

Penser la coordination de la prévention à l'échelle territoriale : une approche qualitative exploratoire

Astrid Kerouedan, Dieinaba Diallo, Rayniéne Liinsy Medougou, Jessica Martinez, Marin Cottin, Gilles Miserey, Fatoumata Diallo-Keita, Sophie Carré-Crétois, Katiuska Miliani, Loïc Josseran, Elisabeth Delarocque-Astagneau, Sylvain Gautier

DANS **Santé publique et Territoires 2025/HS1**, PAGES 25 À 36
ÉDITIONS **Santé Publique**

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.hs1.2025.0025

Article disponible en ligne à l'adresse
<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2025-HS1-page-25?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Penser la coordination de la prévention à l'échelle territoriale : une approche qualitative exploratoire

Rethinking coordination of prevention at the local level: An exploratory qualitative approach

Astrid Kerouedan¹, Dieinaba Diallo¹, Rayniène Liinsy Medougou¹, Jessica Martinez², Marin Cottin², Gilles Miserey³, Fatoumata Diallo-Keita³, Sophie Carré-Crétois³, Katuska Miliani², Loïc Josseran^{1,2}, Elisabeth Delarocque-Astagneau^{1,2}, Sylvain Gautier^{1,2}

➡ Résumé

Introduction : Au sein du processus de territorialisation de la santé en France, la prévention a historiquement été reléguée au second plan. La nécessité d'œuvrer à une meilleure coordination territoriale de la prévention est souvent soulignée, en particulier depuis l'émergence de structures ayant des missions de prévention comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'objectif de cette étude est de décrire et caractériser l'organisation territoriale de la prévention, puis de discuter différents modèles de coopération proposés par des acteurs d'un territoire pilote.

Méthode : Le territoire pilote est celui de la CPTS Sud Yvelines. Une série de *focus groups* a été réalisée, impliquant acteurs professionnels, associatifs et institutionnels du territoire. Les participants étaient invités à élaborer, en sous-groupes, un dispositif de coopération « idéal » pour mener des actions de prévention, en choisissant et discutant les modalités qu'ils jugeaient les plus appropriées.

Résultats : L'organisation territoriale de la prévention apparaît relativement complexe, avec une multiplicité d'acteurs et des relations variées entre eux. Les modèles de coopération proposés par les professionnels révèlent une grande hétérogénéité. Les professionnels de santé expriment une préférence pour une organisation sur un mode de coordination par ajustement mutuel tandis que les acteurs associatifs privilégient une coordination plus formalisée de type supervision directe.

Conclusion : La coordination territoriale de la prévention s'inscrit dans une démarche plus large de territorialisation de la santé publique. Les acteurs des soins primaires trouvent aujourd'hui mandat pour participer à la mise en œuvre de la prévention territoriale.

Mots-clefs : prévention, coordination, territoire, méthode qualitative, systèmes de santé, organisation.

➡ Abstract

Introduction: In the context of the localization of health policies in France, prevention has historically been relegated to the background. The need to improve the coordination of preventive efforts at the regional level is frequently emphasized, particularly since the emergence of structures with prevention mandates, such as the Health Territorial and Professional Communities (HTPC). This study aims to describe and characterize the regional organization of prevention, and to discuss various models of cooperation proposed by actors in a pilot region.

Method: The pilot area studied is that of the Sud Yvelines CPTS. A series of focus groups was conducted, involving professional, community, and institutional actors from the region. Participants were invited, in small groups, to design an "ideal" cooperation framework for implementing prevention initiatives, selecting and discussing the approaches they considered most appropriate.

Results: The regional organization of prevention appears relatively complex, involving a wide range of actors and diverse relationships among them. The cooperation models proposed by professionals show significant heterogeneity. Health professionals tend to favor coordination through mutual adjustment, while community actors prefer more formalized coordination, such as direct supervision.

Discussion: The regional coordination of prevention is part of a broader process of localizing public health. Primary care actors are now formally mandated to take part in the implementation of regional prevention efforts.

Keywords: prevention, coordination, territory, qualitative method, health system, organization.

¹ Département Santé Publique Observation et Territoire (SPOT), UFR Simone-Veil Santé, Université Versailles St-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), Montigny-le-Bretonneux, France.

² Département d'Épidémiologie et de Santé Publique, Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches, France.

³ CPTS Sud Yvelines, Rambouillet, France.

Correspondance : A. Kerouedan
astrid.kerouedan@gmail.com

Réception : 06/09/2024 – Acceptation : 25/04/2025
Relu Par Cadenza Academic Translations

Introduction

Il existe aujourd'hui un large consensus sur la nécessité de réorienter les systèmes de santé vers davantage de prévention, afin de répondre aux enjeux posés par la transition épidémiologique, marquée notamment par le vieillissement de la population et la hausse des pathologies chroniques. En France, cette transition vers une approche préventive se heurte à la structure historique du système de santé, principalement construit autour de l'objectif d'un accès universel aux soins privilégiant une logique curative à une approche préventive.

Deux grandes orientations peuvent être envisagées pour renforcer la prévention. La première consiste à déployer des politiques de santé publique fondées principalement sur des actions de prévention primaire et populationnelle. La seconde vise à intégrer davantage de prévention au sein même du système de soins, en développant les pratiques cliniques préventives et les actions de prévention secondaire et tertiaire. Toutefois, ces deux approches restent encore limitées : les politiques de prévention font régulièrement l'objet de critiques [1], et les initiatives pour renforcer la prévention dans les soins sont encore limitées.

Parallèlement à cette volonté de valoriser la prévention, le système de santé français connaît, depuis les années 1990, un mouvement de territorialisation de plus en plus affirmé. Celui-ci s'est notamment concrétisé par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009, et par la structuration croissante de l'offre de soins à l'échelle territoriale. Cette dynamique a globalement laissé la prévention en marge. Si certains dispositifs territoriaux de santé publique ont été créés (contrats locaux de santé, ateliers santé ville, etc.) [2], ils restent relativement secondaires comparés aux outils centrés sur l'organisation des soins (réseaux de soins, pôles de santé, schémas régionaux, groupements hospitaliers de territoire, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS...).

Depuis une dizaine d'années, certains de ces dispositifs se voient toutefois confier des missions explicites en matière de prévention. Les groupements hospitaliers de territoire, par exemple, ont fait l'objet de recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) quant à leur rôle en prévention au titre de leur responsabilité populationnelle [3]. De même, les CPTS, depuis 2019, ont pour mission de mettre en œuvre des actions de prévention à l'échelle territoriale [4]. Ces évolutions offrent de nouvelles opportunités pour penser l'organisation territoriale de la prévention. Comme le rappelait le HCSP dans son rapport de 2018 sur la place des offreurs de soins

dans la prévention [5], il demeure néanmoins un besoin fort d'articulation et de coordination entre les différents acteurs territoriaux impliqués.

La coordination, entendue comme l'articulation des activités, des ressources et des acteurs pour atteindre un objectif commun [6], est au cœur des enjeux organisationnels, tous secteurs confondus. De nombreux travaux académiques se sont penchés sur cette notion. Certains l'abordent sous l'angle intra-organisationnel, en analysant les mécanismes de coordination selon les configurations organisationnelles [7] ou les dynamiques relationnelles et de pouvoir [8]. D'autres approches s'intéressent aux relations inter-organisationnelles notamment dans les travaux sur les réseaux [9–11]. Ces travaux convergent vers une double lecture de la coordination : à la fois comme processus – la manière dont les acteurs collaborent – et comme résultat – un niveau plus ou moins satisfaisant de collaboration.

Dans le domaine de la santé, la coordination est particulièrement critique en raison de l'éclatement fonctionnel, spatial et temporel des acteurs [12]. Elle est essentielle pour garantir la continuité et la qualité des soins [13]. Principalement fonctionnelle, elle se concentre sur la gestion des interactions quotidiennes entre professionnels et services autour des parcours de soins. Le concept de coordination n'est pas sans lien avec les notions de coopération et de collaboration, auxquelles il est souvent associé dans les dynamiques de travail en santé [14]. Si la coordination vise principalement à assurer la cohérence et la continuité des actions entre différents acteurs, elle repose sur la coopération – entendue comme une mise en commun volontaire de ressources et de compétences autour d'un objectif partagé – et peut s'inscrire dans une logique de collaboration, lorsque les professionnels travaillent ensemble de manière active et concertée à la réalisation de tâches communes. Lorsqu'il s'agit de prévention, la coordination s'élargit en intégrant des acteurs issus du champ sanitaire, mais aussi du social, de l'éducation, ou encore de l'environnement.

Dans un paysage territorial de la santé particulièrement fragmenté, l'articulation des acteurs de la prévention reste une question ouverte. C'est pourquoi cette étude propose d'analyser l'organisation territoriale de la prévention (qu'il s'agisse de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, de la prévention ciblée ou universelle), à partir de l'exemple du territoire pilote de la CPTS Sud Yvelines (*cf.* Encart). L'objectif est de mieux comprendre les logiques d'interaction entre les acteurs impliqués, puis de discuter différents modèles de coopération territoriale envisagés par les acteurs, et les mécanismes de coordination à l'œuvre dans ces modèles. Aussi, dans cet article, le terme de coordination sera mobilisé dans un double sens : d'une

part, pour désigner les relations inter-organisationnelles qui permettent de comprendre la mise en œuvre de la prévention à l'échelle territoriale ; d'autre part, dans une approche intra-organisationnelle, pour étudier les modalités concrètes de travail collectif entre acteurs réunis dans une même entité fonctionnelle.

Encart. Le territoire pilote

Situé dans le sud du département des Yvelines (78), le territoire de cette étude correspond en tout point à celui du territoire de la CPTS Sud Yvelines qui regroupe 35 des 36 communes de la communauté d'agglomération de Rambouillet Territoire (CART). La population du territoire (80 000 habitants) est caractérisée par une proportion d'habitants âgés de 65 à 79 ans supérieure à la moyenne régionale. La ville de Rambouillet qui, concentre l'essentiel de l'offre de soins, est entourée de communes principalement rurales.

Le territoire fait face à d'importants défis en matière d'accès aux soins. En effet, 22 communes ne disposent d'aucun professionnel de santé. La densité de médecins généralistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale. Le Centre Hospitalier de Rambouillet, rattaché au GHT Yvelines Sud, joue un rôle central dans l'offre médicale. En 2019, un diagnostic territorial de santé a été réalisé pour identifier les besoins du territoire, et un contrat local de santé est en cours d'élaboration. Le territoire Sud Yvelines est engagé depuis 2021 dans un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).

Matériels et méthodes

La démarche générale de cette étude peut être qualifiée de compréhensive. Dans un premier temps, afin de cerner les contours de l'organisation territoriale de la prévention, un travail d'observation non participante a été réalisé via une immersion des chercheurs au contact des acteurs du territoire (professionnels de santé, représentants associatifs...). Pour identifier les liens fonctionnels et collaboratifs qui sous-tendent les relations entre ces acteurs, des entretiens ciblés ont été réalisés avec certaines parties prenantes. En complément, l'équipe de recherche a réalisé une recension de documents stratégiques relatifs aux actions de prévention du territoire : diagnostic territorial de santé (2019), projet de santé Rambouillet Territoire – CPTS Sud Yvelines (2021), PTSM... Un lien fonctionnel (hiérarchique, de financement, d'orientation stratégique)

désigne ici une organisation des actions entre professionnels selon des protocoles ou procédures, sans interaction directe nécessaire. À l'inverse, un lien collaboratif suppose un engagement mutuel, avec communication et co-construction autour d'un objectif partagé.

Dans un second temps, l'équipe a cherché à identifier les attentes des acteurs du territoire en matière d'organisation de la prévention territoriale. Quatre *focus groups* ont été menés : deux réunissant des professionnels de santé, un réunissant des acteurs de prévention associatifs et un autre réunissant des acteurs institutionnels ou assimilés (Tableau 1). En sous-groupes de quatre à cinq, les participants ont été invités à construire ensemble leur dispositif « idéal » de coopération territoriale pour mener les actions de prévention. Pour les guider, les chercheurs ont identifié six « briques élémentaires » constitutives d'un tel dispositif (Figure 1) : gouvernance ; outils et modalités de la coopération des acteurs ; modèles d'intervention/mobilisation et engagement des acteurs ; modalités de communication entre acteurs ; approches territoriales et populationnelles/ ancrage territorial et autres caractéristiques (pouvant renvoyer à la culture commune, aux valeurs partagées, à la vision de la prévention...). Ces briques élémentaires ont été déterminées en amont par l'équipe de recherche sur la base de la théorie des organisations de Mintzberg [7], de sorte que chaque brique renvoie à une dimension constitutive d'une organisation au sens de Mintzberg. L'absence de brique « financement » est un choix délibéré de l'équipe, considérant que le financement est un paramètre à prendre en considération une fois le dispositif élaboré. Par ailleurs, les financements traduisent les nombreux cloisonnements du système de santé (sanitaire versus social, curatif versus préventif, hospitalier versus ambulatoire...). Amener les participants à questionner le financement d'un dispositif de coordination risquait de freiner leur créativité ou de les conduire à reproduire ces cloisonnements sans chercher à les dépasser. Pour chaque brique, les participants devaient choisir une modalité parmi plusieurs propositions possibles, en optant pour celle qu'ils considéraient la plus appropriée pour leur modèle.

L'ensemble des échanges a été retranscrit puis analysé selon deux approches distinctes. Une première analyse comparée des modèles choisis par chaque sous-groupe et par chaque groupe (professionnels de santé, acteurs associatifs et acteurs institutionnels) a été réalisée afin d'identifier d'éventuelles similitudes ou différences entre eux. Une deuxième analyse a consisté à qualifier le mécanisme de coordination de chacun des modèles « complets » (c'est-à-dire, faits de six briques) en prenant appui sur la théorie des mécanismes de coordination de Mintzberg [7]. De façon simplifiée, ces mécanismes incluent l'ajustement

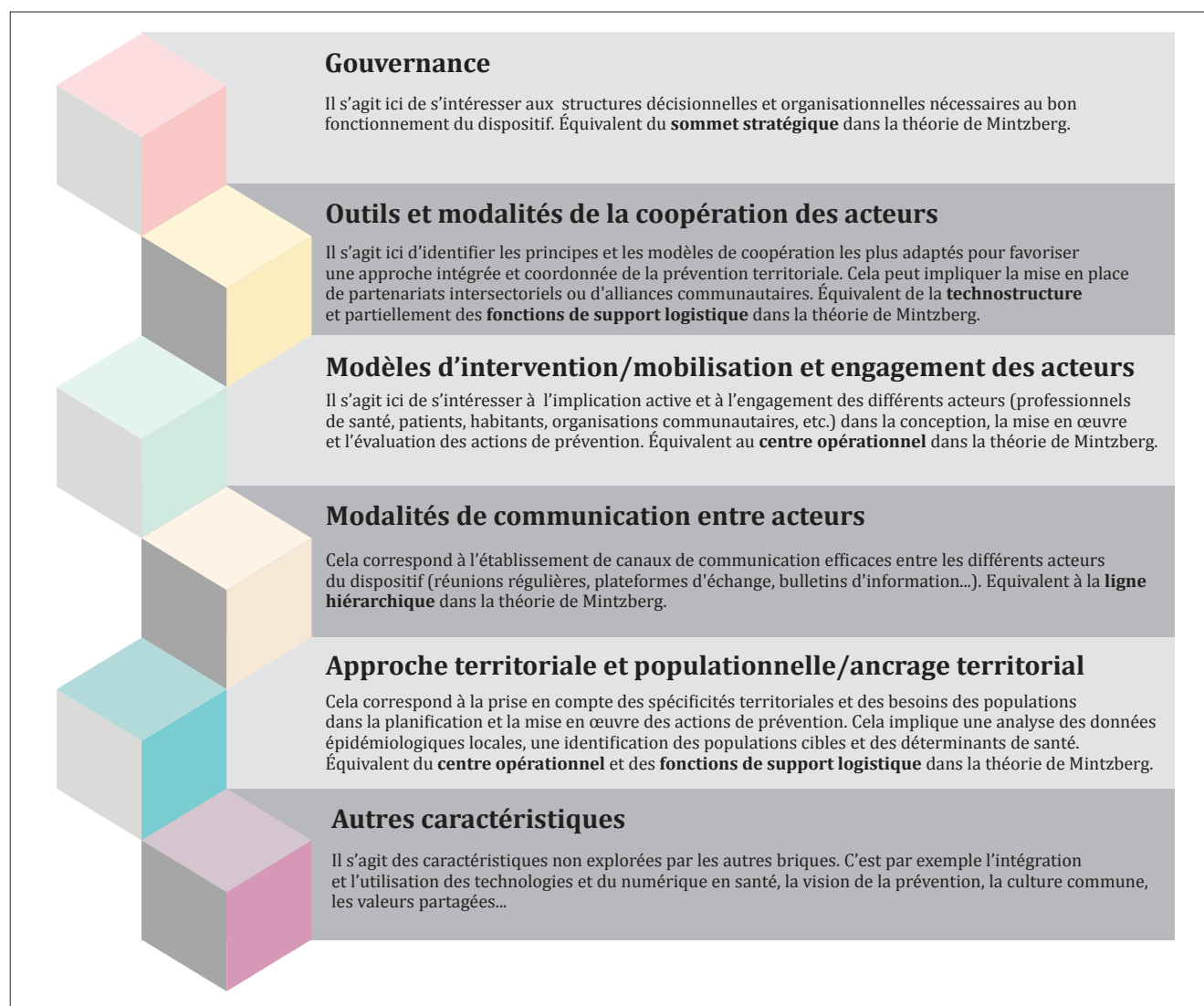


Figure 1 : Caractéristiques d'un dispositif de coopération territoriale pour mener des actions de prévention présentées en six briques élémentaires

mutuel, où la coordination se fait par la communication informelle entre les acteurs ; la supervision directe, où une personne coordonne les actions des autres ; la standardisation des procédés de travail, où les tâches à réaliser suivent un processus déjà établi ; la standardisation des résultats, où les objectifs à atteindre sont définis à l'avance ; la standardisation des normes et des valeurs, qui repose sur le partage de principes communs ; et la standardisation des qualifications, qui s'appuie sur des compétences et savoirs préalablement acquis par les acteurs. L'ensemble de la démarche a été rapporté conformément aux recommandations COREQ [15]. Le protocole de l'étude a été soumis à l'IRB Foch 00012437 et a obtenu un avis favorable sous le n° 24-04-06. Cette recherche (n° IReSP-AAP

SIP 2022-312829) a été financée par l'IReSP dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2022 sur les Services, Interventions et Politiques favorables à la santé (SIP)

Résultats

Organisation territoriale de la prévention

L'organisation territoriale de la prévention apparaît relativement complexe (Figure 2). Sa schématisation, obtenue à partir de l'étude du territoire pilote, met en évidence la

Tableau I : Caractéristiques des participants aux *focus groups*

<i>Focus Group</i>	Nombre total de participants	Sexe F/H ^a	Fonction des participants
N°1 : Professionnels de santé 27 mars 2024 - Présentiel	15 participants	F : 8 H : 7	Médecins (4), Kinésithérapeutes (3), Pharmaciens (2), Dentiste (1), Podologue (1), Psychologue (1), Représentante d'établissement médico-social (1), Coordinatrice CPTS (1), Secrétaire CPTS (1)
N°2 : Professionnels de santé 25 juin 2024 - Visioconférence	7 participants	F : 5 H : 2	Infirmières (2 dont 1 Infirmière en Pratique Avancée), Médecins généralistes (2), Diététicienne (1), Gériatre praticien hospitalier (1), Sage-femme (1)
N°3 : Associations 14 mai 2024 - Visioconférence	9 participants	F : 7 H : 2	Collectif Hôpital Santé Publique Sud-Yvelines (2), Ligue contre le cancer (2), CIDFF*, PMI**, AEPS***, Maison des jeunes et de la culture / centre social, Bus santé départemental
N°4 : Institutions 16 janvier 2025 - Visioconférence	7 participants	F : 3 H : 4	CH de Rambouillet (2), Mairie de Rambouillet (1), CPTS Sud Yvelines (1), Dispositif d'appui à la coordination Sud Yvelines (1), Conseil territorial de santé (2)

^a : Femme / Homme

* : Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

** : Protection maternelle et infantile

*** : Aide à l'éducation, la prévention et la scolarité

multiplicité des acteurs impliqués, qu'ils soient « institutionnels » ou « opérationnels ». Ceux-ci sont, d'une part, répartis sur différents niveaux territoriaux (de l'échelon national à l'échelon local) et, d'autre part, affiliés à des sphères distinctes : offreurs de soins, acteurs du système de santé dédiés à la prévention, et intervenants hors du système de santé. Cette diversité reflète la nature intersectorielle de la prévention, nécessitant la coopération d'acteurs au-delà du seul champ de la santé. Les relations entre ces acteurs sont variées, combinant des liens fonctionnels, verticaux, entre niveaux territoriaux et des liens collaboratifs, horizontaux, qui semblent cloisonnés au sein de mêmes sphères. Enfin, les outils opérationnels tels que les CLS ou les PTSM émergent comme des points de convergence importants au niveau local.

Quels modèles pour une coordination territoriale ?

L'analyse des modèles proposés révèle une grande hétérogénéité dans les choix exprimés par les participants, tant au sein des groupes qu'entre eux (Tableau 2). Les quatre *focus groups* se distinguent d'abord par la forme de gouvernance qu'ils privilégient : les professionnels de santé du premier *focus group* oscillent entre une codirection Ville-Hôpital, la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) dédié et des réseaux multi-partenariaux élargis au médico-social, en soulignant partout la nécessité d'affecter un coordinateur spécifiquement

formé ; le deuxième groupe, également composé de professionnels de santé, veut confier un rôle moteur à la CPTS, vue comme une instance de supervision directe ou l'expression d'un leadership plus collégial ; du côté des acteurs associatifs de prévention, la délégation territoriale de l'ARS est jugée légitime pour piloter le dispositif, même si un modèle multi-partenarial reste souhaité ; enfin, les représentants institutionnels hésitent entre une gouvernance informelle très souple et une codirection Ville-Hôpital comme les professionnels de santé, mais toujours avec un référent-coordonnateur clairement identifié.

Au-delà du cadre stratégique, tous les groupes préconisent des modalités de coopération fondées sur la mutualisation des ressources et la formalisation d'outils communs : l'affectation d'un personnel dédié revient comme un leitmotiv, les espaces numériques de partage ou les réunions de concertation périodiques constituent le socle de la communication, et l'on voit se généraliser l'idée d'équipes mobiles ou pluridisciplinaires agissant « hors les murs ». Cette convergence s'accompagne d'un intérêt marqué pour le suivi d'indicateurs partagés : qu'il s'agisse d'un tableau de bord territorial, de statistiques de prévention ou du dossier patient, tous insistent sur la traçabilité afin de fluidifier la coopération interacteurs.

Sur le plan de l'approche populationnelle, deux logiques coexistent : la prévention universelle, défendue par plusieurs groupes pour garantir l'équité, et des actions plus ciblées vers les publics précaires, prioritaires ou habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), portées notamment par les associations et certains

des résultats. Les acteurs associatifs évoquent la standardisation des qualifications sous l'égide de l'ARS, mais aussi un contrôle par les résultats. Cet attachement des acteurs associatifs à une coordination plus formalisée est jugé comme un gage d'efficacité et de reconnaissance institutionnelle. Les acteurs institutionnels quant à eux mêlent ajustement mutuel, standardisation des processus et, plus ponctuellement, des résultats. En filigrane, on observe un glissement d'une coordination fondée sur l'expertise individuelle vers des mécanismes plus formalisés qui combinent normalisation des pratiques, partage d'information en temps réel et flexibilité relationnelle.

Tableau II : Choix du dispositif de coopération idéal pour mener des actions de prévention territoriale proposé par chaque groupe de participants aux *focus groups*

Gouvernance	Outils et modalités de coopération des acteurs	Modèle d'intervention/ mobilisation/ engagement	Modalités de communication entre acteurs	Approche territoriale et populationnelle/ ancrage territorial	Autres caractéristiques	Mode de coordination privilégié (selon la théorie de la coordination de Mintzberg)
Focus group 1 - Professionnels de santé						
1 Codirection Ville - Hôpital	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	Capitaliser sur les outils de suivi des patients	Espace numérique de partage dédié	Déterminants de la santé	Suivi d'indicateurs de prévention territoriaux	Standardisation des procédés de travail → Les participants expriment une volonté de mutualisation des outils de travail et du mode de direction entre la ville et l'hôpital. Un espace numérique partagé permettrait de recueillir les bilans de santé des patients de façon standardisée. Ils privilégient donc une coordination selon un mode de standardisation des procédés de travail.
2 Multi-partenariat incluant les associations de prévention	Coopération élargie au secteur médico-social, aux associations communautaires	Rôle clé du patient expert	Réunion périodique de concertation	Déterminants de la santé	Équipe d'intervention hors les murs	Standardisation des procédés de travail et Ajustement mutuel → Excluant l'approche en réseau et la gouvernance informelle, les participants privilégieraient une coordination multi-partenariale compatible avec une standardisation des procédures. Ils sont, toutefois, très favorables à des réunions permettant de favoriser l'échange direct, correspondant à un mode de coordination par ajustement mutuel.
3 Création d'une structure dédiée type GCS	Équipe pluri-professionnelle ville / hôpital	S'appuyer sur des partenaires locaux, régionaux	Réunion périodique de concertation	Publics précaires ou prioritaires	Mobiliser la ressource humaine en santé formée en prévention	Standardisation des résultats et Ajustement mutuel → Exprimant le souci d'un dispositif s'appuyant sur les compétences multiples issues de la ville et de l'hôpital et mobilisant « plus d'acteurs » opérationnels, les participants privilégient une coordination par standardisation des résultats. Toutefois, ils restent attachés aux réunions en présence pour favoriser les échanges correspondant à un mode de coordination par ajustement mutuel.
4 Multi-partenariat incluant les associations de prévention	Coopération élargie au secteur médico-social, aux associations communautaires	Programme de prévention universelle	Réunion périodique de concertation	Quartier prioritaire de la ville (QPV)	Suivi d'indicateurs de prévention territoriaux	Standardisation des résultats et Ajustement mutuel → En se focalisant sur le modèle d'intervention et les publics bénéficiaires, les participants insistent sur un dispositif qui doit être au service de l'action en prévention, en faveur d'un modèle de coordination par standardisation des résultats. Dans le même temps, ils jugent les réunions en présence plus « concrètes » se tournant ainsi vers un mode de coordination par ajustement mutuel du point de vue du partage d'informations.

(Suite)

Tableau II : Choix du dispositif de coopération idéal pour mener des actions de prévention territoriale proposé par chaque groupe de participants aux focus groups (Suite)

Gouvernance	Outils et modalités de coopération des acteurs	Modèle d'intervention/mobilisation/engagement	Modalités de communication entre acteurs	Approche territoriale et populationnelle/ancre territorial	Autres caractéristiques	Mode de coordination privilégié (selon la théorie de la coordination de Mintzberg)
Focus group 2 - Professionnels de santé						
1 Leadership de la CPTS	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	Équipe mobile de prévention	Espace numérique de partage dédié	Déterminants de la santé	Suivi d'indicateurs de prévention territoriaux	Supervision directe et Standardisation des procédés de travail → Il s'agit ici d'un mécanisme de supervision directe clairement exprimé par les participants : volonté d'une instance et d'un personnel dédiés à la coordination. Ils optent pour un espace numérique partagé en tant qu'outil de gestion de projet répondant à un mécanisme de standardisation des procédés de travail.
2 Leadership de la CPTS	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	Rôle clé du patient	Réunion périodique de concertation	Déterminants sociaux de la santé	Suivi d'indicateurs de prévention territoriaux	Standardisation des qualifications et Ajustement mutuel → Insistant sur l'importance d'une personne formée spécifiquement à la coordination (« pas d'amateurisme ») et au rôle du patient expert au sein du dispositif, les participants s'orientent vers un modèle de coordination par standardisation des qualifications. Dans le même temps, ils privilégient une communication souple caractéristique de l'ajustement mutuel.
Focus group 3 - Acteurs de prévention associatifs						
1 Gouvernance par délégation territoriale ARS	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	S'appuyer sur des partenaires locaux, régionaux	Réunion périodique de concertation	Publics précaires et prioritaires	Suivi d'indicateurs de prévention territoriaux	Supervision directe et Standardisation des qualifications → Les participants considèrent l'ARS légitime en tant qu'instance de gouvernance soulignant le choix du modèle de coordination par supervision directe. Ils sont par ailleurs attachés à la recherche de compétences tant par la présence d'une diversité d'acteurs que d'une personne formée spécifiquement. Cela les oriente vers un mode de coordination par standardisation des qualifications.
2 Multi-partenariat, incluant les associations de prévention	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	Programme de prévention universelle	Réunion périodique de concertation	Déterminants sociaux de la santé	/	Standardisation des procédés de travail et des résultats → Les participants soulignent l'importance d'un objectif de prévention en commun, faisant référence à un mécanisme par standardisation des résultats. Ils évoquent la nécessité d'un espace numérique partagé susceptible d'assurer le partage d'informations et la traçabilité, suggérant un mécanisme de standardisation des procédés de travail.

Focus group 4 - Institutions						
1	Gouvernance informelle	Dédier un personnel à la coordination formé spécifiquement	Capitaliser sur les outils de suivi des patients	Espace numérique de partage dédié	Déterminants de la santé	Suivi des indicateurs de prévention territoriaux
Ajustement mutuel et Standardisation des procédés de travail → Les participants privilégient un modèle de gouvernance flexible basé sur les compétences des acteurs locaux, ce qui correspond à un mécanisme de coordination par ajustement mutuel. Ils évoquent l'importance d'avoir un espace numérique partagé pour permettre à tous les acteurs de disposer des mêmes données en temps réel, faisant référence à une standardisation des procédés de travail.						
2	Codirection Ville - Hôpital	Dédier un personnel à la coordination : professionnel de santé	Programme de prévention universelle pour tous	Réunion périodique de concertation	Déterminants de la santé	Mobiliser la ressource humaine formée en prévention
Standardisation des procédés de travail et de résultats → Les participants souhaitent mutualiser les outils de travail et les modes de direction entre l'hôpital et la ville pour standardiser les procédés de travail. Ils insistent sur la nécessité de dédier un professionnel de santé à la coordination et de tenir des réunions périodiques de concertation, indispensable à toute coopération sur le territoire afin de standardiser les résultats.						

Discussion

Les résultats de notre étude, menée à travers l'exploration d'un territoire pilote, révèlent une complexité apparente de l'organisation territoriale de la prévention. Les acteurs semblent collaborer de manière horizontale et en proximité, mais leurs interactions entre les différents niveaux territoriaux se font plutôt de façon hiérarchique, suggérant des directives venant des acteurs de niveau supérieur vers ceux de niveau local. Ce constat souligne l'importance de penser la coordination entre acteurs, ce qu'ont d'ailleurs assez largement exprimé les participants lors des *focus groups*. Les modèles de coopération qu'ils ont proposés révèlent des logiques de coordination différentes selon les profils, c'est-à-dire selon qu'ils sont professionnels de santé, acteurs associatifs ou institutionnels.

Ces visions différentes sont probablement influencées par les contextes locaux, le positionnement de chacun des acteurs et les priorités ressenties. L'ajustement mutuel, qui permet de conserver une certaine souplesse décisionnelle, est plébiscitée par les professionnels de santé. Cela n'est pas surprenant car elle constitue un mode de coordination largement répandu dans les organisations de santé [16, 17]. Dans le même temps, ce besoin exprimé par certains d'entre eux de standardisation des procédés de travail ou de résultats souligne une apparente contradiction. En effet, ils se voient à la fois comme des acteurs de terrain cherchant à donner du sens à leurs actions de prévention mais également comme des professionnels mettant en avant la nécessité d'une structuration plus rigoureuse de ces actions. À l'inverse, la demande d'institutionnalisation exprimée par les acteurs associatifs pourrait traduire leur besoin de reconnaissance et de renforcement de leur position dans le domaine de la prévention où, malgré la nature intersectorielle de celle-ci, les professionnels de santé sont souvent perçus comme des acteurs plus légitimes. Au-delà des configurations organisationnelles, il convient en effet de s'interroger sur l'existence d'habitudes de fonctionnement, de routines ou encore de mentalités façonnées par l'appartenance institutionnelle. Ces logiques d'acteurs, souvent implicites, peuvent être à l'origine des écarts observés entre l'aspiration à travailler autrement – de manière plus décroisée et coordonnée – et les difficultés concrètes rencontrées lors de la mise en place de nouvelles modalités de travail.

Les différences mises en évidence dans le cadre des *focus groups* concernant le mécanisme de coordination sous-jacent peuvent aussi être le reflet d'une gouvernance territoriale fragmentée, sans leadership territorial clair. À cet

égard, le *focus group* avec les institutionnels du territoire a pu permettre de mieux cerner les propositions des acteurs isolés. Il persiste toutefois un besoin d'alignement sur ces questions de coordination entre les différentes parties du territoire. Cela pourrait nécessiter de penser des espaces ou des moments de concertation entre acteurs permettant de créer du consensus. Une étape ultérieure de ce travail conduira ainsi à rassembler l'ensemble des acteurs du territoire pour confronter leurs divergences et définir en commun les contours d'un dispositif de coopération unitaire, susceptible d'être secondairement évalué.

D'ores et déjà, notre étude met en évidence des éléments favorables à la mise en œuvre d'une coopération territoriale pour conduire des actions de prévention. En premier lieu, cela constitue une motivation clairement perceptible pour les acteurs du territoire, quand bien même certains de ces acteurs rencontrent aujourd'hui d'importantes difficultés pour mener à bien leurs missions (manque de temps, de ressources humaines, de moyens financiers...). Par ailleurs, les acteurs du territoire s'accordent sur la nécessité de s'outiller pour mieux communiquer et relever les enjeux organisationnels suscités par le besoin de coordination [11]. Enfin, il apparaît qu'un tel dispositif de coopération territoriale sur les questions de prévention devra pouvoir s'appuyer sur l'interconnaissance des acteurs ou lever ce frein en priorité. À cet égard, les enjeux de coordination identifiés pour la prévention rappellent ceux relevés plus largement pour les CPTS [17, 18] : une mobilisation hétérogène des professionnels de santé, des liens encore fragiles avec les autres acteurs du territoire (hôpitaux notamment) ou encore des obstacles liés à l'accès et l'utilisation des données de santé.

Nos travaux reposant sur une méthode qualitative par *focus groups* doivent toutefois être interprétés avec prudence. Ils ont pu introduire un biais d'entraînement : certains participants ont pu être influencés par les opinions dominantes exprimées au sein du groupe auquel ils appartenaient. De plus, l'approche utilisée, de type recherche-action, tout en étant un puissant outil de co-construction des solutions, peut introduire un « effet de participation à la recherche » [19] : les participants ont pu être amenés à modifier leur posture et leurs opinions en raison de leur implication dans le processus. Comme le soulignent Potvin et al. dans leur réflexion sur la recherche interventionnelle en santé des populations, une science des solutions doit être coconstruite avec les acteurs concernés, tout en étant consciente des dynamiques qu'elle engendre [20].

Pour les acteurs des soins primaires, a fortiori lorsqu'ils sont partenaires de la recherche et structurés territorialement en CPTS, ces effets de participation constituent une

opportunité pour s'outiller, gagner en cohérence externe, et développer de nouvelles compétences et capacités à déployer des actions de prévention [21]. En effet, l'ensemble de la réflexion initiée à travers l'élaboration d'un dispositif de coopération des forces vives de la prévention territoriale s'inscrit dans une réflexion plus large portant sur la territorialisation de la santé publique [22]. Les outils pensés pour accompagner cette territorialisation (CLS, PTSM, Ateliers Santé Ville, projets territoriaux de santé...) semblent aujourd'hui achopper sur un manque d'interconnaissance [23], la faible clarification de la gouvernance territoriale [24] et l'absence d'une culture commune de santé publique [25]. Adopter plus systématiquement une démarche réflexive de type recherche interventionnelle en santé des populations, comme le suggère l'ARS Île-de-France dans son Projet Régional de Santé, permettrait de relever certains de ces défis, y compris en termes de formations et de professionnalisation des acteurs territoriaux.

Conclusion

Ce travail, à travers une meilleure compréhension de l'organisation territoriale de la prévention et une réflexion autour d'un dispositif de coopération territoriale pour mettre en œuvre des actions de prévention, nous permet d'aborder la façon dont la santé publique se déploie à l'échelle locale, en particulier avec le soutien des acteurs de soins primaires dont les missions aujourd'hui s'élargissent par l'intermédiaire de dispositifs comme les CPTS.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des participants aux *focus groups* pour leur disponibilité et leur intérêt pour notre travail. Nous remercions également le comité scientifique, composé d'Aline Courie-Lemur, Christine Hamelin, Daniel Levy-Bruhl, Joël Ankri, Lucie Guimier, Marie Essig, Patrick Hassenteufel, Pierre Arwidson, Sophie Vaux, Stéphanie Pierre et Yann Bourgueil, pour leurs conseils précieux, leur expertise et leur apport méthodologique. Nous sommes également reconnaissants envers Yann Le Bodo et Rémi Valter pour leurs contributions significatives.

Références

1. Cour des comptes. La politique de prévention en santé. [En ligne]. 1^{er} décembre 2021 [cité le 24 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>
2. Honta M, Haschar-Noé N, Salaméro É. L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé. *Négociations*. 5 avril 2018 ; 29(1) : 143-55.
3. Gomez S, Finkel S, Malone A. Des territoires pour la responsabilité populationnelle : utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information pour définir des territoires de santé. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*. 1^{er} mars 2020 ; 68 : S55-6.
4. Légifrance. Article 1 - Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019. [En ligne]. 24 août 2019 [cité le 24 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>
5. HCSP. Place des offreurs de soins dans la prévention. HCSP ; 2018.
6. Alsene E, Pichault F. La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel. *Gérer et Comprendre*. 2007 ; (87) : 6177.
7. Mintzberg H. *Mintzberg on management : inside our strange world of organizations*. Simon and Schuster ; 1989.
8. Nizet J, Pichault F. Configurations organisationnelles : Mintzberg revisité. *Revue Française de Gestion*. 1999 ; (123).
9. Yatim F, Sebai J. Coopération inter-organisationnelle dans le domaine de la santé. Le cas des Maisons de Santé Pluri-professionnelles en France. *Gest Manag Public*. 2021 ; 93(3) : 47-69.
10. Forgues B, Fréchet M, Josserand E. Relations interorganisationnelles. Conceptualisation, résultats et voies de recherche. *Rev Fr Gest*. 1^{er} mai 2006 ; 32.
11. Bloch M-A, Hénaut L. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod « Santé Social » ; 2014.
12. Gentil S. Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire [thèse de doctorat, en ligne]. IEMN-IAE (Université de Nantes) ; 2012 [cité le 24 avril 2025]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-01091090>
13. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Continuity and care coordination of primary health care : a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 13 juillet 2023 ; 23(1) : 750.
14. Supper I. La coopération interprofessionnelle en soins primaires autour des pathologies chroniques : application au diabète de type 2 [thèse de doctorat, en ligne]. Lyon ; 2019 [cité le 24 avril 2025]. Disponible sur : <https://theses.fr/2019LYSE1156>
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 1^{er} janvier 2015 ; 15(157) : 50-4.
16. Aubert I, Kletz F, Sardas JC. Les nouvelles professionnalités au service de la territorialisation des politiques publiques sanitaires : l'exemple des chefs de projet e-parcours. Dans : 9^e colloque de l'Association Internationale de Recherche en Management - 26 et 27 octobre 2020 [En ligne]. Montpellier ; 2020 [cité le 24 avril 2025]. Disponible sur : <https://hal.science/hal-03010215>
17. Gautier S, Bourgueil Y, Dugué F. Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de

- santé : une approche qualitative exploratoire [thèse d'exercice, en ligne]. Paris: Université Paris-Est Créteil Val de Marne Faculté de santé; 2019. Disponible sur : <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,997723028604611&vid=upec>
18. Certain M-H, Lautman A, Gilardi H. Rapport « Tour de France des CPTS ». Ministère chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé ; 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/le-tour-de-france-des-cpts>
 19. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect : new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. Mars 2014 ; 67(3) : 267-77.
 20. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller J. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action*. 2013 ; (425) : 13-6.
 21. Clet E, Essilini A, Cohidon C, Alla F. Intégrer la prévention dans les soins primaires : avant tout un enjeu organisationnel. *Santé Publique. S.F.S.P.* 27 juin 2024 ; 36(3) : 121-5.
 22. Kendir C, Breton E, Bodo YL, Bourgueil Y. Collaboration of primary care and public health at the local level : observational descriptive study of French local health contracts. *Primary Health Care Research & Development*. janvier 2020 ; 21 : e61.
 23. Fleuret S. Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? *Commentaire. Sciences sociales et santé*. 2016 ; 34(2) : 107.
 24. Bourgueil Y. L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? *Sciences sociales et santé, JLE Editions*. 24 mars 2017 ; 35(1) : 97-108
 25. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*. 24 août 2015 ; 27(3) : 303-4.