distant, non interventionniste, « bienveillant » c'est-à-dire tout à la fois cordial pour ménager les susceptibilités éventuelles et s'assurer de la coopération des professionnels, et favorable a priori aux projets qui émergent. Dans ces cas, **les ARS, en respectant les dynamiques territoriales, adoptent une sorte de posture attentiste qui peut s'avérer difficile à tenir lorsque les injonctions politiques se font plus pressantes.**

Cette apparente répartition des rôles méconnaît toutefois les velléités de régulation des ARS qui, si elles ne souhaitent pas renoncer à une gestion publique assouplie à l'écoute des aspirations des acteurs de terrains, entendent prendre leur part dans le processus de structuration de l'échelon *meso*. Ainsi, elles multiplient les rappels concernant les attendus des CPTS, notamment en termes de composition et de gouvernance, même si les libéraux restent les principaux instigateurs des communautés. **Elles opèrent, dans deux des situations observées, une régulation invisible qui est soit différée (région C) soit confiée aux délégations territoriales (région A)** qui « filtrent » les projets de CPTS selon leur pertinence au regard de critères de santé publique, aujourd'hui non parfaitement formalisés. Parallèlement, les ARS engagent des partenariats avec l'Assurance maladie en vue d'obtenir des outils de régulation plus adaptés.

Finalement, les institutionnels régionaux déploient, plus ou moins ouvertement et de façon variable, leur pouvoir sur l'objet CPTS. Cela ne peut se faire qu'avec l'assentiment des professionnels qui sont

chargés, par la loi, de la création et de l’animation des CPTS et pour qui le « pouvoir d’agir » est un préalable à l’action collective attendue.

Discussion

- **Vers un *empowerment* collectif des CPTS**

En guise de discussion, nous avons cherché à mettre en perspective les résultats au regard de ce que pourrait être un *empowerment* collectif des CPTS si celui-ci reprenait les principales composantes des *empowerment* organisationnel et communautaire développés par Ninacs (cf. Figure 2).

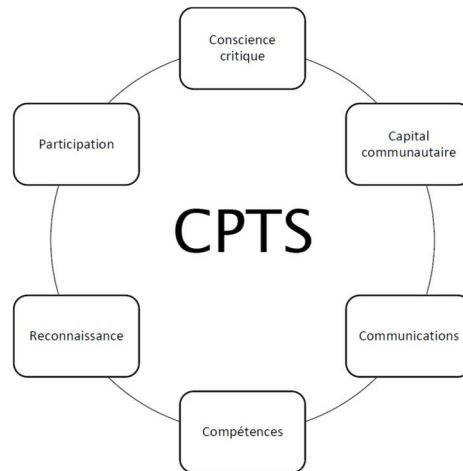


Figure 2. Composantes d’un *empowerment* collectif des CPTS (d’après Ninacs)

La plus essentielle de ces composantes est sans doute celle de la constitution d’un **capital communautaire**, c’est-à-dire la réserve de sentiment d’appartenance des membres à la communauté, sentiment alimenté par la prise en compte des enjeux de santé publique qui concernent le territoire et qui restent extérieurs à cette communauté. L’acquisition et le développement de ce capital communautaire pourrait être limité du fait de la difficulté des professionnels à se projeter dans une dimension populationnelle et à appréhender les enjeux de santé publique du territoire. Il s’agit pourtant d’un préalable à l’action collective. Le développement de ce capital communautaire passe sans doute en premier lieu par la formation qui vient également au renfort du développement de **compétences** en propre.

La participation des membres à la vie de la CPTS nous est apparue comme un facteur d’augmentation et d’entretien de leur motivation à s’engager dans le dispositif. Cette participation peut s’entendre de façon interne à la CPTS (participation aux projets, à la gouvernance, etc.) ou encore de façon externe lorsqu’il est notamment question de prendre part aux discussions et échanges avec des acteurs institutionnels régionaux comme l’ARS par exemple. Tout comme **la communication**, cette participation pourrait être facilitée par la mise en place d’outils numériques collaboratifs adaptés des « réseaux sociaux d’entreprise » (RSE) dont les professionnels expriment le besoin à maintes reprises.

La **conscience critique**, enfin, désigne la capacité d’analyse de l’organisation sur son activité et son objectif. Dans le cas des CPTS, cette conscience critique ne pourra sans doute émerger valablement qu’à la faveur d’outils appropriés comme ceux permettant d’accéder à l’information, aux données de santé notamment. De ce point de vue, l’Assurance maladie apparaît comme un opérateur de choix, en particulier à travers ses antennes locales que sont les CPAM. Il s’agirait notamment de mettre à

disposition des professionnels des données d'activité collective susceptibles de faciliter leur projection sur le territoire.

Ainsi, si l'action collective passe par la mise en œuvre d'une capacité d'agir sur le territoire, d'un *empowerment* collectif des CPTS, il peut être judicieux d'agir sur certaines de ces composantes comme autant de leviers propices au déploiement des CPTS. L'ensemble des acteurs territoriaux, en particulier régionaux, peuvent alors se positionner au soutien de tout ou partie de ces différentes composantes.

Compte tenu des différentes configurations régionales observées, et notamment des différents rôles joués par les URPS selon les régions, il est possible de considérer que le cadre de régulation régional soit tout à fait déterminant pour l'émergence d'une action collective territoriale. Bien qu'un cadrage national a été privilégié avec l'ACI CPTS, les combinaisons variables des acteurs institutionnels du territoire pourraient conduire à des performances différentes. Il conviendrait de poursuivre l'identification des ressorts de l'action collective et de confronter les effets observés à la variabilité des configurations régionales dans un objectifs d'équité et d'efficience.

- **Enseignements et conséquences pour les professionnels de santé publique**

Si la réussite des CPTS peut supposer de nouvelles compétences en santé publique pour les professionnels de santé afin qu'ils endossent pleinement une responsabilité collective et populationnelle, cela suppose aussi une évolution des postures professionnelles des professionnels de la santé publique qui doivent pouvoir se tourner vers les acteurs locaux.

La CPTS constitue un objet frontière susceptible de réunir la sphère de santé publique et la sphère des soins primaires (*cf.* Figure 3). Pour les professionnels de santé publique, la CPTS apparaît de ce point de vue comme une formidable opportunité de « descendre dans l'arène », de former les autres professionnels à la santé publique et d'assumer leur responsabilité d'acteurs de santé publique.

De façon pragmatique, on pourrait imaginer que cette mise en proximité de la santé publique (de ses savoir-faire, de ses compétences...) puisse passer par le rapprochement des départements universitaire de médecine générale avec ceux de santé publique ou encore par la réécriture du projet des centres d'expertise régionaux de recherche en santé publique, les CERReSP, pour qu'ils puissent rendre accessible l'expertise académique de santé publique non plus seulement aux ARS mais aussi, et peut-être même surtout, aux acteurs du soin primaire et de la proximité regroupés en CPTS.

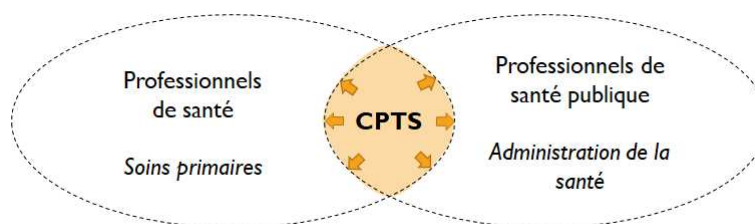


Figure 3. La CPTS, objet frontière entre soins primaires et santé publique

Conclusion

Pour contrer un service public territorial de santé (SPTS) qu'ils ne voulaient pas, les professionnels de santé ont plaidé la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) grâce auxquelles ils entendaient endosser la responsabilité de missions de services au public et s'organiser, à leur guise, pour cela. Regroupant les acteurs du soin, du social et du médicosocial, le dispositif CPTS apparaît donc comme laissé à la main des professionnels avec un déploiement privilégiant l'autonomie des acteurs dans la logique du new public management. Si l'administration déconcentrée de la santé, soucieuse de sa bonne entente avec les professionnels du territoire, prend soin d'accompagner la dynamique avec « bienveillance », les conditions de l'action collective des professionnels constituent bien un enjeu central.

Notre étude a ainsi permis d'identifier des leviers de mobilisation des acteurs professionnels au sein de 7 CPTS ainsi que les ressources que ces professionnels estiment nécessaires à leur action collective territoriale. Ces ressources pourraient être à la base d'un *empowerment* collectif des CPTS. S'il n'est pas nécessairement conditionné par la ressource financière – alors même qu'au moment de notre enquête les négociations autour de l'ACI avaient déjà débuté, cet *empowerment* pourrait reposer à la fois sur l'utilisation d'outils numériques utiles à la participation des acteurs et à une meilleure communication entre eux, mais aussi sur le développement de compétences, d'une conscience critique et d'un capital communautaire propices à un changement de culture. La reconnaissance des CPTS par les acteurs institutionnels régionaux participerait aussi de cet *empowerment*.

En effet, l'action collective des CPTS serait en grande partie conditionnée par la configuration régionale caractérisée tant par les acteurs en présence, leurs poids historiques et les rôles qu'ils entendent jouer, que par les modalités de gestion publique privilégiées par les ARS. Sur ce point, nous avons pu mettre en évidence une grande variabilité régionale même s'il apparaît globalement que le régulateur ARS n'a pas complètement renoncé à exercer son rôle (au moins dans deux des trois régions, A et C). Cette posture apparaît toutefois comme paradoxale avec le choix de déléguer le déploiement et le pilotage du dispositif aux URPS (dans deux régions sur les trois, B et C) et plus généralement avec la volonté initiale de garantir l'autonomie des acteurs professionnels. La régulation, qu'elle soit pensée a priori ou a posteriori, n'est pas tout à fait assumée et reste ignorée des professionnels.

Parallèlement, ainsi qu'on a également pu le voir avec les réflexes « libéraux » des professionnels, le choix de l'ACI et de la gestion conventionnelle accentue la polarisation des enjeux des CPTS autour des questions de la médecine libérale. Les URPS mobilisées tiennent à distance l'ARS et mobilisent inégalement des ressources techniques, humaines et financières pour se légitimer au niveau régional. Ces postures institutionnelles pourraient être de nature à recréer les conditions d'un cloisonnement entre la sphère d'administration de la santé et la sphère opérationnelle du soin.

Il n'en demeure pas moins que nous sommes, avec les CPTS, au début d'un processus dont on peut escompter qu'il se déplace encore. Pour la première fois dans l'histoire de la structuration territoriale de l'offre de santé de proximité, les professionnels du soin et notamment des soins primaires pénètrent ainsi une dimension populationnelle qui les amène à questionner leurs compétences et leurs valeurs. Cela doit conduire à développer des formations *ad hoc* pour les professionnels de santé comme pour ceux de la santé publique et de l'administration de la santé qui ont la responsabilité d'accompagner les professionnels du soin à la prise en compte des enjeux de santé publique des territoires dans un souci d'équité. La place que ces professionnels de santé publique sont prêts à occuper et qui pourra leur être accordée dans le système est alors déterminante pour la conduite du changement et l'accompagnement des CPTS.