Au cœur des négociations entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les pouvoirs publics

Étude qualitative exploratoire auprès de trois CPTS et de l'équipe de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne

Enora Kerjean, *Irdes*
Cécile Fournier, *Irdes*

LES RAPPORTS DE L'IRDES
n° 607 • novembre 2026

IRDES

21, rue des Ardennes
75019 Paris
www.irdes.fr
01 53 93 43 21
publications@irdes.fr

INSTITUT DE RECHERCHE
ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Directeur de publication : Denis Raynaud
Éditrice : Anna Marek
Mise en page : Desk
Fabrication : Franck-Séverin Clérembault
Diffusion : Rouguiyatou Ndoye
ISBN PDF : 978-2-87812-672-3 • **ISSN** : 2263-5416

Au cœur des négociations entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les pouvoirs publics

Étude qualitative exploratoire auprès de trois CPTS et de l'équipe de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne

Enora Kerjean, *Irdes*
Cécile Fournier, *Irdes*

LES RAPPORTS DE L'IRDES
n° 607 • novembre 2026

ISBN PDF : 978-2-87812-672-3

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Remerciements 7

Avant-propos 9

Résumé 11

Abstract 12

Synthèse générale 13

Introduction 15

Problématique, méthode et objectifs de l'enquête 21

Résultats 27

Partie 1
Description du dialogue de gestion

1.1. Qui participe ? 31

1.1.1. La Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) 31

1.1.2. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) 31

1.1.3. L'agence régionale de santé 35

1.2. Comment est présenté l'objectif du dialogue de gestion ? 35

1.3. Comment est organisée la discussion ? 36

Partie 2
Quels sont les enjeux des dialogues de gestion ?

2.1. Le dialogue de gestion comme instrument de l'action publique territoriale 41

2.1.1. Un espace de rencontre entre des acteurs aux logiques en partie divergentes ... 41

2.1.2. Un moment administratif formel : rendre des comptes 43

2.1.3. Un levier d'organisation territoriale : structurer la CPTS et construire une vision d'ensemble 45
2.1.4. Produire de la donnée pour piloter l'action territoriale 47

2.2. Des intérêts multiples dans un cadre contraint 49
2.2.1. Un espace structuré par des normes et des réalités locales 49
2.2.2. Des attentes divergentes : entre processus d'acculturation et asymétries d'information 50
2.2.3. Des configurations de CPTS variées 54

2.3. Un espace de négociation 56
2.3.1. La négociation comme mode opératoire de l'action publique 56
2.3.2. Une légitimité plurielle dans la négociation 58
2.3.3. Entre convergences et désaccords 61
2.3.4. Une autonomie sous conditions 63

2.4. Un espace d'appropriation : des stratégies face à l'instrumentation 64
2.4.1. Adapter ses pratiques et conformité stratégique 65
2.4.2. Une sélection tactique des indicateurs 65
2.4.3. Une réappropriation critique des outils 66
2.4.4. Un activisme contractuel au service des priorités locales 67

2.5. Un espace de régulation : lieu de cadrage et de mise en scène du consensus 68
2.5.1. Le cadrage technico-administratif des conflits 69
2.5.2. Une rhétorique du bien commun comme outil de légitimation 69
2.5.3. Une action collective contrainte mais réelle 70

Partie 3
Les questions que pose le dialogue de gestion

3.1. Le cadre institutionnel permet-il de répondre aux besoins locaux ? 75
3.1.1. Vers une standardisation partielle des missions et des indicateurs ? 76
3.1.2. Une temporalité d'évaluation adaptée à l'action locale ? 77

3.2. Un cadre en voie de se rigidifier ? 79
3.2.1. La performativité des instruments : cadrer l'action par la technique 79

3.2.2. Des interrogations sur la pertinence des sommes 80
3.2.3. Une « économie morale de la dépense publique » 81
3.2.4. La (non-) fongibilité des enveloppes budgétaires 83
3.2.5. Conformité ou capacitation ? 84

3.3. Une arène stratégique ? 85
3.3.1. Le dialogue de gestion au cœur de la fabrique des problèmes publics 85
3.3.2. Une dépolitisation par la technicisation 86
3.3.3. La re-politisation par la conflictualité 87

3.4. Une recomposition des pouvoirs ? 88
3.4.1. Qui détient l'autorité ? 88
3.4.2. Une nouvelle redistribution des rôles et des légitimités ? 89
3.4.3. Vers une hybridation des figures professionnelles 91

Partie 4
Des pistes de réflexion pour renforcer le dialogue de gestion comme espace de régulation territoriale négociée

4.1. Les conditions de possibilité d'une structuration plus solide des CPTS 97
4.1.1. Au-delà des projets : l'enjeu des capacités organisationnelles 97
4.1.2. La continuité des relations comme levier de confiance durable 98
4.1.3. La lisibilité de l'action pour les professionnels et les habitants des territoires comme condition de légitimité et d'efficacité 99

4.2. Repenser la régulation des CPTS 100
4.2.1. L'alignement entre les temporalités de l'action publique et les dynamiques territoriales 100
4.2.2. Les savoirs issus du terrain : une ressource encore sous-exploitée 101
4.2.3. L'accès à des données comme support de pilotage partagé 102

4.3. Les CPTS à l'épreuve de leur rôle territorial 102
4.3.1. L'apprentissage entre territoires comme moteur d'innovation 103
4.3.2. Une place à consolider dans la gouvernance territoriale de la santé 103
4.3.3. La valeur ajoutée des CPTS à l'échelle des transformations territoriales 104

Conclusion et perspectives 107

Bibliographie 109

Annexe : protocole de recherche exploratoire

Étude qualitative exploratoire sur le dialogue entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les membres des équipes de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne dans le cadre de la contractualisation ACI-CPTS (décembre 2024) 121

Liste des tableaux

Tableau 1 Tableau récapitulatif des montants associés aux CPTS 19

Tableau 2 Récapitulatif des CPTS enquêtées 34

Tableau 3 Tensions observées entre les rôles perçus, les rationalités et les attentes des professionnels des CPTS et de la Cpam 50

Tableau 4 Transformation des rôles des professionnels et institutions engagés dans les dialogues de gestion des CPTS, et leurs conséquences 92

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à l'ensemble des personnes et institutions qui ont rendu possible cette recherche exploratoire.

Tout d'abord, nous remercions chaleureusement Sandrine Roque, directrice de la gestion des risques et de la lutte contre les fraudes, ainsi qu'Ugo Bergamini et Clément Maritaz, managers stratégiques à la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) du Val-de-Marne, pour avoir été à l'origine de ce projet, et plus encore pour la confiance accordée, pour leur suivi et l'accueil réservé à Enora Kerjean en tant que stagiaire, dans le cadre d'un Master 1 réalisé à Sciences Po Paris. L'engagement des professionnels de la Cpam dans la démarche, ainsi que leur volonté d'ouvrir un espace de réflexion sur l'accompagnement des CPTS, ont été essentiels à la réalisation de cette enquête.

Un grand merci aux membres du Pôle « accompagnement des offreurs de soins libéraux » de la Cpam, qui se reconnaîtront à travers ces lignes. Disponibles, pédagogues et impliqués, ils ont pris le temps de nous expliquer les enjeux du dispositif, de nous transmettre leurs documents de travail, et de partager des informations de contexte en amont des immersions de terrain. Leur accompagnement a largement facilité les contacts avec les CPTS du territoire et a permis de poser des bases solides pour l'enquête.

Nous remercions très sincèrement les membres des équipes des CPTS qui nous ont accueillies lors de leurs dialogues de gestion. Merci aux professionnels rencontrés d'avoir partagé avec Enora Kerjean l'histoire de leur CPTS, leur organisation, leurs modes de fonctionnement, ainsi que leurs points de vue sur le dispositif et ses évolutions. Nous leur sommes particulièrement reconnaissantes du temps précieux qu'ils ont consacré aux entretiens, et de la richesse de leurs témoignages, qui ont grandement nourri la réflexion.

Nous sommes également très reconnaissantes envers Isabelle Bourgeois, chercheuse associée à l'Irdes, pour la mise en lien initiale avec la Cpam 94 et les échanges tout au long du projet, ainsi qu'envers Emmanuel Hay, qui conduisait au même moment une recherche sur les CPTS dans le cadre de sa thèse d'exercice de santé publique, et avec qui les échanges ont été précieux. Enfin, nous remercions Véronique Lucas-Gabrielli et Denis Raynaud pour leur relecture attentive de ce rapport et leurs précieuses suggestions.

Avant-propos

La publication de cette étude de cas répond au souhait de partager les résultats d'une recherche qualitative exploratoire, menée dans le cadre d'un stage de Master 1 en politiques publiques de santé à Sciences Po Paris, réalisé à l'Irdes entre février et juillet 2025.

Il s'agit ainsi de contribuer aux débats en cours autour de l'évolution du dispositif des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), mis en place depuis dix ans, alors que peu de travaux de recherche sont encore disponibles.

Cette recherche a été proposée fin 2024 à la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne, qui avait exprimé son intérêt pour des travaux permettant de nourrir sa réflexion sur la manière de conduire les dialogues de gestion des CPTS.

Il ne s'agit pas d'une évaluation conduisant à porter un jugement sur la qualité des négociations entre les professionnels porteurs de CPTS et les pouvoirs publics, mais d'une recherche compréhensive visant à éclairer le travail mené par les parties prenantes (Avril *et al.*, 2010), à en révéler le contexte et les enjeux qui le traversent, afin d'outiller la réflexion des différents acteurs et actrices impliqués dans ce travail.

L'approche sociologique choisie, fondée sur une démarche scientifique rigoureuse, permet, à partir d'un petit nombre de cas, de comprendre en profondeur des processus sociaux, avec une montée en généralité possible. Elle s'appuie pour cela sur une enquête de terrain, fondée sur des observations de dialogues de gestion, précédées et suivies d'entretiens avec des représentants de trois CPTS et de la Cpam impliqués dans ces dialogues. L'analyse mobilise des concepts de sciences politiques, qui permettent de l'inscrire dans un corpus de connaissances reconnu, en confrontant ces connaissances à une réalité locale. Ses résultats ont vocation à être confrontés à ceux d'études menées dans d'autres contextes, et appréhendant des enjeux complémentaires.

S'agissant d'une recherche exploratoire, conduite dans un temps relativement court, il est important de souligner ses limites : l'éclairage est centré sur le travail d'une Cpam et de trois CPTS autour du temps administratif formel que constituent leurs dialogues de gestion, et ce à un moment précis de l'histoire de leurs interactions. Le rôle de l'agence régionale de santé (ARS) n'a pas été étudié de manière approfondie, de même que d'autres acteurs locaux avec lesquels les CPTS sont en relation : fédérations, syndicats, autres dispositifs de concertation territoriaux (contrats locaux de santé (CLS), dispositifs d'appui à la coordination (DAC)…).

La partie 4 de ce document propose des pistes de réflexion, qui n'ont pas valeur de recommandations, mais invitent à une réflexion contextualisée, impliquant les parties prenantes de la coordination territoriale, à l'échelon local et national, en vue d'améliorer les interactions autour d'objectifs territorialisés.

Le contenu de ce travail et les analyses proposées ici engagent uniquement les chercheuses qui les ont conduites, et non les personnes ayant participé à l'étude.

Les personnes enquêtées, de même que les CPTS dans lesquelles elles exercent, ont été anonymisées. Des pseudonymes sont utilisés dans le rapport d'enquête afin de garantir la confidentialité des participants.

Pour faciliter la lecture de ce document, dense dans son contenu empirique et théorique, afin de rendre compte de la complexité et de la richesse du travail mené dans ces espaces de négociation, ont été ajoutés un sommaire détaillé et des synthèses sous la forme d'encadrés à la fin de chaque partie.

Résumé

Les dialogues de gestion des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un rendez-vous annuel entre les équipes des CPTS et leurs interlocuteurs institutionnels, notamment l'Assurance maladie. Ils permettent de dresser le bilan des actions menées, d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés et de définir les priorités pour l'année à venir. À ce titre, ils offrent un observatoire des transformations de l'action publique en santé. À partir d'une enquête qualitative menée auprès des équipes de trois CPTS du Val-de-Marne et de membres de la Caisse primaire d'Assurance maladie du Val-de-Marne (Cpam 94), cette étude analyse les interactions entre professionnels de santé et pouvoirs publics, ainsi que le rôle des instruments de pilotage dans la construction de l'action territoriale.

L'analyse montre que le dialogue de gestion ne se réduit pas au suivi des objectifs et des financements. Il constitue également un espace de négociation et de reconnaissance institutionnelle, où se confrontent les exigences de contrôle et d'orientation portées par la Cpam et les besoins d'adaptation exprimés par les CPTS. Les indicateurs, les modalités de financement et les obligations de compte rendu influencent les priorités des structures et leurs stratégies d'action, faisant émerger des tensions entre différents types de savoirs, ainsi qu'entre conformité aux cadres nationaux et prise en compte des spécificités territoriales.

Si le dispositif offre des marges d'ajustement et favorise les échanges entre acteurs, sa portée régulatrice mériterait d'être évaluée. Les temporalités administratives, l'homogénéisation des missions et les difficultés à mesurer les effets des actions à long terme interrogent sa capacité à soutenir efficacement et durablement la coordination des soins et le développement de la prévention.

Ces résultats ouvrent des pistes de réflexion dans trois domaines, touchant aux conditions nécessaires à une structuration plus solide des CPTS, aux modalités de régulation des espaces de négociation que constituent les dialogues de gestion, et à la place de ces nouvelles organisations dans la régulation territoriale de l'offre de soins.

Abstract

Management dialogues between members of Local Health Professionals Communities (CPTS, *communautés professionnelles territoriales de santé*) are an annual meeting between CPTS and their institutional partners, notably the French National Health Insurance System (*Assurance maladie*). They provide an opportunity to review the actions carried out, assess whether the targets set have been met, and define priorities for the coming year. As such, they offer an observatory of the transformations of public action in health. Drawing on a qualitative survey with the teams of three CPTS in the Val-de-Marne department and members of the Val-de-Marne Local Health Insurance Fund (CPAM 94), this study analyzes the interactions between health professionals and public authorities, as well as the role of steering instruments in the construction of territorial action.

The analysis shows that the management dialogue is not limited to monitoring and guidance objectives and funding. It is also a space for negotiation and for professional and institutional recognition, where the control requirements pursued by the CPAM are set against the need for adaptation expressed by the CPTS. Indicators, funding arrangements, and reporting obligations shape the priorities of the organizations and their strategies of action, giving rise to tensions between different types of knowledge, as well as between compliance with national frameworks and consideration of local specificities.

Although the mechanism offers some room for adjustment and fosters exchange between stakeholders, its regulatory reach raises questions. Administrative timeframes, the standardization of missions, and the difficulty of measuring the long-term effects of actions raise questions about its capacity to sustainably support care coordination and prevention.

These findings point to three avenues for further reflection: the conditions required for a more robust structuring of CPTS, the ways of regulating the negotiation spaces that management dialogues represent, and the place of these new organizations in the territorial regulation of healthcare provision.

Synthèse générale

Créées par la loi du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent, depuis juin 2019, obtenir des financements collectifs contractuels, négociés annuellement lors de dialogues de gestion avec l'Assurance maladie et l'État, en vue d'améliorer notamment l'accès aux soins, les parcours de soins et la prévention à l'échelle de leur territoire. Dix ans après la création de ce dispositif, le territoire français est couvert presque entièrement par des CPTS, dans lesquelles une part croissante des professionnels de santé libéraux est engagée. À ces derniers, qui portent l'initiative des CPTS, peuvent s'associer d'autres acteurs de santé du territoire, comme les établissements de santé et les services sanitaires et médico-sociaux, en vue d'un renforcement de la coordination intersectorielle. Il existe encore toutefois peu de travaux sur le fonctionnement et les apports de ce dispositif.

Cette étude qualitative exploratoire analyse le rôle des dialogues de gestion dans le déploiement des CPTS, à partir d'une enquête conduite auprès de trois CPTS du Val-de-Marne et des équipes de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam). Ces dialogues de gestion prennent place dans un contexte de transformation du système de santé français, marqué par une volonté croissante de territorialisation de l'action publique et de renforcement de la coordination entre acteurs. L'objectif de la recherche est de comprendre comment se construit concrètement l'action publique à l'échelle locale, en analysant les interactions entre professionnels de santé et représentants de l'Assurance maladie lors des dialogues de gestion. Il s'agit notamment d'identifier les logiques d'acteurs à l'œuvre, les marges de négociation existantes, ainsi que les effets des instruments de pilotage (indicateurs, financements, contractualisation) sur l'organisation des soins.

L'étude repose sur une méthodologie qualitative combinant huit observations de dialogues de gestion et 11 entretiens menés auprès des acteurs impliqués. Trois CPTS aux profils contrastés, en termes de taille, d'ancienneté et d'organisation interne, ont été étudiées afin d'éclairer la diversité des configurations territoriales.

Les résultats montrent que le dialogue de gestion des CPTS constitue un instrument central de l'action publique territoriale, à la fois outil d'évaluation, de pilotage et de coordination. Il permet de faire le bilan des actions menées, de redéfinir les priorités pour l'année à venir et d'assurer un suivi des financements alloués. Toutefois, il ne se limite pas à une fonction technique : il apparaît également comme un espace de négociation structurant, où se confrontent des logiques d'action différentes autour d'un double enjeu, à la fois financier, avec l'attribution de moyens au regard des actions menées et des résultats obtenus, et symbolique, lié à la reconnaissance du travail accompli, à la légitimité des CPTS et à leur place dans la gouvernance territoriale.

D'un côté, le travail de la Cpam s'inscrit dans une logique institutionnelle fondée sur le respect des cadres contractuels, la standardisation des indicateurs et la mesure de la performance ; de l'autre, les équipes des CPTS défendent une approche plus pragmatique, ancrée dans les réalités du terrain, les contraintes opérationnelles et les besoins spécifiques des professionnels et des populations. Ces interactions donnent lieu à des ajustements, des compromis, mais aussi à des tensions sur la pertinence des objectifs fixés et la capacité à les atteindre.

Le dialogue de gestion s'inscrit ainsi dans une forme de gouvernance hybride, combinant des logiques descendantes de pilotage, portées par les cadres nationaux et les instruments contractuels, et des dynamiques ascendantes d'adaptation locale. Les CPTS disposent de marges d'autonomie dans la définition et la mise en œuvre de leurs actions, mais cette autonomie demeure encadrée par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et par des outils qui orientent fortement les objectifs.

L'étude met en évidence le rôle performatif de ces instruments : les indicateurs, les modalités de financement et les exigences de *reporting* influencent directement les priorités d'action des CPTS. Ils peuvent conduire à des stratégies d'adaptation, telles que la sélection d'objectifs plus facilement atteignables ou la reformulation des actions pour répondre aux attentes institutionnelles. Ainsi, l'action publique apparaît en partie structurée par ses instruments, qui contribuent à redéfinir les pratiques et les représentations des acteurs.

Par ailleurs, les dialogues de gestion constituent un espace d'appropriation des règles et d'expression de stratégies locales. Les CPTS y développent différentes manières de composer avec le cadre imposé, entre conformité, ajustement et réinterprétation. Ces espaces révèlent également des rapports de pouvoir, des enjeux de légitimité et des processus d'apprentissage mutuel entre acteurs.

L'analyse met également en lumière plusieurs tensions structurelles du dispositif. La standardisation croissante des missions et des indicateurs peut entrer en contradiction avec la diversité des contextes territoriaux. Les temporalités administratives apparaissent parfois inadaptées aux dynamiques locales, et les outils d'évaluation peinent à saisir l'impact réel des actions menées. À cela s'ajoutent des contraintes budgétaires et organisationnelles qui limitent les marges de manœuvre des acteurs.

Enfin, l'étude montre que les dialogues de gestion participent à une recomposition des rôles et des pouvoirs dans le champ de la santé territoriale. Dans les situations étudiées, la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne occupe une position centrale de pilotage, tandis que le rôle de l'agence régionale de santé (ARS) apparaît plus en retrait dans la mise en œuvre opérationnelle. De nouvelles figures professionnelles émergent, notamment celles des coordinateurs de CPTS, contribuant à une hybridation des compétences médicales, gestionnaires et territoriales, en parallèle de l'évolution du rôle des professionnels de la Cpam, dont les missions se trouvent en tension entre contrôle et accompagnement.

En conclusion, le dialogue de gestion apparaît comme un espace de fabrication de l'action publique en santé, à l'interface entre prescriptions nationales et besoins territoriaux. Il constitue à la fois un outil de suivi et de contrôle, un lieu de négociation et un instrument de traduction des politiques publiques, engageant des professionnels de santé libéraux dans un système d'action territorial.

À un moment où se pose la question des apports et des évolutions souhaitables de ce dispositif, l'étude ouvre ainsi plusieurs pistes de réflexion sur ce qui permettrait de renforcer le dialogue de gestion comme espace de pilotage et de négociation territoriale, en interrogeant simultanément les conditions de consolidation des CPTS dans la durée, les modalités de pilotage et de suivi de leur action, ainsi que leur inscription dans les dynamiques plus larges d'évolution du système de santé territorial.

Introduction

Le système de santé français, historiquement structuré autour d'un modèle hospitalo-centré et curatif, a longtemps accordé une place marginale à la prévention, à la coordination des soins et aux services de premier recours. Toutefois, face aux évolutions épidémiologiques, démographiques et sociales, certaines limites apparaissent de plus en plus criantes. Le vieillissement de la population, l'augmentation continue de la prévalence des maladies chroniques (comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les affections respiratoires), les inégalités territoriales d'accès aux soins, la désertification médicale, ainsi que la surcharge structurelle des services d'urgence, ont révélé un désajustement profond entre l'organisation du système et les besoins réels de la population (Drees, 2023 ; Bonal *et al.*, 2025).

Ces défis soulignent la nécessité de repenser en profondeur l'organisation des soins, en s'appuyant sur une approche territoriale, ancrée dans les dynamiques locales, qui permette à la fois d'améliorer l'offre de prévention et de renforcer la coordination des parcours des patients (Ministère de la Santé, 2018a). Cela suppose par exemple de mieux articuler les soins de ville et l'hôpital, en assurant par exemple la continuité entre une sortie d'hospitalisation et le suivi par un médecin traitant ou une infirmière de proximité.

Or, l'organisation des soins hospitaliers est ancienne et les soins de ville reposent aujourd'hui majoritairement sur des professionnels de santé libéraux dont l'activité fait l'objet d'une faible régulation, et qui a connu des efforts de structuration à partir des années 2000 à travers un ensemble de réformes visant à organiser en premier lieu les soins primaires (Hassenteufel *et al.*, 2020). Ces réformes ont conduit à la création de plusieurs milliers de structures d'exercice coordonné, sous la forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) où exercent des médecins et professionnels de santé libéraux, dont le travail collectif est soutenu par des financements contractuels avec les pouvoirs publics, dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Cela a également permis de renforcer le soutien financier apporté par les pouvoirs publics aux centres de santé ayant une activité de soins primaires, assurés par des professionnels salariés, dans le cadre d'une convention spécifique (Fournier, Morize et Moyal, 2025).

Au-delà des soins primaires, l'approche territoriale encouragée par les pouvoirs publics implique de dépasser les cloisonnements persistants entre soins primaires et soins de second recours ou spécialisés, mais aussi entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi qu'entre les professions, en favorisant le travail en équipe pluriprofessionnelle et entre les niveaux institutionnels (Ministère de la Santé, 2024a ; Hcaam, 2017).

Dans ce contexte, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (cf. Article L1434-12 et Article L1434-13 du Code de la santé publique) a marqué un tournant important en initiant une réforme structurelle ambitieuse. Elle s'inscrit dans une logique de territorialisation afin de mieux adapter l'action publique aux besoins réels des populations locales. Il ne s'agit plus de déployer des dispositifs uniformes sur l'ensemble du territoire, mais de permettre aux acteurs de terrain comme les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les associations et les collectivités locales, de construire ensemble des réponses coordonnées, tenant compte des particularités démographiques, sanitaires et sociales de leur zone d'intervention (Fauchier-Magnan et Wallon, 2018).

Par exemple, dans un territoire vieillissant, la priorité pourra être donnée à la prévention de la perte d'autonomie et à l'organisation de soins à domicile, tandis que dans une zone avec une forte natalité, les actions pourront cibler le soutien à la parentalité et le suivi pédiatrique (Bonal *et al.*, 2025 ; Certain *et al.*, 2023). Cette réforme ne se contente donc pas de modifier les structures mais propose une transformation plus profonde, centrée non plus sur les institutions, mais sur les besoins et les parcours de soins des patients.

Cette transformation systémique suppose la mobilisation d'acteurs pluriels à l'échelle des territoires et l'instauration de nouveaux modes de gouvernance partagée. C'est dans cette perspective que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées, comme instruments opérationnels de cette réorganisation, avec pour ambition de faire émerger des soins de proximité coordonnés et plus efficients dans la réponse aux besoins des habitants d'un territoire (Ministère de la Santé, 2024a ; ARS Paca, 2020).

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : un dispositif de coordination laissé à l'initiative des professionnels de santé libéraux

Les CPTS sont des structures de coordination, dont la création repose sur l'initiative de professionnels de santé, réunis au sein d'une association loi 1901. Ce processus est territorialisé puisqu'il s'agit de fédérer les acteurs de santé d'un même territoire (professionnels libéraux, établissements hospitaliers, structures médico-sociales, acteurs sociaux et élus locaux) autour d'un projet commun (Hcaam, 2017 ; Fauchier-Magnan et Wallon, 2018). La première étape de construction d'une CPTS est donc de délimiter un territoire (Hay, 2025) et de réaliser un projet de santé. Cette dynamique s'appuie fréquemment sur des relations préexistantes, au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou d'un contrat local de santé (CLS) par exemple, ou des projets déjà en place, comme des expérimentations de nouveaux modes de rémunération, telles que celles développées dans le cadre de l'article 51 de la Loi de finances pour 2018 (Ministère de la Santé, 2018b). Le projet de santé partagé repose sur un diagnostic territorial, qui analyse l'état de santé de la population, les besoins spécifiques, ainsi que les ressources et acteurs déjà présents sur le territoire (Bonal *et al.*, 2025 ; HAS, 2023).

La CPTS formalise une lettre d'intention à destination de l'agence régionale de santé (ARS). Si cette dernière est validée, un premier financement est versé pour amorcer et élaborer le projet de la CPTS. Le bureau de la CPTS négocie avec les membres de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du département concerné pour coconstruire les indicateurs associés aux actions déclinées dans chacune des missions assurées. Il y a, enfin, une signature tripartite de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entre le bureau de la CPTS, la Cpam du département et l'ARS. Cet accord, qui repose sur une dynamique contractuelle, fixe pour cinq ans les missions de la CPTS, les objectifs d'action et les indicateurs destinés à suivre leur réalisation, ainsi que les budgets alloués à l'association (DGOS, 2016 ; ARS Paca, 2020). La CPTS devient alors une personnalité morale et met en place un mode de gouvernance participatif. Ce cadre doit garantir une représentation équilibrée des différentes professions de santé et rendre possible le fonctionnement démocratique du collectif.

Les CPTS sont mandatées pour mettre en œuvre cinq missions prioritaires : faciliter l'accès à un médecin traitant, organiser les soins non programmés, promouvoir la prévention, coordonner les parcours de santé, et contribuer à la gestion des crises sanitaires (Certain *et al.*, 2023 ; Fauchier-Magnan et Wallon, 2018). Ces missions ont été réorganisées en quatre missions obligatoires et deux missions optionnelles (cf. Fiche technique des CPTS, p. 18-19).

Les membres des CPTS bénéficient aussi du soutien d'autres acteurs du territoire, réunis en collèges et représentant les principales structures de santé locales, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres municipaux de santé, les centres médico-psycho-pédagogiques, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les universités, les Ehpad, les hôpitaux privés, les unions et associations locales, les mairies, les organisations syndicales.

La construction d'une CPTS repose donc sur une dynamique locale portée par les professionnels de santé libéraux qui proposent des actions, tout en s'inscrivant dans un cadre contractuel défini par l'État et l'Assurance maladie.

Au cœur de cette mise en œuvre, les « dialogues de gestion » constituent des étapes structurantes de leur fonctionnement. Organisés une fois par an, à partir de la signature de l'ACI, ces échanges formalisés entre la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) et les représentants des CPTS s'imposent comme des moments clés de coordination (Certain *et al.*, 2023).

Les dialogues de gestion permettent de négocier et suivre les différents types d'indicateurs (de moyens, de résultats et de suivi) attachés aux actions déclinées par chaque CPTS dans ses missions. Les financements alloués annuellement sont fonction de la taille de la population couverte par la CPTS. Les enveloppes attribuées à chaque mission sont également variables, comprenant un volet de rémunération fixe et un volet variable selon l'atteinte des indicateurs fixés, ou plus spécifiquement pour la mission de réponse aux crises sanitaires graves, lors de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle caractérisée par l'ARS (cf. Fiche technique des CPTS, p. 18-19).

Pour les acteurs de santé, ces dialogues sont l'occasion de défendre leurs projets, de les ajuster aux besoins et priorités qu'ils perçoivent localement, et de solliciter les moyens nécessaires à leur mise en œuvre. Du côté de la Cpam, il s'agit de s'assurer que les actions proposées s'inscrivent dans les priorités nationales et départementales, et qu'elles répondent de manière cohérente aux besoins identifiés sur le territoire. Ces échanges doivent aboutir à la définition d'actions concrètes et partagées. Les dialogues de gestion deviennent ainsi des lieux de co-construction des modalités opérationnelles des missions fixées par l'ACI, articulant ambition locale et cadrage institutionnel (Certain *et al.*, 2023 ; Drees, 2023).

Fiche technique des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les six missions *(source : ARS Ile-de-France, 2025)*

- Mission 1 (obligatoire) : Accès aux soins (faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge de soins non programmés)
- Mission 2 (obligatoire) : Organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient
- Mission 3 (obligatoire) : Développement des actions territoriales de prévention
- Mission 4 (obligatoire) : Gestion de la crise sanitaire
- Mission 5 (optionnelle) : Développement de la qualité et de la pertinence des soins
- Mission 6 (optionnelle) : Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Les indicateurs d'évaluation *(source : maquettes d'indicateurs des trois CPTS étudiées)*

Chaque mission est déclinée en plusieurs actions opérationnelles, conçues pour être évaluables. Afin d'en mesurer la mise en œuvre, ces actions sont associées à trois types d'indicateurs :

- **Indicateurs de moyens** : ces indicateurs mesurent les ressources mobilisées ou les conditions mises en place pour l'action. Par exemple : nombre de réunions de coordination, mobilisation de professionnels, conventions signées. Ils reflètent l'engagement et l'organisation, mais ne préjugent pas de l'impact sur la population.
- **Indicateurs de résultats** : ce sont les plus prescriptifs. Ils visent à objectiver l'impact des actions : taux de patients en ALD avec médecin traitant, réduction des passages aux urgences, couverture vaccinale.
- **Indicateurs de suivi** : ces indicateurs visent à objectiver une dynamique ou une trajectoire, sans nécessairement conditionner les financements. Ils peuvent porter sur l'amorçage d'une action, la constitution de groupes de travail, ou l'expérimentation d'une méthode.

Les différentes tailles de CPTS et leurs financements *(source : Assurance maladie, 2025b)*

Les financements annuels maximaux versés par la Cpam varient selon la taille de la CPTS (nombre d'habitants recensés sur son territoire). Ils comprennent un financement de fonctionnement, ainsi que des financements associés aux différentes missions, composés d'une part fixe et d'une part variable, cette dernière étant conditionnée à l'atteinte des objectifs fixés pour chaque mission.

- Taille 1 : moins de 40 000 habitants > 287 500 € (maximum par an)
- Taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants > 382 500 €
- Taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants > 487 500 €
- Taille 4 : plus de 175 000 habitants > 580 000 €

(suite page suivante)

Fiche technique des CPTS (suite)

Tableau 1 Tableau récapitulatif des montants associés aux CPTS

Montant annuel		CPTS de taille 1	CPTS de taille 2	CPTS de taille 3	CPTS de taille 4
Financement du fonctionnement de la CPTS	**Total**	**50 000 €**	**60 000 €**	**75 000 €**	**90 000 €**
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle)	Volet fixe	55 000 €	70 000 €	90 000 €	110 000 €
	Volet variable	25 000 €	30 000 €	35 000 €	45 000 €
	Total	**80 000 €**	**100 000 €**	**125 000€**	**155 000 €**
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient (socle)	Volet fixe	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	**50 000 €**	**70 000 €**	**90 000 €**	**100 000 €**
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet fixe	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	**20 000 €**	**30 000 €**	**35 000 €**	40 000 €
Mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves (socle)	Volet fixe = rédaction du plan	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet fixe =mise à jour du plan	12 500 €	17 500 €	22 500 €	25 000 €
	Volet variable spécifique*	37 500 €	52 500 €	67 500 €	75 000 €
	Total	**62 500 €**	**87 500 €**	**112 500 €**	**125 000 €**
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet fixe	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	**15 000 €**	**20 000 €**	**30 000 €**	**40 000 €**
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet fixe	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable	5 000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	**10 000 €**	**15 000 €**	**20 000 €**	**30 000 €**
Financement total possible	**Volets fixe et variable**	**287 500 €**	**382 500 €**	**487 500 €**	**580 000 €**

* Cette enveloppe variable est déclenchée dès la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle caractérisée par l'ARS sans proratisation

Source : Assurance maladie, 2025a

Problématique, méthode et objectifs de l'enquête

De la demande initiale à la construction d'une problématique et des questions de recherche exploratoires

Cette recherche exploratoire s'inscrit dans une réflexion initiée au sein de la Cpam du Val-de-Marne, à l'initiative de la directrice de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude qui a sollicité, en juillet 2024, l'expertise d'une chercheuse associée à l'Irdes.

L'équipe souhaitait prendre du recul sur son travail d'accompagnement des CPTS du département. L'objectif exprimé était double : d'une part, interroger la manière dont les dialogues de gestion peuvent être utilisés comme des outils d'ajustement individualisé, adaptés aux besoins de structuration de l'offre de soins et aux priorités de santé publique locales ; d'autre part, amorcer une réflexion plus large sur la place réelle des CPTS dans le système de santé et sur les effets concrets de leur action – une évaluation qui, à ce jour, n'existe pas de manière formalisée au niveau national.

Ces deux niveaux sont étroitement liés : pour accompagner efficacement une CPTS, l'équipe de la Cpam souhaiterait être en mesure d'évaluer la qualité de son action, ses impacts sur la coordination des soins et, *in fine*, sur la santé des populations. Dans ce cadre, cette équipe perçoit les dialogues de gestion comme des lieux d'échange cruciaux, où se révèlent les logiques d'action des différentes parties, les marges de négociation, les tensions entre exigences institutionnelles et dynamiques de terrain, ainsi que les effets performatifs de l'outil contractuel lui-même.

Un premier échange a été organisé en octobre 2024 entre des membres des équipes de la Cpam et de l'Irdes. Un second échange, fin novembre 2024, a permis à l'équipe de la Cpam de spécifier ce qui l'intéressait : son objectif était de questionner la pertinence des méthodes d'évaluation actuellement mobilisées pour apprécier leur contribution, dans le cadre des dialogues de gestion, mais aussi d'interroger la « valeur ajoutée » des CPTS dans une perspective coût-avantage, pour ensuite repenser le rôle et les métiers de la Cpam chargés du suivi et de l'accompagnement des CPTS du département.

Plusieurs interrogations ont émergé : les critères utilisés lors des dialogues de gestion pour suivre les actions mises en œuvre sont-ils réellement adaptés à la diversité des dynamiques locales ? Peuvent-ils rendre compte de l'impact concret des CPTS sur leur territoire d'action ? Doivent-ils être modulés en fonction du degré de « maturité » du collectif ? Existe-t-il des idéaux-types de CPTS selon leur trajectoire et leur structuration ? Enfin, dans quelle mesure l'évaluation fondée sur des indicateurs standardisés et des données chiffrées peut-elle objectiver la réalité de l'action collective, sans la déformer, ni en restreindre la portée ?

Après plusieurs échanges avec les interlocuteurs de la Cpam, et au regard des contraintes de temps et de moyens disponibles, le travail a été recentré sur un objet plus circonscrit : la négociation locale d'une organisation territoriale, au cours des dialogues de gestion annuels organisés entre les représentants des pouvoirs publics (en se centrant sur ceux de la Cpam, car les contraintes de temps n'ont pas permis d'interroger les représentants de l'ARS) et ceux des CPTS, ces dialogues de gestion étant considérés comme des moments clés dans le pilotage et l'évaluation de ces structures.

La problématique a été affinée au cours du projet, conçu comme une recherche exploratoire.

Problématique et objectifs de l'étude

Présentées comme un levier d'organisation territoriale de l'offre de soins à la main des professionnels de santé eux-mêmes, les CPTS s'inscrivent pourtant dans un cadre normatif, celui de l'accord conventionnel interprofessionnel des CPTS (ACI-CPTS), qui a été négocié entre les représentants des professionnels de santé et les pouvoirs publics (l'Assurance maladie et le ministère de la Santé). Et si certaines organisations professionnelles, comme la Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (FCPTS), saluent la souplesse et les perspectives ouvertes par ce dispositif, d'autres (notamment certaines voix syndicales) dénoncent une mise sous tutelle des professionnels libéraux.

Ce paradoxe soulève **un ensemble de questions sur ce qui se produit concrètement lorsqu'une réponse organisationnelle de santé est négociée localement entre des professionnels regroupés à l'échelle d'un territoire et les représentants départementaux des pouvoirs publics**, ici principalement les caisses primaires d'Assurance maladie (Cpam) :

- De quelles informations dispose chaque partie sur les besoins de la population, les pratiques existantes, les possibilités d'action, les contraintes qui pèsent sur leur déploiement et leurs effets à court et moyen terme ?
- Quelles logiques transparaissent dans les actions négociées et financées ? Quelles dynamiques de coopération, quelles tensions et rapports de pouvoir sont à l'œuvre dans ces négociations ? Quels effets observe-t-on sur les actions et les indicateurs de suivi choisis ?
- Quels sont les ressorts d'un dialogue constructif et utile à ces différents niveaux ?

Les dialogues de gestion annuels, moments clés de ces négociations, constituent un espace d'observation privilégié pour analyser ces logiques et ces dynamiques. C'est dans ce cadre que les CPTS doivent proposer des actions spécifiques pour répondre aux missions cadrées nationalement, négocier les indicateurs de suivi de ces actions et s'entendre avec la Cpam sur les modalités de leur financement.

En analysant ces dialogues de gestion, notre objectif est d'interroger – dans des territoires donnés – les logiques d'action propres à chaque partie, de distinguer ce qui relève du cadre imposé et ce qui demeure ouvert à la discussion, et de repérer les alliances ponctuelles ou durables qui se construisent, y compris contre d'autres formes d'organisation. Il s'agit également de mettre en lumière les marges de négociation dont disposent les acteurs et les formes d'ascendants qui s'exercent sur les priorités de l'action publique territoriale, ainsi que leurs effets, souvent peu visibles, sur l'organisation concrète des soins et des services de santé, dont on sait qu'elle joue *in fine* sur la santé des populations.

Méthodes

L'équipe de l'Irdes a élaboré un protocole de recherche exploratoire (voir Annexe), dont la mise en œuvre a été confiée à Enora Kerjean dans le cadre de son stage de Master 1 en politiques publiques de santé à Sciences Po Paris, en lien étroit avec une directrice de recherche de l'Irdes. Ce protocole a été discuté avec l'équipe de la Cpam, qui a accompagné la mise en œuvre de l'enquête.

Une approche sociologique qualitative, fondée sur des entretiens et des observations, a été proposée pour documenter les échanges entre les porteurs de trois CPTS du Val-de-Marne et les équipes de la Cpam 94, afin de comprendre les enjeux autour des négociations dans le cadre des dialogues de gestion.

En sciences sociales, la connaissance est envisagée comme une construction. Celle-ci s'appuie sur une méthode scientifique, conduite avec une rigueur logique, argumentative et théorique (Olivier de Sardan, 2008). En étudiant de façon approfondie un petit nombre de cas – sélectionnés soigneusement pour les situations contrastées qu'ils permettent d'explorer – et en appuyant l'analyse sur des concepts théoriques choisis de manière adéquate, il est possible d'identifier des processus sous-jacents à certaines pratiques sociales, et d'aller vers une généralisation des résultats (Becker, 2016). Cette généralisation porte sur des processus, des logiques ou des relations, et non sur des individus ou des populations. Elle repose sur une logique cumulative : les essais d'interprétation et d'hypothèses, par définition générales, auront vocation à être contestées, ici et ailleurs. Il ne s'agit pas de « borner son analyse ou statuer sur un cas unique, mais parce qu'on espère en extraire une argumentation de portée plus générale, dont les conclusions pourront être réutilisées pour fonder d'autres intelligibilités ou justifier d'autres décisions » (Passeron et Revel, 2005). Ce type d'approche permet d'accéder aux mécanismes d'élaboration des objectifs, aux discussions autour des choix d'actions et d'indicateurs, et aux modalités d'ajustement proposées par les deux parties. Elle permet également d'éclairer finement les objets travaillés, les types d'action mises en œuvre, les logiques d'acteurs, les rapports de pouvoir, ainsi que les stratégies de justification et de légitimation mobilisées de part et d'autre.

Déroulement de l'enquête et recueil de données

L'enquête a été conduite entre janvier et juin 2025. Dans un premier temps, la Cpam du Val-de-Marne a sollicité plusieurs CPTS du département dont les dialogues de gestion étaient programmés en début d'année, afin de leur proposer de participer à la recherche. Une lettre d'information a été élaborée pour présenter les objectifs de l'étude, son cadre institutionnel et les modalités de participation. Trois CPTS ont accepté de prendre part à l'enquête. Le choix de ces structures visait à refléter une diversité de situations en termes de maturité organisationnelle, de taille et d'ancienneté, afin de saisir la variété des dynamiques locales et des modalités de dialogue avec la Cpam.

L'enquête s'est articulée autour de deux modalités principales de collecte de données.

Huit observations de dialogues de gestion (trois séances successives pour deux CPTS, et deux séances successives pour une troisième) ont été réalisées, permettant d'appréhender *in situ* les interactions entre les représentants des CPTS et ceux de la Cpam, ainsi que les logiques de négociation, d'ajustement et de formalisation à l'œuvre dans ces espaces.

Quatre entretiens ont ensuite été conduits par une ou deux enquêtrices avec les porteurs des CPTS, en format individuel et/ou collectif, afin de mieux connaître l'histoire et les motivations de la construction de la CPTS, ainsi que les méthodes de travail et les difficultés qui en découlent. Cela a également permis de recueillir leur point de vue sur la mise en œuvre des missions, le pilotage local, les contraintes et bénéfices associés aux dialogues de gestion et leur relation avec l'Assurance maladie.

Trois entretiens ont été réalisés avant les observations des dialogues de gestion avec des membres de la direction « gestion du risque et de la lutte contre la fraude » de la Cpam

pour comprendre leur fonctionnement interne, leurs délais et leur travail au sein de l'équipe du pôle « accompagnement des offreurs de soins libéraux ».

Puis, à la suite des dialogues de gestion, quatre entretiens ont été réalisés avec trois personnes chargées du suivi des CPTS ; trois en format individuel et un en format groupé. Ces échanges ont permis d'explorer les attendus institutionnels, les leviers d'accompagnement mobilisés, ainsi que les éventuelles tensions ou marges de manœuvre dans l'évaluation des actions et la validation des nouvelles maquettes d'indicateurs.

Après retranscription intégrale des entretiens et synthèses des notes d'observation, et pseudonymisation des structures et des personnes enquêtées, nous avons procédé tout d'abord à une analyse par cas, à partir des données d'entretiens et des observations se rapportant à chaque CPTS. Dans un second temps, une analyse comparative entre les cas a été conduite.

Analyse

À partir du matériau recueilli, l'analyse s'inscrit dans une approche de sociologie de l'action publique, mobilisant un ensemble de concepts issus des travaux fondateurs dans ce champ. L'objectif est de mettre en lumière les logiques à l'œuvre dans les dialogues de gestion entre les CPTS et la Cpam, et plus largement, de mieux comprendre les conditions de mise en œuvre locale d'une politique publique de santé pensée à l'échelle nationale.

Plusieurs outils théoriques ont été mobilisés pour analyser ces interactions. Le premier est celui de **l'action publique**, entendue comme l'ensemble des processus par lesquels les pouvoirs publics définissent et mettent en œuvre des politiques dans un domaine donné. La sociologie de l'action publique s'intéresse notamment aux acteurs, aux institutions, aux instruments mobilisés, ainsi qu'aux jeux d'interprétation et de négociation autour des politiques publiques (Hassenteufel, 2021 ; Lascoumes et Le Galès, 2005).

Un autre cadre d'analyse central est celui de l'opposition entre les approches ***top-down*** et ***bottom-up*** dans la mise en œuvre des politiques publiques. L'approche top-down considère que les politiques sont définies par les instances centrales et descendues de manière hiérarchique jusqu'aux échelons locaux. À l'inverse, l'approche bottom-up insiste sur le rôle des acteurs de terrain – ici, les professionnels de santé au sein des CPTS – dans l'adaptation, la réinterprétation, voire la redéfinition des objectifs initiaux (Lipsky, 1980 ; Barrett et Fudge, 1981). Ces perspectives permettent d'interroger le degré de marge de manœuvre laissé aux CPTS dans un cadre pourtant très normé, celui de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Le concept de **territorialisation de l'action publique** occupe également une place importante dans l'analyse. Il désigne le processus par lequel l'action publique s'ancre dans des territoires spécifiques, en adaptant les dispositifs aux caractéristiques locales (Pasquier, 2020). La territorialisation est à la fois une injonction de l'État à faire mieux « au plus près des besoins », mais aussi un enjeu de redéfinition des responsabilités entre acteurs locaux. Dans le cas des CPTS, la tension entre injonctions nationales (missions imposées par l'ACI) et adaptations locales (projets de santé, modalités de coopération) illustre pleinement cette dynamique.

En lien avec cela, le terme **d'organisation territoriale** fait référence aux formes institutionnelles et aux modes de coordination qui émergent à l'échelle locale pour structu-

rer l'offre de soins, répondre aux besoins des populations et articuler les différents niveaux d'intervention. Les CPTS constituent une forme nouvelle de cette organisation, fondée sur une logique de coordination horizontale entre professionnels, mais intégrée dans une gouvernance contractuelle avec les tutelles.

Un apport théorique majeur pour notre analyse est également la mobilisation du cadre de l'**instrumentation de l'action publique**, développé notamment par Lascoumes et Le Galès (2005). Cette approche invite à considérer les instruments (comme les contrats, les indicateurs, les procédures de dialogue de gestion) non pas comme de simples outils neutres, mais comme des dispositifs porteurs de logiques, de normes et d'effets propres. Dans cette perspective, les **instruments d'action publique** sont des technologies sociales qui structurent les comportements, les relations de pouvoir et les représentations des acteurs.

L'analyse mobilise également le concept de **gouvernement par les instruments**, qui désigne une forme spécifique de pilotage de l'action publique reposant sur des dispositifs techniques et symboliques (normes, incitations financières, indicateurs, maquettes, etc.), qui visent à orienter les conduites sans recours direct à l'autorité hiérarchique (Lascoumes et Le Galès, 2005 ; Halpern, 2014). Les dialogues de gestion, dans ce contexte, apparaissent comme des moments de gouvernement indirect, où la négociation formelle autour d'objectifs chiffrés et d'indicateurs de performance devient un levier de pilotage des CPTS.

Enfin, la notion de **performativité des instruments** est mobilisée pour désigner la capacité de ces dispositifs à produire des effets sur les pratiques elles-mêmes : les instruments ne se contentent pas de mesurer ou d'encadrer, ils transforment les façons de faire, les priorités, et les relations entre acteurs (Muniesa et Callon, 2013). Dans le cas étudié, les indicateurs définis dans le cadre de l'ACI et les exigences de *reporting* conditionnant le versement des financements modèlent les logiques d'action des CPTS, tout en redéfinissant la manière dont les professionnels de santé conçoivent leur rôle collectif sur un territoire.

L'articulation de ces différents cadres permet ainsi de dépasser une lecture strictement fonctionnelle des dialogues de gestion, pour en faire un objet d'analyse révélateur des transformations de l'action publique en santé, à l'intersection du national et du local, du prescrit et du négocié. Comme cela a été précisé dans l'avant-propos à cette étude de cas, les analyses proposées ici n'engagent que les chercheuses qui les ont conduites, et non les personnes ayant participé à l'étude.

Résultats

Pour répondre à la question de recherche – « Que se passe-t-il concrètement lorsque la réponse organisationnelle des CPTS est négociée localement entre professionnels de santé libéraux et pouvoirs publics départementaux ? » –, l'analyse se découpe en quatre temps.

Dans une première partie, le dialogue de gestion est présenté tel qu'il se déploie dans le cadre de l'ACI : son organisation, ses finalités, ainsi que les acteurs qui y participent. Cette section vise à poser le cadre institutionnel et procédural. Les acteurs impliqués dans cette étude, c'est-à-dire les représentants de trois CPTS et les équipes de la Cpam sont décrits de manière à restituer leurs caractéristiques, leurs rôles respectifs, et la façon dont chacun investit concrètement cet espace contractuel.

La deuxième partie explore les multiples enjeux de ces échanges. Le dialogue de gestion apparaît comme un instrument ambivalent de l'action publique : à la fois outil de pilotage, de contrôle, et levier d'organisation territoriale. Des tensions sont mises en évidence avec des intérêts divergents, ainsi que des formes de négociation et d'appropriation du dispositif.

Dans une troisième partie, il est question d'interroger ce que ces pratiques de dialogue révèlent des transformations en cours : jusqu'où le cadre laisse-t-il place à l'ajustement local ? Le dialogue est-il un outil de conformité ou un espace de capacitation ? Peut-on y lire une recomposition des pouvoirs et des légitimités dans le champ de la santé territoriale ?

Enfin, **la quatrième partie ouvre des pistes de réflexion pour renforcer le dialogue de gestion en tant qu'espace de pilotage et de négociation à l'échelle territoriale**. Elle s'attache à interroger les modalités actuelles d'échange entre les CPTS et la Cpam, les difficultés rencontrées et les enjeux sous-jacents afin d'envisager des ajustements – à réfléchir entre les acteurs concernés – susceptibles de favoriser une coordination plus fluide, plus cohérente et mieux adaptée à la fois aux réalités locales et aux enjeux nationaux.

PARTIE 1

Description du dialogue de gestion

1.1. Qui participe ?

1.1.1. La Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam)

Au sein de la direction en charge des relations avec les offreurs de soins, le service « animation territoriale » a pour mission le développement et le suivi des CPTS. Un(e) « référent(e) de l'exercice coordonné » (ROC) et un(e) chargé(e) d'étude sont les interlocuteurs de proximité. Ces personnes sont appuyées par un(e) responsable en charge d'encadrer l'ensemble des métiers en contact avec les professionnels de santé libéraux.

Le portefeuille des structures à suivre est ainsi partagé, selon un découpage géographique, entre ces deux acteurs, qui échangent régulièrement entre eux et avec la responsable de l'animation territoriale, qui intervient dans certains cas à leurs côtés. Ils assurent la même fonction de coordination des CPTS, étant leur interlocuteur privilégié au sein de la Cpam tout au long de l'année, et animent les dialogues de gestion de leurs CPTS respectives chaque année.

En 2025, le département du Val-de-Marne compte actuellement environ 15 CPTS, à des stades de développement hétérogènes. À ce nombre s'ajoutent d'autres formes d'organisation de soins primaires, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), également suivies par les deux coordinateurs et la responsable de l'animation territoriale.

Dans le cadre du dialogue de gestion, la Cpam joue un rôle central et structurant, en tant qu'actrice pivot du dispositif ACI. Elle est généralement représentée par la coordinatrice ou le coordinateur en charge de la CPTS concernée. Ces échanges peuvent également mobiliser d'autres profils de professionnels de la Cpam, en fonction des enjeux abordés. Des médecins ou praticiens-conseils sont parfois associés à l'évaluation des CPTS, notamment lorsqu'il s'agit de missions à forte dimension médicale. La responsable de l'exercice coordonné peut également être présente, en appui des coordinateurs. La configuration de ces entretiens traduit l'importance accordée par la Cpam à un suivi de proximité, tout en renforçant la dimension institutionnelle et interprofessionnelle du dispositif.

1.1.2. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Selon une organisation interne propre à chaque CPTS, la composition de la délégation présente lors du dialogue de gestion peut varier sensiblement, reflétant les modes de gouvernance et les dynamiques de chaque structure. On y retrouve le plus souvent la coordinatrice ou le coordinateur de projet, véritable figure pivot du pilotage opérationnel, assurant la liaison entre les instances de gouvernance et les acteurs de terrain. Leur présence est quasi systématique, tant leur rôle est central dans la mise en œuvre quotidienne des actions et dans la formalisation des échanges avec la Cpam.

À leurs côtés siègent généralement la présidente ou le président de la structure, incarnation du leadership stratégique de la CPTS, ainsi que, dans certains cas, d'autres membres du bureau exécutif ou du conseil d'administration (trésorier, chargés de projet). La diversité des profils présents peut traduire différentes conceptions de la représentation et de la légitimité dans l'enceinte du dialogue de gestion.

Certaines CPTS font le choix d'une représentation restreinte, souvent resserrée autour de binômes opérationnel-stratégique (coordinateur et président), estimant que cette configuration favorise une communication claire, efficace, et un portage direct des engagements. Cette option traduit parfois une volonté de pragmatisme, mais aussi une concentration des responsabilités au sein d'un noyau décisionnaire.

À l'inverse, d'autres CPTS mobilisent une représentation élargie, impliquant l'ensemble ou une large part de leur gouvernance, voire des représentants des groupes de travail internes. Cette présence plus nombreuse peut être interprétée comme l'expression d'un souci de transparence, d'un fonctionnement collégial, ou encore d'une volonté d'affirmer une posture collective face aux tutelles. Elle témoigne aussi d'une appropriation partagée des enjeux du dialogue de gestion, considéré comme un moment clé de négociation et de reconnaissance institutionnelle.

Par ailleurs, la composition de la délégation peut également être influencée par l'ancienneté de la CPTS, son ancrage territorial, ou encore par les rapports de force internes. Certaines structures encore jeunes ou en phase de structuration privilégient une délégation restreinte, souvent contrainte par la disponibilité des membres et la faible stabilisation des rôles. À l'opposé, des CPTS plus consolidées, ayant déjà une expérience de contractualisation ou une gouvernance établie, peuvent s'appuyer sur une mobilisation plus large.

Enfin, au-delà de l'effectif ou des fonctions représentées, le style de participation au dialogue de gestion diffère : certaines délégations adoptent une posture formelle et institutionnelle, tandis que d'autres abordent ce moment comme un espace de co-construction et de dialogue ouvert, où la parole est partagée entre plusieurs représentants.

Description brève des trois CPTS enquêtées[1]

Les CPTS sont décrites tout d'abord une par une à travers leur ancienneté, leur taille, la composition de leur bureau, l'organisation de leur travail, la liste de leurs membres, de leurs missions et de leurs actions, ainsi que les types d'indicateurs définis pour suivre l'atteinte des objectifs fixés. Un tableau récapitulatif (Tableau 3) reprend ces éléments et permet de les comparer.

➜ CPTS Carquenée

Ancienneté du dispositif : > quatre ans

Taille : 2 (entre 40 000 et 80 000 habitants recensés sur le territoire de la CPTS)

Localisation : partie est du département

Bureau : un président, une directrice et coordinatrice de projet, un trésorier, une cheffe de projet et des chargés de missions (médecin généraliste, pharmacien, pédicure-podologue).

Organisation : la CPTS travaille de manière très régulière en collectif, elle organise une réunion hebdomadaire réunissant l'ensemble des membres du bureau.

Membres : deux centres municipaux de santé, une maison de santé pluridisciplinaire, un établissement MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) et service d'urgences, deux établissements médico-sociaux pour personnes âgées.

[1] Afin de respecter l'anonymat des structures enquêtées, celles-ci sont désignées par des noms fictifs.

Nombre d'actions inscrites dans la maquette de l'année passée :

Mission 1 : 19 actions (9 indicateurs de suivi, 3 de résultats et 7 de moyens)

Mission 2 : 8 actions (toutes en indicateurs de moyens)
- Parcours insuffisance cardiaque
- Parcours en onco-dermatologie
- Parcours santé mentale
- Parcours santé de la femme et de l'enfant
- Circuit d'optimisation ville-hôpital

Mission 3 : 11 actions (8 indicateurs de moyens, 3 de suivi)
- Santé sexuelle
- Personnes âgées
- Périnatalité
- Nutrition
- Activité physique adaptée
- Dépistages des cancers (col de l'utérus, colorectal, HPV, mélanome)
- Vaccination

Mission 5 : 3 actions (toutes en indicateurs de moyens)

Mission 6 : 6 actions (4 indicateurs de moyens et 2 de résultats)

➜ CPTS Bezan

Ancienneté du dispositif : > quatre ans

Taille : 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants recensés sur le territoire de la CPTS)

Localisation : partie ouest du département

Bureau : un président, un co-président, deux trésoriers, deux secrétaires, une coordinatrice chargée de mission, une chargée de communication, une coordinatrice administrative, et des chargés de parcours (cinq médecins généralistes et une infirmière de pratique avancée).

Organisation : fonctionnement centré sur un noyau décisionnel, où une large part du travail opérationnel est assurée par la coordinatrice chargée de mission. Les principales décisions reposent essentiellement sur le président et la coordinatrice.

Membres : 4 centres de santé, 6 hôpitaux, 4 structures d'exercice coordonné.

Nombre d'actions inscrites dans la maquette de l'année passée :

Mission 1 : 13 actions (9 indicateurs de suivi, 4 de résultats)

Mission 2 : 12 actions (toutes en indicateurs de moyens)
- Parcours ville-hôpital
- Parcours personnes âgées
- Coordination entre les professionnels de santé autour de la gestion du risque médicamenteux
- Parcours périnatalité
- Parcours santé mentale
- Parcours insuffisance cardiaque

Mission 3 : 4 actions (3 en indicateurs de moyens et 1 en indicateur de suivi)
- Éducation thérapeutique du patient
- Prévention des cancers

Mission 5 : 2 actions (toutes en indicateurs de moyens)

Mission 6 : 4 actions (3 en indicateurs de moyens et 1 en indicateur de suivi)

➜ CPTS Voillac

Ancienneté dans le dispositif : < trois ans

Taille : 3 (entre 80 000 et 175 000 habitants recensés sur le territoire de la CPTS)

Localisation : partie ouest du département

Bureau : une co-présidente, un co-président, deux trésorières, deux secrétaires, un coordinateur et des chargées de mission.

Organisation : une forte implication collective des membres dans la CPTS, avec un appui particulièrement structurant de la coordinatrice et des co-présidents. Toutefois, des difficultés ponctuelles de délais et de synchronisation du travail, signes d'une organisation encore en construction.

Nombre d'actions inscrites dans la maquette de l'année passée :

Mission 1 : 16 actions (5 en indicateurs de résultats, 6 en moyens, 5 en suivi)

Mission 2 : 14 actions (toutes en indicateur de moyens)
- Parcours des personnes en perte d'autonomie
- Parcours santé mentale
- Parcours périnatalité
- Parcours patients diabétiques

Mission 3 : 6 actions (5 en indicateurs de moyens et 1 en suivi)
- Prévention des addictions
- Prévention des comportements favorables à la santé auprès des jeunes et leur entourage
- Dépistages de cancers

Mission 5 : 2 actions (toutes en indicateurs de moyens)

Mission 6 : 4 actions (toutes en indicateurs de moyens)

Tableau 2 Récapitulatif des CPTS enquêtées et de leurs missions

Éléments	CPTS Carquenée	CPTS Bezan	CPTS Voillac
Ancienneté	**> quatre ans**	**> quatre ans**	**< trois ans**
Taille	**2**	**3**	**3**
Localisation	Partie est du département	Partie ouest du département	Partie ouest du département
Organisation interne	Fonctionnement collectif avec réunion hebdomadaire	Travail hiérarchique vertical	Organisation en construction
Mission 1 : Accès aux soins	**19 actions** (9 indicateurs de suivi, 3 de résultats, 7 de moyens)	**13 actions** (9 indicateurs de suivi, 4 de résultats)	**16 actions** (5 indicateurs de résultats, 6 de moyens, 5 de suivi)
Mission 2 : L'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient	**8 actions** (uniquement des indicateurs de moyens) – Insuffisance cardiaque, onco-dermatologie, santé mentale, santé femme/enfant, ville-hôpital	**12 actions** (uniquement des indicateurs de moyens) – Ville-hôpital, personnes âgées, risque médicamenteux, périnatalité, santé mentale, insuffisance cardiaque	**14 actions** (uniquement des indicateurs de moyens) – Perte d'autonomie, santé mentale, périnatalité, diabète
Mission 3 : Développement des actions territoriales de prévention	**11 actions** (8 indicateurs de moyens, 3 de suivi) – Santé sexuelle, personnes âgées, périnatalité, nutrition, APA, dépistages (cancers, HPV, mélanome), vaccination	**4 actions** (3 indicateurs de moyens, 1 de suivi) – ETP, prévention cancers	**6 actions** (5 indicateurs de moyens, 1 de suivi) – Addictions, comportements de santé chez les jeunes, dépistages de cancers
Mission 4 : Gestion de la crise sanitaire	Les CPTS doivent mettre à jour les protocoles dédiés à la réponse aux crises sanitaires graves.		

Éléments	CPTS Carquenée	CPTS Bezan	CPTS Voillac
Mission 5 : Développement de la qualité et de la pertinence des soins	**3 actions** (uniquement des indicateurs de moyens)	**2 actions** (uniquement des indicateurs de moyens)	**2 actions** (uniquement des indicateurs de moyens)
Mission 6 : Accompagnement des professionnels de santé sur le territoire	**6 actions** (4 indicateurs de moyens, 2 de résultats)	**4 actions** (3 indicateurs de moyens, 1 de suivi)	**4 actions** (uniquement des indicateurs de moyens)

1.1.3. L'agence régionale de santé

L'agence régionale de santé (ARS) Île-de-France est cosignataire des contrats tripartites avec la CPTS et la Cpam. Elle occupe une place relativement limitée dans le déroulement concret des dialogues de gestion entre les CPTS et la Cpam. Sa présence au sein du dispositif est d'abord d'ordre institutionnel et formel : elle valide le projet de santé de la CPTS et s'assure de son inscription dans la stratégie régionale de santé. Toutefois, dans la pratique, nous avons pu observer que l'implication de l'ARS dans les dialogues de gestion restait ponctuelle.

Lorsqu'elle est présente, la personne représentant l'ARS se joint aux réunions en tant qu'observatrice ou signataire, sans intervenir de manière active dans les échanges. Sa contribution directe aux discussions opérationnelles est généralement réduite, laissant à la Cpam la charge principale de conduire les entretiens, de discuter des indicateurs, d'analyser les résultats des CPTS et de piloter l'ensemble du dispositif contractuel.

Dans la majorité des cas observés, la personne représentant l'ARS ne prend pas part aux arbitrages concernant les indicateurs d'activité ou de performance, ni aux discussions sur les modalités de mise en œuvre des missions socles. Elle ne joue pas non plus un rôle dans le suivi administratif des dossiers. L'essentiel du dialogue repose donc sur une relation bilatérale entre les représentants de la Cpam, en tant que gestionnaire du dispositif, et la CPTS, représentée par les professionnels impliqués dans sa gouvernance et dans l'équipe de coordination.

Dans le processus d'évaluation circonscrit au dialogue de gestion, l'ARS a donc au moment de l'enquête un rôle plus périphérique : après une intervention en amont dans la validation institutionnelle des contrats tripartites à travers l'examen du projet de santé, elle reste informée des dynamiques territoriales.

1.2. Comment est présenté l'objectif du dialogue de gestion ?

Le dialogue de gestion, tel qu'il est organisé entre la Cpam du Val-de-Marne et les CPTS, poursuit un double objectif explicité par les membres de l'équipe de la Cpam. D'abord, il vise à faire le point sur la mise en œuvre des actions prévues dans la maquette ACI de l'année écoulée, à vérifier l'atteinte des objectifs fixés et l'utilisation des financements accordés. Ensuite, il s'agit d'établir, pour l'année à venir, une nouvelle maquette ACI (accord conventionnel interprofessionnel) : de nouvelles actions sont définies, les indicateurs sont ajustés, et les objectifs rediscutés. Ce processus s'inscrit dans une logique de pilotage régulier, combinant évaluation et projection.

Dans un premier temps, la rencontre est centrée sur un échange structuré autour de chaque mission ACI. Les équipes des CPTS présentent les actions réalisées, leur déroulement, les résultats obtenus, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées. La Cpam, en tant qu'autorité gestionnaire, cherche ici à apprécier la cohérence des actions par rapport aux engagements contractuels, leur faisabilité réelle et les effets produits. Il s'agit avant tout pour les représentants de l'Assurance maladie de comprendre comment les crédits ont été mobilisés, d'objectiver les réalisations, et de vérifier le respect des engagements.

Ce travail de bilan ouvre ensuite sur une seconde phase consacrée à la construction de la nouvelle maquette ACI. C'est un moment charnière du dialogue de gestion, où les priorités peuvent être ajustées, les objectifs redéfinis, et les indicateurs révisés. Si le cadre de l'ACI reste structurant, cette étape repose sur une dynamique de co-construction : la Cpam cherche à éviter une approche descendante en écoutant les réalités du terrain, les contraintes spécifiques et les modalités d'organisation propres à chaque CPTS. Les référents du département affichent une volonté d'adapter les attentes aux dynamiques locales, en cherchant à concevoir collectivement un référentiel d'action partagé. Cette écoute est perçue de manière positive par les représentants des CPTS :

> « *Ce n'est pas juste produire des chiffres une fois par an, c'est comprendre ce qu'il se passe sur le terrain.* »
>
> CPTS Carquenée

> « *Le dialogue de gestion me paraît super, pour faire remonter du terrain les difficultés qu'on peut rencontrer par rapport aux indicateurs.* »
>
> CPTS Bezan

Ce processus donne ainsi lieu à des discussions approfondies sur le niveau d'ambition des objectifs, le rythme de mise en œuvre, la nature des indicateurs retenus, ou encore les ressources humaines et financières mobilisables. Il permet d'identifier les points de tension ou de blocage, de clarifier les attendus contractuels, et d'ajuster les exigences en fonction des capacités perçues de chaque structure.

Enfin, en réunissant chaque année les représentants de la Cpam et les équipes des CPTS, le dialogue de gestion cherche à articuler trois logiques : les orientations nationales de santé publique, les priorités départementales de l'Assurance maladie, et les dynamiques locales portées par les professionnels. À ce titre, il constitue un espace intermédiaire de régulation et d'adaptation, au croisement du prescrit et du terrain. Il revêt également un enjeu financier pour les CPTS, puisque l'atteinte des objectifs fixés conditionne le versement de la part variable de leur financement. C'est donc à travers cet espace que se joue une grande partie de la concrétisation locale des politiques de santé.

1.3. Comment est organisée la discussion ?

Les dialogues de gestion constituent des échanges ritualisés et encadrés, inscrits dans un cadre juridique et administratif prévu par l'ACI.

Organisés une fois par an, ces rendez-vous suivent dans la Cpam étudiée un format structuré en trois temps, généralement répartis sur plusieurs semaines consécutives, en présentiel ou en visioconférence. Les deux premières séances, qui durent chacune deux à trois heures, sont entièrement consacrées au bilan de l'année écoulée. Les actions menées par la

CPTS au cours de l'année précédente sont examinées au regard des indicateurs prévus dans la maquette contractuelle ACI.

Dans cette Cpam, ce cadre d'évaluation prend une forme très opérationnelle. En amont de la première réunion, les CPTS doivent transmettre un dossier contenant l'ensemble des « pièces justificatives » associées à chaque action. Il peut s'agir de bilans d'activité, de tableaux de suivi, de comptes rendus de réunions, de supports de communication ou de tout autre document permettant d'attester de la mise en œuvre effective des engagements pris. Ces documents servent à objectiver les réalisations et à nourrir un échange fondé sur des éléments concrets.

En parallèle, certains indicateurs sont calculés directement par la Cpam, à partir de ses propres bases de données. Ces éléments viennent compléter la lecture des actions décrites par les CPTS. Un travail préparatoire est effectué par les référents Cpam, qui analysent l'ensemble des pièces justificatives reçues, croisent les sources disponibles, identifient les points à éclaircir ou à discuter, et construisent ainsi la trame du dialogue à venir.

Les dialogues de gestion sont donc ritualisés et encadrés, s'inscrivant dans un dispositif juridique et administratif stabilisé par l'ACI, mais dont la mise en œuvre concrète reste profondément ancrée dans les dynamiques territoriales.

Ces premières séances permettent de faire émerger des écarts entre les attentes contractuelles et les réalités opérationnelles du terrain. Dans certains cas, des résultats partiels ou absents sont expliqués par les membres des CPTS par des contraintes locales (manque de ressources humaines, difficulté à mobiliser les professionnels, coordination inter-structures complexe). D'autres fois, certaines actions initialement non prévues sont valorisées et mises en avant par la CPTS comme ayant produit des effets positifs. Ces échanges constituent un moment d'interprétation croisée, dans lequel les acteurs cherchent à contextualiser les résultats observés. C'est précisément dans ce travail de mise en récit et d'ajustements réciproques que se joue une micro-gouvernance contractuelle, fondée sur la reconnaissance mutuelle des contraintes et des marges de manœuvre.

À l'issue de ces deux premières séances, la Cpam procède à un examen formel de l'atteinte des engagements passés, en s'appuyant sur les éléments échangés. Ce bilan sert notamment à statuer sur l'attribution de la part variable du financement. Par la suite, les indicateurs et les éléments proposés pour la nouvelle maquette font également l'objet d'un arbitrage de la part de la Cpam. Une fois cette validation réalisée, une nouvelle version de la maquette ACI est envoyée à la CPTS pour signature. Des échanges complémentaires peuvent se poursuivre à distance (contestation de certains éléments, demandes de clarifications, de reformulations, d'ajustements avant signature), mais ceux-ci n'ont pas été observés dans le cadre de cette étude.

La troisième séance, enfin, s'inscrit dans une temporalité prospective. Elle dure environ une heure, et est consacrée à la discussion de la nouvelle maquette ACI : les actions à conduire pour l'année à venir sont définies, de nouveaux indicateurs sont proposés, et des cibles mesurables identifiées. Ce temps est stratégique, car il permet d'ajuster les actions aux réalités locales, tout en intégrant l'évolution des priorités institutionnelles. Il marque ainsi un moment de négociation, dans ses détails, de la déclinaison du cadre contractuel à l'interface des prescriptions nationales, des orientations départementales et des dynamiques de terrain.

Déroulement des dialogues de gestion pour les trois CPTS

➜ CPTS Carquenée

Période : fin janvier – début février 2025 (trois lundis consécutifs).

Format : réunions en visioconférence (les membres de la CPTS étaient réunis au même endroit. Le dialogue de gestion avait lieu sur le temps de la réunion hebdomadaire du bureau).

Participants : le coordinateur (médiateur) et le chargé d'exercice coordonné de la Cpam (peu d'interventions), l'ensemble du bureau exécutif de la CPTS (huit personnes : président, secrétaire, chargée de mission, coordinatrice, trésoriers), représentant de l'ARS. Également un médecin de la Cpam présent lors du deuxième dialogue de gestion, pour aider à l'évaluation des actions médicales.

Déroulement : le coordinateur de la Cpam anime la réunion de manière bienveillante, en encourageant chacun à expliquer comment les actions se sont déroulées et à partager les éventuelles difficultés rencontrées. Tous les participants de la CPTS prennent la parole pour présenter les actions menées.

➜ CPTS Bezan

Période : fin janvier – début février 2025 (trois mercredis consécutifs).

Format : réunions en visioconférence (les membres de la CPTS n'étaient pas réunis).

Participants : la coordinatrice (médiatrice) et le chargé d'exercice coordonné de la Cpam (peu d'interventions), et cinq membres de la CPTS lors du premier et dernier rendez-vous (le trésorier, trésorier adjoint, la coordinatrice, le président et vice-président), seulement trois lors du deuxième (trésorier, coordinatrice et président). Également un représentant de l'ARS présent lors des trois rendez-vous en en visio-conférence. Aussi, un médecin de la Cpam pour aider à l'évaluation des actions médicales lors du deuxième dialogue de gestion.

Déroulement : le président de la CPTS conduit principalement les échanges et prend majoritairement la parole. La coordinatrice de projet est un appui pour tout ce qui concerne l'administratif. Les conversations se concentrent directement sur les points qui vont ou ne vont pas, et moins sur le processus de mise en route ou déroulement des actions.

➜ CPTS Voillac

Période : mars 2025

Format : réunions mixtes (présentiel à la Cpam pour certains, visioconférence pour d'autres)

Participants : la coordinatrice (médiatrice) et le chargé d'exercice coordonné de la Cpam, et au moins cinq membres de la CPTS aux deuxième et troisième rendez-vous (les personnes en visio ne pouvaient pas voir les gens dans la salle). Également un représentant de l'ARS présent en visioconférence lors du deuxième rendez-vous, présent sans intervenir, ainsi qu'un médecin de la Cpam pour aider à l'évaluation des actions médicales.

Déroulement : les participants à distance n'avaient pas de visibilité sur la salle physique, ce qui a limité l'interaction. La parole a été partagée entre quelques membres de la CPTS. La Cpam avait une bonne dynamique dans la médiation des discussions.

PARTIE 2

Quels sont les enjeux des dialogues de gestion ?

2.1. Le dialogue de gestion comme instrument de l'action publique territoriale

Lors d'une réunion annuelle de dialogue de gestion, la représentante de la Cpam ouvre la séance en rappelant clairement l'objectif : faire le point sur les actions réalisées, évaluer les résultats et envisager les suites à donner. Cette introduction vise à instaurer un cadre de discussion convivial. Les échanges se focalisent rapidement sur la présentation et la validation des documents justificatifs, indicateurs et bilans d'activité. La coordinatrice de la CPTS Bezan organise son intervention autour d'un fil conducteur clair, fournissant preuves et données, consciente que cette reddition de comptes conditionne le financement. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Cette partie analyse le dialogue de gestion comme un instrument central de l'action publique territoriale, en examinant successivement son rôle d'espace de rencontre entre acteurs, sa fonction de moment administratif formel dédié à la reddition de comptes, son usage comme levier d'organisation et de structuration des CPTS, ainsi que sa contribution à la production de données indispensables au pilotage territorial.

2.1.1. Un espace de rencontre entre des acteurs aux logiques en partie divergentes

Le dialogue de gestion institué par l'ACI des CPTS constitue un espace d'interaction inter-institutionnelle, où se croisent différentes logiques d'action publique : planification stratégique, mise en œuvre opérationnelle, régulation contractuelle et adaptation territoriale. La répartition des rôles entre l'ARS, la Cpam et les CPTS repose sur une division fonctionnelle du travail institutionnel, structurée à la fois par des logiques de gouvernance multiniveaux et des contraintes organisationnelles spécifiques.

Agence régionale de santé (Ile-de-France)

Bien que présente de manière formelle dans le dispositif, en tant que cosignataire des ACI et parfois participante aux dialogues de gestion, l'ARS Île-de-France occupe en pratique une position marginale dans le processus d'évaluation circonscrit au dialogue de gestion. Sa participation se limite souvent à une fonction symbolique, traduite par une présence ponctuelle et une implication réduite dans les discussions opérationnelles. Si sa signature reste juridiquement indispensable, son rôle effectif dans les échanges est secondaire, laissant à la Cpam l'essentiel du pilotage quotidien du dispositif.

Cette distance peut s'expliquer par une répartition fonctionnelle des rôles institutionnels dans la mise en œuvre de l'ACI. Selon une logique de décentralisation fonctionnelle (Lascoumes et Le Galès, 2005), l'ARS conserve une mission d'orientation stratégique à l'échelle régionale, définissant les grandes priorités en matière de santé publique (prévention, accès aux soins), tandis que la Cpam endosse le rôle d'opérateur de proximité, chargé de la gestion contractuelle quotidienne.

Ce retrait relatif peut également être interprété comme une forme de délégation implicite : en externalisant la gestion des ACI à la Cpam, l'ARS se recentre sur son rôle de

pilotage régional et de cohérence stratégique, dans une logique d'instrumentation différenciée (Halpern, 2014). Cela renforce la Cpam comme autorité contractante de proximité, tandis que l'ARS agit en garant à distance de l'harmonisation régionale. Une telle configuration correspond à ce que Ostrom (1990) appelle une « gouvernance polycentrique », où les différents niveaux d'action publique se spécialisent et gèrent collectivement un territoire selon leurs ressources et missions (Laousse et Hooge, 2018).

Cette prise de distance peut être perçue de deux façons : d'un côté, comme une volonté de laisser davantage de marge de manœuvre aux acteurs locaux selon une logique de subsidiarité ; de l'autre, comme une forme de désengagement, marquant un manque d'accompagnement stratégique au moment où l'articulation entre niveaux national, régional et local demeure un enjeu crucial.

Caisse primaire d'Assurance maladie (Val-de-Marne)

Située à l'interface entre les prescriptions nationales et leur mise en œuvre territoriale, la Cpam incarne une figure typique de l'administration de proximité, jouant un rôle clé dans la régulation et l'accompagnement des CPTS. Elle assume une double mission :

- une fonction de régulation, en contrôlant la conformité des actions engagées par les CPTS au regard des exigences contractuelles de l'ACI
- et une fonction d'accompagnement, en soutenant techniquement les équipes dans la construction, le suivi et l'évaluation de leurs projets

Selon la typologie de Lipsky (1980), les agents de la Cpam peuvent être vus comme des *street-level bureaucrats*, c'est-à-dire des agents publics qui traduisent et adaptent les politiques dans leur mise en œuvre quotidienne, dans un contexte de proximité. Leur rôle ne se limite pas à l'application stricte des textes : ils agissent comme des médiateurs, qui ajustent les normes aux réalités opérationnelles du terrain, en tenant compte des spécificités locales, des temporalités professionnelles et des dynamiques partenariales.

Ce positionnement hybride, entre rigueur gestionnaire et souplesse contextuelle, fait de la Cpam un « bricoleur », au sens de Lévi-Strauss, un acteur capable de composer avec les ressources disponibles, d'improviser des solutions situées, et de conjuguer attentes institutionnelles et réalités professionnelles (Mélice, 2009).

> « *Sur des indicateurs, je leur dis non, pas la première année. On ne va pas le noter si on n'a pas le temps.* »
>
> Cpam

« La règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus. [...] L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet ; il se définit seulement par son instrumentalité, autrement dit et pour employer le langage même du bricoleur, parce que les éléments sont recueillis ou conservés en vertu du principe que "ça peut toujours servir" » (Lévi-Strauss, 1962).

Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Dans ce dispositif, les CPTS occupent une position singulière. Structures de coordination financées sur fonds publics, elles sont à la fois redevables d'engagements contractuels définis par l'ACI et porteuses d'initiatives locales. Leur rôle dépasse celui de simples exécutantes : elles s'impliquent activement dans l'interprétation, la priorisation et l'adaptation des orientations nationales aux réalités de terrain. À ce titre, elles se positionnent comme interfaces professionnelles, représentant les besoins, les contraintes et les dynamiques des acteurs de santé locaux.

Cette capacité d'interprétation et d'adaptation en fait des structures hybrides : extérieures à l'administration étatique, mais insérées dans les circuits de mise en œuvre des politiques publiques (Bezes, 2020). En ce sens, elles incarnent ce que Hassenteufel (2021) nomme des « nouveaux intermédiaires de la mise en œuvre », dans le cadre d'une gouvernance fondée sur une décentralisation fonctionnelle. Ce modèle fluide et transversal repose sur l'activation d'acteurs privés ou semi-publics qui prennent part à l'application des politiques publiques de santé. S'ils disposent d'une autonomie dans l'organisation de leurs actions, ils demeurent néanmoins fortement dépendants des cadres, financements et orientations définis par les institutions publiques.

2.1.2. Un moment administratif formel : rendre des comptes

Le dialogue de gestion s'ouvre généralement par une prise de parole de la référente ou du référent de la Cpam, qui introduit la séance, en présente les objectifs et pose le cadre de l'échange. Dans la Cpam étudiée, cette entrée en matière se veut conviviale et collaborative, même si elle s'inscrit dans une logique très codifiée. L'ouverture est souvent conçue comme un moyen d'instaurer un climat de confiance, propice à l'échange, tout en rappelant les règles du jeu.

> *« Moi je commence toujours par dire que c'est un dialogue, pas un audit. L'idée c'est vraiment de prendre un temps pour faire le point ensemble sur ce qui a été fait, ce qui a bien marché, ce qui a coincé. On essaye de faire ça dans un esprit constructif, même si évidemment il y a un cadre à respecter, des éléments à vérifier. »*
>
> Cpam

Cette volonté de faire du dialogue de gestion un espace d'échange ouvert contraste cependant avec ce qui se joue en profondeur : un moment fortement structuré autour de la reddition de comptes. En effet, les CPTS sont avant tout invitées à rendre compte de la mise en œuvre de leurs engagements contractuels. Ce temps constitue un rendez-vous administratif ritualisé, centré sur une logique de vérification et de conformité, dans laquelle la Cpam assume un rôle d'autorité évaluatrice.

> *« Moi, personnellement, je pense que c'est un temps administratif, c'est un temps de justification de l'usage des financements qui nous sont dévolus et on apporte la preuve, on apporte des éléments, des arguments de preuve sur ce que nous avons fait avancer et au regard, finalement, d'une enveloppe. Leur système part fixe, part variable, il est dans cet esprit-là. »*
>
> CPTS Voillac

Ce temps administratif important conditionne directement l'obtention des moyens financiers indispensables au fonctionnement de la CPTS.

> « *Je pense que globalement, on a fait une course à l'argent parce que si on n'a pas d'argent, on ne peut pas faire vivre notre CPTS.* »
>
> CPTS Voillac

Le caractère gestionnaire de ce temps d'échange est clairement identifié par les CPTS. Loin d'être un espace de co-construction souple, il relève d'une mise en conformité avec les attendus institutionnels.

Le dialogue de gestion, bien qu'introduit comme un échange, fonctionne essentiellement comme une procédure d'évaluation structurée par des instruments : maquette contractuelle, tableaux d'indicateurs, fiches de suivi, bilans d'activité, comptes rendus. Ces outils incarnent une logique de *gouvernement par les instruments* (Lascoumes et Le Galès, 2005), dans laquelle les dispositifs techniques façonnent les comportements des acteurs et encadrent leurs marges d'autonomie.

Halpern (2014) qualifie cette logique « d'instrumentation contractuelle » : un mode de gouvernance par l'engagement formalisé, où les performances sont mesurées, vérifiées et sanctionnées, positivement ou négativement. Dans le cas des CPTS, la contractualisation via l'ACI implique non seulement de mettre en œuvre des actions, mais surtout d'en apporter la preuve tangible.

Concrètement, cette logique s'incarne dans un dispositif précis, tel que déployé dans la Cpam étudiée. En amont de la première réunion, la CPTS doit transmettre l'ensemble des pièces justificatives liées à chaque action (bilans, comptes rendus, outils de suivi), ainsi que la remontée des indicateurs figurant dans la maquette contractuelle.

Pour certains indicateurs, la Cpam elle-même en calcule les valeurs, en s'appuyant sur ses propres bases de données (ex. taux d'inscription médecin traitant, taux de dépistage, etc.). Un travail préparatoire est mené par le référent Cpam, qui vérifie la cohérence des pièces, les complète si besoin, et les articule dans un tableau de suivi qui sert de support à la réunion.

Cette exigence de preuve est accentuée par les modalités de versement de la part variable, conditionnée à la réalisation effective des missions socles et à la production des justificatifs attendus. La Cpam joue ici un rôle de *gatekeeper* (Lewin, 1947) : gardienne des ressources, et du bon usage des financements publics, elle en contrôle l'accès selon une grille d'évaluation fixée en amont.

Les indicateurs deviennent ainsi performatifs : ils ne mesurent pas seulement, ils orientent les pratiques (Bezes *et al.*, 2016).

Le dialogue de gestion devient un vecteur de rationalisation gestionnaire, incitant les CPTS à adopter des comportements conformes aux standards de l'institution (traçabilité, résultats mesurables, *reporting*).

Cette articulation entre évaluation et financement rend la procédure d'autant plus contraignante. Les projets ne sont pas simplement appréciés qualitativement, mais jugés à l'aune d'une rentabilité administrative. En cas de retard, d'absence de preuve ou d'incohérence dans les actions réalisées, la Cpam peut suspendre ou ajuster les versements.

2.1.3. Un levier d'organisation territoriale : structurer la CPTS et construire une vision d'ensemble

Au-delà de sa dimension strictement gestionnaire et comptable, le dialogue de gestion fonctionne également comme un dispositif structurant pour les CPTS. Il contribue à organiser les pratiques internes, à coordonner les acteurs et à produire une vision synthétique de l'action territoriale.

> « *Le dialogue de gestion, ça nous oblige ensuite à avoir un fil conducteur assez synthétique toute l'année.* »
>
> CPTS Carquenée

Ce témoignage illustre clairement le caractère organisateur et ordonnateur du dialogue de gestion : pour pouvoir répondre aux attentes formelles de la Cpam, les CPTS doivent structurer en amont leurs priorités, planifier leurs actions, et les inscrire dans un fil narratif cohérent.

Ainsi, l'existence même du dialogue de gestion encourage l'élaboration d'une trajectoire collective, fondée sur la coordination des actions interprofessionnelles et la formulation d'objectifs partagés.

Ce processus implique un travail considérable de la part des coordinatrices des CPTS, qui doivent veiller à ce que chaque action soit construite ou au moins approuvée par le collectif, puis à documenter de manière rigoureuse chacune des actions conduites tout au long de l'année. Il ne s'agit pas seulement de réaliser les actions, mais aussi de conserver des pièces justificatives détaillées et de préparer un rapport complet pour en rendre compte lors du dialogue de gestion.

Lors d'un dialogue de gestion, la coordinatrice de la CPTS Voillac annonce qu'une action n'a pas eu lieu mais que son organisation a été conduite tout au long de l'année. En réponse, la référente Cpam demande de fournir des pièces justificatives susceptibles de rendre compte de l'effectivité de cette organisation. Par manque de preuves concrètes, la coordinatrice de la Cpam finit par demander une capture d'écran d'un mail entre les professionnels de la CPTS, avec la date et le contenu, attestant de la réflexion autour de l'action et donc d'un potentiel début d'organisation. La coordinatrice de la Cpam précise que cette forme de preuve, bien qu'acceptable cette année, devra être remplacée l'année suivante par une organisation plus rigoureuse, incluant un suivi documenté et synthétisé de manière plus formelle. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Cette exigence d'archivage et de traçabilité, vis-à-vis de laquelle la Cpam se montre temporairement souple, est devenue une tâche centrale, mobilisant des ressources humaines et nécessitant une organisation interne efficace.

La performativité des instruments : produire une organisation à travers l'évaluation

Dans cette perspective, les indicateurs et outils d'évaluation imposés ne sont pas de simples instruments techniques : ils ont une dimension performative (Lascoumes et Le Galès, 2005). Par exemple, les indicateurs de résultats, traduisent une logique d'efficacité mesurable. Toutefois, ils peuvent être contestés par les équipes des CPTS lorsque les performances observées dépendent de facteurs extérieurs à l'action de la CPTS, tels que les départs en retraite de médecins ou le contexte socio-économique du territoire. À l'inverse, les indicateurs de suivi offrent davantage de souplesse, ce qui les rend plus souvent recommandés

par la Cpam aux CPTS les plus jeunes, dans le souci de leur permettre une appropriation progressive de la démarche.

Autrement dit, ces indicateurs ne se contentent pas de refléter une réalité existante : ils participent à la production de cette réalité. En définissant ce qui doit être mesuré, visible et rapporté, ils influencent profondément les modes d'organisation des CPTS.

Les travaux de Demazière (2013) montrent que les outils de pilotage transforment les conditions de production de l'action publique. Ils incitent à la formalisation des pratiques, à la documentation systématique des interventions, et à l'anticipation des résultats attendus. Pour les équipes des CPTS, cela nécessite une montée en compétences en gestion de projet, une meilleure structuration de la gouvernance interne, et une plus grande attention portée à la lisibilité des actions.

Ainsi, ce processus d'évaluation devient également un moteur de professionnalisation, en encourageant l'adoption de méthodes issues du management public (calendrier d'action, fiches projets, *reporting*, etc.). Les CPTS sont alors amenées à internaliser les standards institutionnels, tout en adaptant leur fonctionnement à une logique d'efficacité collective.

Un outil de gouvernance territoriale : vers une vision partagée des enjeux de santé

Mais le dialogue de gestion ne se réduit pas à une procédure administrative descendante. Il peut aussi être lu comme un outil de gouvernance territoriale, au sens où il participe à la construction d'une vision partagée des enjeux de santé sur un territoire donné. Il favorise la reconnaissance mutuelle entre acteurs, la circulation de l'information, et la coordination des initiatives locales.

> « *La Cpam nous a effectivement aidés au début en faisant de la communication […] pour qu'on puisse se faire connaître.* »
>
> CPTS Carquenée

> « *Le dialogue de gestion, ça les contraint aussi à se rendre compte que c'est une structure politique.* »
>
> Cpam

Par cette fonction, le dialogue de gestion joue un rôle de médiateur entre logiques institutionnelles et dynamiques locales. Il pousse les CPTS à penser leur action à l'échelle du territoire, à hiérarchiser les besoins, à coopérer avec d'autres structures (associations, établissements de santé, acteurs sociaux), et à formaliser une réponse collective aux problématiques de santé publique.

Dans ce sens, il participe au processus d'institutionnalisation progressive des CPTS, non plus seulement comme des collectifs informels de professionnels, mais comme des acteurs reconnus de la gouvernance sanitaire (Duran, 2010). Ce processus de structuration s'accompagne d'une transformation des rapports entre les CPTS et la Cpam, marquée par une reconnaissance mutuelle croissante et un alignement des objectifs.

2.1.4. Produire de la donnée pour piloter l'action territoriale

Le dialogue de gestion joue également un rôle structurant dans la production de données territorialisées, devenant un maillon essentiel du pilotage infra-territorial des politiques de santé. En exigeant des indicateurs quantitatifs (nombre d'actions, types de publics, volume horaire mobilisé) mais aussi qualitatifs (retours d'expérience, analyse des obstacles, ressenti sur la pertinence des actions), l'Assurance maladie organise un processus de collecte d'information au plus près des dynamiques locales. Cette collecte dépasse la simple vérification des engagements contractuels pour constituer une véritable intelligence de l'action publique décentralisée ayant pour objectif la consolidation de l'expertise.

> « *La CPTS, c'est un cadre d'action qui nous permet de travailler avec des acteurs sur le territoire, […] on veut faire en sorte que ce soit une valeur ajoutée pour tous les acteurs.* »
>
> CPTS Bezan

Ce témoignage met en lumière comment les CPTS perçoivent leur rôle : non seulement comme opérateurs d'action, mais aussi comme facilitateurs d'une coordination locale porteuse de valeur ajoutée collective. Le dialogue de gestion devient un espace où se construit une vision partagée des enjeux de santé territoriaux.

> « *Je pense que symboliquement, on a un rôle assez intéressant en termes d'éclairage pour apporter une nouvelle couleur.* »
>
> CPTS Carquenée

Cette remarque illustre le rôle des CPTS en tant que productrices de connaissance locale, capables d'apporter un éclairage renouvelé sur les besoins et dynamiques du territoire.

> « *C'est une vision enfantine de penser qu'une CPTS va faire des changements extraordinaires sur son territoire.* »
>
> CPTS Bezan

Ce dernier exemple rappelle la lucidité des acteurs sur les limites de leur action, soulignant que la production de données et le pilotage ne peuvent à eux seuls engendrer des transformations radicales, mais participent à une amélioration progressive et collective.

Dans cette logique, un autre extrait d'entretien permet d'éclairer une dimension complémentaire du rôle des CPTS dans la circulation des pratiques :

> « *C'est vrai qu'il y a des projets repris de notre CPTS par d'autres CPTS, et ça nous fait plaisir. […] ça veut dire qu'il y a une certaine pertinence.* »
>
> CPTS Carquenée

Cette remarque met en évidence un effet de diffusion horizontale des initiatives entre territoires. La reprise de projets par d'autres CPTS est interprétée ici comme un indicateur implicite de pertinence et de reconnaissance, en dehors des seuls cadres formels d'évaluation. Elle suggère que la valeur d'une action ne réside pas uniquement dans sa mesure institutionnelle, mais également dans sa capacité à circuler, à être appropriée et réadaptée ailleurs. Cette dynamique contribue ainsi à renforcer une logique de validation par les pairs, complémentaire des mécanismes de pilotage par les indicateurs. Dans ce cadre, les travaux de Bruno sur la gouvernance par la connaissance éclairent ce processus, en montrant comment la production et la circulation de données participent à structurer les modes

de pilotage (Bruno, 2015). Dans cette logique, les CPTS deviennent des capteurs locaux de la politique publique : elles informent, documentent, signalent, jouant ainsi un rôle à la fois technique et politique dans la fabrique des normes sanitaires.

Le dialogue de gestion s'inscrit dans une économie politique de la donnée (Desrosières, 2008), où les informations produites localement sont standardisées afin de correspondre aux formats d'analyse nationaux. Ce processus nécessite un travail minutieux de mise en forme et de traduction des expériences de terrain en indicateurs partageables, mobilisant des compétences spécifiques telles que la gestion de projet, le *reporting*, l'évaluation et la formalisation écrite. Ainsi, la capacité à remonter les « bonnes » données devient un enjeu stratégique majeur pour la reconnaissance institutionnelle : il s'agit pour les CPTS d'identifier, documenter et justifier des informations pertinentes, qui soient aussi directement exploitables par les coordinateurs de la Cpam au sein de leurs outils de suivi.

Cette configuration renforce également la logique de pilotage par les résultats : les actions entreprises doivent être mesurables, comparables et présentées dans un format intelligible pour les tutelles. Ce formalisme transforme partiellement la mission des CPTS. Elles ne sont plus uniquement des acteurs de terrain chargés de coordonner des soins ou de mener des projets, mais également des guichets de production de preuves, intégrés à l'architecture gestionnaire du système de santé.

Si cette mission offre une reconnaissance nouvelle aux CPTS, elle peut aussi les exposer à une certaine technicisation du travail collectif, où l'enjeu de performance documentaire (indicateurs, bilans, synthèses) tend à prendre le pas sur l'expérimentation, la souplesse ou l'informalité initialement constitutives de l'action locale. Il s'agit donc d'un changement de registre dans la légitimité de l'action : ce qui compte n'est plus seulement ce qui est fait, mais ce qui est visibilisé, formalisé et communicable aux institutions.

Synthèse sur les enjeux des dialogues de gestion : des instruments de l'action publique territoriale

Le dialogue de gestion incarne un instrument de pilotage de l'action publique territorialisée, à la croisée de plusieurs logiques et reposant sur une pluralité de dispositifs techniques. Ces dispositifs dépassent la fonction de simples outils de suivi : ils sont des instruments d'orientation et de transformation des pratiques. À ce titre, le dialogue de gestion opère comme un mode de gouvernement par les instruments, combinant contrôle, incitation et formalisation.

Le contrôle s'exprime dans la reddition de comptes et la vérification des indicateurs, conditionnant l'allocation des ressources. L'incitation se manifeste par l'organisation des actions et la construction d'une vision partagée, qui pousse la CPTS à structurer ses priorités et coordonner ses acteurs autour d'objectifs communs. La formalisation, enfin, s'appuie sur la production et la remontée de données territorialisées, qui transforment les expériences locales en connaissances mobilisables par les décideurs à différents niveaux.

Ainsi, le dialogue de gestion dépasse la simple relation tutelle-opérateur : il devient un espace d'articulation entre exigences institutionnelles et dynamiques locales. Il contribue à la professionnalisation des acteurs, à la rationalisation des pratiques, tout en pouvant favoriser une sélection des actions selon leur capacité à être mesurées et valorisées institutionnellement. Cette double fonction – pilotage technique et coordination politique – fait du dialogue de gestion un levier de l'action publique territoriale contemporaine, mais également un instrument qui participe à définir ce qui devient visible, légitime et valorisable dans l'activité des CPTS.

2.2. Des intérêts multiples dans un cadre contraint

Lors d'un dialogue de gestion en visioconférence, la Cpam insiste sur l'importance des campagnes de vaccination dans le volet prévention. La coordinatrice de la CPTS Bezan acquiesce, mais nuance : organiser une campagne de vaccination dépend de multiples facteurs que les professionnels de la CPTS ne maîtrisent pas toujours. À leurs yeux, d'autres sujets (santé mentale, addictions) mériteraient autant d'attention. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Cette partie examine les enjeux liés à la coexistence d'intérêts multiples dans un cadre contraint, en s'appuyant d'abord sur la structuration de l'espace d'action, avant d'analyser les attentes divergentes entre acteurs, pour enfin mettre en lumière la diversité des configurations des CPTS.

2.2.1. Un espace structuré par des normes et des réalités locales

L'espace d'action dans lequel s'inscrit la mise en œuvre des politiques publiques locales, en l'occurrence, les missions confiées aux CPTS dans le cadre des dialogues de gestion, se présente comme un espace à la fois structuré par des attendus explicites, des objectifs normés, et un référentiel d'action prédéfini, mais aussi doté de marges de manœuvre relatives, où les acteurs doivent constamment négocier l'application concrète de ces prescriptions dans leur contexte propre.

Les missions confiées aux CPTS s'inscrivent dans une logique de pilotage par objectifs et par résultats, typique de la nouvelle gestion publique (Bezes *et al.*, 2011 ; Lascoumes et Le Galès, 2005). Ce pilotage se traduit par une définition a priori des objectifs et des moyens, censée garantir la cohérence nationale de l'action publique. Toutefois, cette standardisation se heurte aux réalités locales, comme en témoignent plusieurs acteurs.

Ainsi, l'imposition de certaines missions assorties de moyens jugés non adaptés par les représentants des CPTS provoque un sentiment de contrainte déconnectée du terrain. C'est le cas pour la mission 4 intitulée « réponse aux crises sanitaires graves ». Cette mission additionnelle a été rendue obligatoire fin 2021 pour toutes les CPTS après la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19[2]. Si elle est assortie d'un financement conséquent, elle nécessite pour les équipes des CPTS de produire la première année un plan de réponse aux urgences sanitaires (qu'il s'agisse de catastrophes naturelles et technologiques, de menaces biologiques, d'attentats…), recensant les référents locaux mobilisables, puis de l'actualiser chaque année.

> « *La mission 4 illustre le fait qu'on nous a imposé cette mission sans nous en donner les moyens. On trouve inutile de dépenser de l'argent pour se former à écrire des plans. Ce que nous, on veut, c'est qu'on nous donne les moyens de pouvoir réagir ensemble là-dessus.* »
>
> CPTS Carquenée

Cet extrait illustre la tension entre le caractère descendant de la mission (une prescription venue du niveau central) et l'aspiration à une autonomie locale dans les modalités

[2] Avenant signé le 20 décembre 2021 par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam) et les organisations représentatives des professionnels et services de santé liés par l'ACI.

d'action. Il met également en lumière une logique paradoxale : des injonctions à l'action collective assorties de dotations estimées non adaptées aux besoins ou aux missions que se donnent les acteurs, qui fragilisent la légitimité de l'intervention publique locale.

Cependant, cette contrainte n'est pas unanimement rejetée. Certains acteurs reconnaissent la nécessité d'un cadre structurant, indispensable pour agir à l'échelle d'un territoire :

> « *Donc pour moi, ça a beau être imposé, je me dis de toute façon qu'il en faut et c'est nécessaire sur un territoire quand on veut administrer une population, un territoire, etc.* »
>
> CPTS Voillac

Cette position nuance la critique précédente et reflète ce que certains auteurs appellent la coopération contrainte (Weller, 1999) : un ajustement des acteurs de terrain à des dispositifs imposés, mais qu'ils s'approprient partiellement pour conserver une capacité d'agir.

La structuration de l'espace d'action ne se limite pas aux missions ; elle repose aussi sur des indicateurs de performance, censés guider et évaluer les résultats obtenus. Ce recours aux indicateurs participe d'une logique d'évaluation objectivée et quantifiée, typique des instruments de la nouvelle gestion publique (Halpern *et al.*, 2014).

2.2.2. Des attentes divergentes : entre processus d'acculturation et asymétries d'information

Derrière une apparente coopération dans le cadre du dialogue de gestion, les finalités poursuivies par les CPTS et la Cpam s'avèrent structurellement divergentes, comme le résume le tableau 3 ci-dessous. Ce décalage reflète une tension classique entre deux formes de rationalité, l'une gestionnaire, orientée vers la performance et la conformité, l'autre territorialisée, fondée sur l'usage, l'empirisme et la connaissance du terrain (Muller, 2015).

Tableau 3 Tensions observées entre les rôles perçus, les rationalités et les attentes des professionnels des CPTS et de la Cpam

Acteur	Rôle perçu	Logique dominante	Attentes
CPTS	Experts du terrain et porteurs des initiatives locales	Pertinence d'usage, ancrage territorial	Reconnaissance, souplesse, appui contextuel
Cpam	Régulateur, financeur, accompagnateur	Rationalité gestionnaire, conformité à des objectifs	Résultats mesurables, amélioration des actions, maîtrise des dépenses

Une logique d'ancrage et de pertinence pour les CPTS

Du côté des CPTS, la priorité est donnée à la reconnaissance des spécificités locales et à la possibilité de mettre en œuvre des actions jugées utiles, faisables et adaptées à leurs réalités territoriales. Leur logique d'action repose sur la pertinence d'usage : leurs représentants souhaitent que leur expertise empirique, liée à leur connaissance des problématiques et pratiques de terrain, soit prise en compte dans l'élaboration et l'évaluation des projets (Ostrom, 1990).

Cette volonté de collaboration se confronte toutefois à une forme d'opacité institutionnelle perçue par les acteurs de terrain :

> « *C'était un peu compliqué de monter ce dialogue de gestion parce qu'on ne savait pas du tout quelles étaient les priorités de la Cpam.* »
>
> CPTS Carquenée

En parallèle, du point de vue de l'institution, les attentes des représentants de la Cpam sont considérées comme explicites :

> « *On attend des choses qui sont énoncées assez clairement.* »
>
> Cpam

Ce décalage illustre un phénomène classique d'asymétrie cognitive dans les dispositifs contractuels (Lascoumes et Le Galès, 2005) : les indicateurs et les objectifs peuvent paraître limpides aux concepteurs, mais leur appropriation sur le terrain suppose un travail d'interprétation, de décodage, et parfois de traduction. Les CPTS se trouvent ainsi engagées dans un processus d'acculturation mutuelle, dans lequel elles doivent progressivement apprendre à naviguer dans les logiques administratives, tout en tentant de faire valoir la singularité de leurs actions et la pertinence de leur ancrage local.

« Ce processus d'acculturation et d'apprentissage est lent, il s'agit d'une transformation progressive des cultures professionnelles qui est loin d'être généralisée et qui se trouve en tension avec la temporalité politique nationale et les attentes locales des élus » (Schweyer, 2026).

> « *Après, on est plus dans la négociation, la compréhension des uns et des autres, l'acculturation, le fait qu'on apprenne un petit peu ce qu'il est possible de faire sur le terrain et ce qu'attendent la Cpam et l'ARS.* »
>
> CPTS Carquenée

Ce processus d'apprentissage croisé renvoie à la notion de capacité d'interprétation (Muller, 2015), selon laquelle la mise en œuvre d'une politique publique suppose que les acteurs concernés soient en mesure d'en saisir le sens, d'en décoder les objectifs, et de se les approprier. Dans le cadre du dialogue de gestion, cette capacité ne va pas de soi : elle se construit progressivement, à travers les échanges, les relectures partagées des objectifs contractuels, et la confrontation entre les attentes institutionnelles et les réalités de terrain.

Le dialogue de gestion devient ainsi un espace d'interprétation mutuelle, où les CPTS traduisent les termes administratifs en actions opérationnelles, tandis que les représentants de la Cpam ajustent leurs attendus en fonction des contraintes locales rapportées par les équipes des CPTS. La transparence des objectifs n'est donc pas donnée d'emblée : elle se coproduit, dans un rapport dynamique et parfois tâtonnant.

> « *Le dialogue de gestion permet qu'ils s'imprègnent du terrain et comprennent un peu mieux ce qu'est notre mission, nos actions, au-delà des indicateurs qu'on a fixés ensemble.* ».
>
> CPTS Bezan

Ce type de retour souligne le potentiel pédagogique du dialogue de gestion : les représentants de l'Assurance maladie découvrent des enjeux concrets qu'ils ne percevaient pas depuis leur niveau d'analyse, tandis que les coordinatrices de CPTS affinent leur compréhension des logiques institutionnelles. Il s'agit donc d'un apprentissage mutuel, où les rôles traditionnels d'évaluateur et d'évalué sont en partie reconfigurés au profit d'un travail d'explicitation et de traduction réciproque.

Cette dynamique contribue à renforcer la légitimité croisée des acteurs : les représentants des CPTS gagnent en reconnaissance comme interlocuteurs compétents et enracinés, tandis que les chargés de mission de la Cpam apparaissent non plus uniquement comme membres d'un organe de contrôle, mais aussi comme des partenaires capables d'écoute et d'accompagnement. À terme, cette reconnaissance mutuelle nourrit un processus de gouvernance collaborative, où l'adhésion aux objectifs contractuels se fonde autant sur la compréhension que sur la contrainte.

Une exigence de performance et de traçabilité pour la Cpam

À l'inverse, les membres de l'équipe de la Cpam agissent dans un cadre contraint par les objectifs nationaux, les lignes budgétaires et la redevabilité de l'action publique. Elle incarne une logique de gestion efficiente des ressources : veiller à l'atteinte des objectifs contractualisés et garantir l'usage pertinent des fonds.

> « *Celles qui vont performer, on voit bien qu'elles ont compris plus le jeu […] mais nous, on n'a pas leurs yeux.* »
>
> Cpam

Si nous préciserons plus loin ce que recouvre pour les membres de la Cpam cette notion de CPTS « performante », cette citation illustre leur volonté d'encadrer l'action locale sans en avoir une maîtrise directe, d'où le recours aux indicateurs, au *reporting* et à l'objectivation standardisée comme outils de pilotage à distance.

Toutefois, la Cpam se positionne aussi comme un partenaire « facilitant », tentant de maintenir une posture d'écoute et de soutien, perçue par les représentants des CPTS :

> « *Ils sont assez bienveillants et facilitants […] ils relaient bien l'information.* »
>
> CPTS Carquenée

Cette exigence de performance et de traçabilité dépasse d'ailleurs le seul périmètre de la Cpam : elle s'inscrit plus largement dans les transformations contemporaines de l'action publique, particulièrement marquées dans le secteur de la santé. La gestion de fonds publics dans un contexte de contrainte budgétaire croissante renforce en effet la nécessité de rendre l'action visible, mesurable et justifiable.

Une asymétrie d'information

L'asymétrie d'information désigne une situation où deux parties engagées dans une relation ou un échange ne disposent pas du même niveau ou de la même qualité d'information. Cette divergence peut engendrer des déséquilibres, des malentendus, voire des conflits (Akerlof, 1970).

D'un côté, la Cpam détient la connaissance des critères formels de financement, les règles administratives, et les exigences institutionnelles. Elle a une vision globale, normative et souvent chiffrée du système de santé, cadrée par des objectifs nationaux et des impératifs budgétaires. Cette position lui confère un rôle de prescripteur et de contrôle, mais la rend parfois « aveugle » aux nuances du terrain, à la diversité des situations locales, et à la complexité des dynamiques humaines et organisationnelles propres à chaque territoire.

De l'autre côté, les CPTS disposent d'une expertise fine et pragmatique sur les besoins réels des populations qu'elles accompagnent, ainsi que sur les contraintes et ressources locales. Elles sont au cœur des pratiques quotidiennes, en contact direct avec les professionnels de santé, les patients et les partenaires sociaux. Cette connaissance « de terrain » est précieuse, mais peine parfois à s'inscrire dans les cadres formels et les indicateurs imposés par les financeurs publics. La difficulté à traduire leur réalité en termes normés et quantifiables peut rendre leur expertise invisible ou moins audible auprès de la Cpam.

Cette situation crée une asymétrie d'information structurelle, qui ne relève pas seulement d'un simple déficit de communication, mais d'une différence profonde de perspectives, de langages et de priorités.

> *« Pour eux, c'est difficile de percevoir l'importance [des justificatifs demandés], et du coup, c'est aussi un peu difficile de leur demander. »*
>
> Cpam

Cette phrase traduit la frustration pour les référents de la Cpam de devoir exiger des justifications rigoureuses sans toujours être en mesure de faire comprendre leur utilité aux membres des CPTS, dans une situation où les référents de la Cpam n'ont eux-mêmes pas accès pleinement à la complexité des actions menées.

Cette asymétrie nourrit une relation parfois tendue, où les CPTS réclament davantage de souplesse et de reconnaissance des spécificités locales, tandis que la Cpam insiste sur la rigueur et la conformité aux critères définis. Le fossé entre attentes formelles et réalités pratiques engendre un sentiment d'injustice et d'incompréhension mutuelle, pouvant freiner la coopération et la construction collective des projets.

> *« Parfois, on a eu le sentiment qu'on nous poussait sur des chemins qui n'étaient pas adaptés à notre territoire. »*
>
> CPTS Voillac

Au-delà de la frustration, cette asymétrie entraîne des conséquences opérationnelles : elle peut retarder la mise en œuvre des actions, décourager les initiatives innovantes, et compliquer l'évaluation des résultats. Elle souligne aussi la nécessité de développer des espaces de dialogue, de médiation et de co-construction entre les acteurs, où les savoirs tacites des CPTS seraient mieux valorisés, et où la Cpam pourrait adapter ses exigences aux réalités locales sans compromettre la rigueur budgétaire.

> *« L'enveloppe est insuffisante pour l'accès aux soins alors qu'on nous demande des résultats importants sur ces missions. »*
>
> CPTS Carquenée

En somme, l'asymétrie d'information dans cette relation traduit un enjeu central de gouvernance territoriale : concilier la rigueur institutionnelle avec la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins diversifiés et évolutifs des professionnels de santé, qui tentent eux-mêmes d'adapter leurs réponses aux besoins des populations. Cela passe par la reconnaissance mutuelle des compétences, l'instauration d'un langage commun, et l'adoption de modalités de négociation plus collaboratives.

2.2.3. Des configurations de CPTS variées

Le dialogue de gestion doit par ailleurs s'adapter à l'hétérogénéité des CPTS. Cette diversité constitue un paramètre central pour comprendre la variabilité des pratiques et des interprétations autour de cet outil. Cette appréciation est à la fois objective, liée aux configurations territoriales et organisationnelles, et subjective, dépendante des perceptions individuelles de la « maturité » d'une CPTS, des relations établies et des styles d'interlocution.

Sur un plan objectif, les CPTS diffèrent selon des critères structurels facilement observables : taille du territoire, densité de professionnels de santé, ressources humaines et financières, modalités de gouvernance, historique de coopération, ancrage local, etc. Ces éléments dessinent des écosystèmes professionnels contrastés, ce qui rend difficile l'application homogène d'un cadre de gestion standardisé.

Cette diversité structurelle reflète ce que la sociologie des organisations désigne comme des « contextes d'action » différenciés (Crozier et Friedberg, 1977), dans lesquels les marges de manœuvre, les contraintes et les dynamiques d'acteurs varient fortement. La Cpam, en tant qu'instance régulatrice, compose avec ces environnements locaux sans les neutraliser.

Cette diversité apparaît nettement dans les actions de prévention, notamment celles liées au dépistage des cancers portées par les trois CPTS étudiées. Les dynamiques internes de chaque collectif orientent différemment leurs priorités, obligeant la Cpam à ajuster son accompagnement pour valoriser ces environnements locaux singuliers. Ainsi, la CPTS Bézan adopte une approche résolument professionnalisante, centrée sur la montée en compétence des médecins généralistes et autres professionnels de santé, à travers sa participation à deux programmes de recherche et d'accompagnement mobilisant activement les praticiens autour du repérage précoce et de l'amélioration des pratiques de dépistage. À l'inverse, la CPTS Carquenée privilégie une logique davantage « patient-centrée », en organisant des campagnes grand public (Mars bleu, Octobre rose, Juin vert) et en recueillant la satisfaction des assurés, illustrant une orientation tournée vers l'animation territoriale plutôt que vers la transformation des pratiques professionnelles. Enfin, la CPTS Voillac se situe dans une phase de structuration encore émergente, se limitant pour l'instant au suivi des taux de dépistage sans actions opérationnelles dédiées, en raison notamment de son niveau de consolidation organisationnelle encore limité. Face à ces configurations contrastées, la Cpam compose avec des réalités locales hétérogènes, en modulant l'application des normes nationales pour tenir compte des ressources, des priorités et des temporalités propres à chaque territoire.

Au-delà des différences objectivables, l'évaluation de la « maturité » d'une CPTS repose sur des jugements subjectifs, construits au fil des interactions. Ce que la Cpam considère comme une organisation « mature », structurée, réactive, conforme, « performante », peut ne pas correspondre à la manière dont une CPTS se perçoit elle-même ou est perçue par un autre acteur institutionnel.

> « *Bezan ils sont très structurés. [...] Contrairement à Carquenée, mais où il y a beaucoup de discussions, beaucoup de mise en commun…, ce sont différentes étapes de leur développement.* »
>
> Cpam

Cette variabilité interprétative renvoie aux travaux de Boltanski et Thévenot (1991) sur les épreuves de justification, où chaque acteur mobilise des « mondes » de référence différents pour évaluer la légitimité d'une action : efficacité, proximité, professionnalisme, engagement, etc. Une même CPTS peut ainsi être jugée « performante » dans un « monde de l'engagement » (mobilisation locale, innovation, coordination), mais insuffisante dans un « monde de la norme » (indicateurs remplis, *reporting* structuré, administration organisée).

> « *On ne peut les accompagner qu'individuellement […] On sait qu'avec certains, on va pouvoir aborder certains sujets ; avec d'autres, ce n'est même pas la peine.* »
>
> *Cpam*

> « *On les accompagne de façon différente parce qu'on a des relations différentes avec chacun.* »
>
> Cpam

> « *Chaque CPTS va être à l'image de la vision du président ou de la présidente […] il n'y a pas encore une harmonisation nationale.* »
>
> CPTS Bezan

De ce fait, la notion de maturité organisationnelle devient un construit relationnel et situationnel. Elle n'est pas simplement mesurable par des indicateurs (nombre de réunions, actions réalisées, taux de participation), mais dépend aussi de facteurs tacites, tels que la qualité des liens tissés avec les institutions, la crédibilité des interlocuteurs, ou encore la confiance instaurée au fil du temps.

Synthèse sur les enjeux du dialogue de gestion : des intérêts multiples dans un cadre contraint

Le dialogue de gestion s'inscrit dans un cadre normé, défini par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), qui articule pilotage centralisé et mise en œuvre territoriale. La Cpam y poursuit une logique de performance et de conformité, fondée sur des indicateurs standardisés et une obligation de résultats. Les CPTS, quant à elles, défendent une approche située, attachée à la pertinence locale des actions et à la reconnaissance de leur expertise de terrain.

Cet écart entre logique gestionnaire et ancrage territorial génère des tensions structurelles, renforcées par des moyens jugés insuffisants par les représentants des CPTS, des priorités parfois imposées, et une asymétrie d'information persistante. Le dialogue devient alors un espace de traduction mutuelle, où chacun tente de faire valoir ses contraintes et ses attentes.

À cela s'ajoute une forte hétérogénéité des CPTS : diversité des contextes, des ressources, des modes de coordination et des trajectoires. Cette variabilité rend illusoire une application uniforme du cadre, et oblige à des ajustements au cas par cas. Dans ce contexte, la « maturité » d'une CPTS devient une construction relationnelle, évaluée autant sur la conformité que sur la qualité des liens tissés avec l'institution.

2.3. Un espace de négociation

Lors d'un dialogue de gestion, la Cpam constate que la CPTS n'a pas atteint un indicateur fixé dans le cadre de l'ACI (consultations médicales pour les gardés à vue). En réponse, la CPTS propose de valoriser une autre action menée en parallèle (accompagnement à la mise en place d'une consultation d'urgence pour les habitants du territoire). La Cpam accepte cet ajustement. (Notes d'observation lors d'un dialogue de gestion)

Comme le montre cet extrait d'observation, les dialogues de gestion permettent des négociations. Celles-ci constituent un mode opératoire de l'action publique, qui se manifeste à la fois dans les modalités de négociation, les jeux de légitimité, les tensions entre accords et désaccords, et enfin dans les conditions d'exercice de l'autonomie locale.

2.3.1. La négociation comme mode opératoire de l'action publique

La négociation devient le principal mode opératoire de l'action publique, car elle permet de prendre des décisions. La décision est « le produit d'un arbitrage constant entre faisabilité politique et rationalité économique ou technique, de l'articulation entre *policies* et *politics*, entre l'action politique et ses publics » (Halpern, 2019b). Ici, *policies* renvoient au contenu concret de l'action publique (les programmes, les mesures, les dispositifs mis en œuvre), tandis que *politics* désignent les dynamiques de pouvoir, les rapports de force, les stratégies des acteurs et les contraintes liées au jeu politique.

Dans ce cadre, la montée en puissance de la négociation ne relève pas uniquement d'un ajustement technique, mais traduit une transformation plus structurelle des formes de production de l'action publique. Comme le souligne Jean-Pierre Gaudin en 1999, « l'idée de contractualisation renvoie à celle de négociation généralisée [où] trois nouvelles procédures liées les unes aux autres seraient observables : la négociation explicite, la contractualisation, la médiation » (Gardon *et al.*, 2021). Cette triade permet de saisir le déplacement des modalités traditionnelles de décision vers des dispositifs plus ouverts, où l'accord ne découle plus uniquement d'une autorité hiérarchique mais d'un processus d'ajustement entre acteurs interdépendants.

La contractualisation apparaît ainsi comme une formalisation de la négociation, dans laquelle les engagements réciproques structurent l'action publique tout en laissant place à des marges d'interprétation et d'adaptation. Elle s'inscrit dans une logique de gouvernance hybride, articulant des logiques descendantes de pilotage avec des mécanismes d'adaptation locale. En ce sens, elle constitue un instrument qui conjugue prescription institutionnelle et négociation territorialisée, permettant ainsi d'ajuster l'action publique aux contraintes du terrain tout en maintenant un cadre stratégique défini au niveau central.

Le dialogue de gestion formalise ainsi des rapports d'interdépendance entre acteurs et rend visibles des processus de discussion auparavant plus informels. Il fait vivre la décision publique qui ne peut exister sans matière négociée, sans confrontation d'intérêts et sans production collective de sens.

> « *Il nous faut du grain à moudre pour décider.* »
>
> Cpam

> « *On a la liberté de renégocier chaque année des indicateurs, de faire des propositions, voir en cours d'année s'il y a des choses qui bloquent. La Cpam du Val-de-Marne nous permet aussi de la ré-interpeller en cours d'année, soit pour rajouter ou modifier des indicateurs.* »
>
> CPTS Carquenée

Ce deuxième témoignage illustre clairement le fait que le dialogue de gestion n'est pas une contractualisation rigide ou unilatérale, mais un espace d'ajustement, un « entre-deux » entre pilotage et partenariat. Le caractère renouvelable et flexible du dispositif ouvre la possibilité d'une régulation continue. Il autorise notamment la renégociation des indicateurs cibles annuels, la reformulation d'objectifs selon les contraintes opérationnelles, la prise en compte d'événements imprévus ou de contextes locaux particuliers.

Ces marges d'ajustement renvoient à une forme de gouvernance pragmatique, soucieuse de résultats mais consciente des écarts entre normes idéales et réalités pratiques. Si l'enjeu financier est réel, les indicateurs permettent de suivre la réalisation des objectifs contractualisés et conditionnent le versement de la part variable du financement des CPTS. Toutefois, ces indicateurs ne semblent pas relever prioritairement d'une logique de comparaison statistique des performances, dans laquelle leur standardisation serait essentielle, mais plutôt d'un outil de suivi et de modulation du financement, dont les modalités peuvent être ajustées aux réalités locales. Dès lors, l'enjeu du dialogue de gestion ne se limite pas à l'attribution de ressources financières : il réside également dans la reconnaissance institutionnelle de l'activité des CPTS et dans la possibilité de faire valoir les contraintes propres à leur territoire. La performance s'évalue ainsi au prisme de la négociation, des résultats convenus et de la capacité d'adaptation des structures locales. La place accordée à la co-construction rapproche le dialogue de gestion du modèle de l'État managérial (Bezes, 2009b), davantage que du modèle bureaucratique classique.

En définitive, ce qui est négocié dans le dialogue de gestion ne se limite pas à des indicateurs ou à des montants budgétaires. Ce sont des manières de faire, des représentations de la performance, des cadres de légitimité locale. Si la dimension financière ne peut être écartée, la possibilité d'ajuster les objectifs témoigne d'un enjeu plus largement institutionnel et symbolique, qui est de faire reconnaître les spécificités de l'action des CPTS. Le processus met ainsi en tension deux rationalités : celle de la mesure et du contrôle par les résultats, et celle d'une action située, contextualisée et ancrée dans les pratiques de soins.

> *« Les indicateurs quantitatifs sont parfois inadaptés […], la Cpam exige des résultats, et il peut même y avoir des sanctions si les résultats ne sont pas atteints, alors que les efforts qualitatifs ne sont pas pris en compte. »*
>
> CPTS Carquenée

> *« On essaie de s'adapter. […] Une réunion prévue en novembre a été faite début janvier, mais si c'était dans l'indicateur 2024, on peut le prendre en 2024. »*
>
> Cpam

> *« Le fil rouge c'est de composer entre les indicateurs de la Cpam tout en répondant aux besoins des professionnels du territoire. »*
>
> CPTS Nonnet[3]

À travers les compromis instables qui naissent de ces échanges, se joue l'avenir d'un modèle d'action publique plus relationnel, où le contrat devient un espace de traduction, d'appropriation, et parfois de résistance, et où les représentants des CPTS jouent un rôle d'intermédiaire entre leurs collègues professionnels de santé et les représentants des pouvoirs publics.

---

3 Cette CPTS ne fait pas partie des trois CPTS étudiées de façon approfondie, mais sa coordinatrice a été interrogée lors d'un entretien réalisé dans une phase préparatoire à ce travail.

2.3.2. Une légitimité plurielle dans la négociation

La construction et l'affirmation de sa légitimité à négocier

« Les processus de négociation qui traversent les interactions ordinaires sont indexés sur des « processus d'évaluation périodique » (Strauss, 1992) qui jaugent les légitimités des acteurs et reconfigurent la division du travail politique » (Demazière, 2016). Le dialogue de gestion peut ainsi être qualifié d'arène, c'est-à-dire un lieu formel mais négociable, où se jouent des rapports de pouvoir, de reconnaissance et de légitimation. La ritualisation de la rencontre (programmation annuelle, grille d'indicateurs, comptes rendus) n'élimine pas la marge de jeu ; au contraire, elle formalise des formes de négociation, dans une logique de reconnaissance réciproque et de légitimation des rôles.

L'analyse des échanges des dialogues de gestion peut être éclairée par la sociologie de la présentation de soi développée par Erving Goffman (1973). Dans ce cadre, les acteurs « jouent un rôle » en ajustant leur discours, leur posture, et leurs récits d'action à la scène sociale dans laquelle ils évoluent.

D'un côté, les représentants des CPTS construisent une mise en récit de leur légitimité locale. Ils mobilisent leur connaissance du terrain, leur capacité à faire coopérer des professionnels souvent dispersés et leur compréhension fine des besoins de la population :

> *« On a réussi à réunir les kinés, les pharmaciens, les médecins autour de la table, ce n'était pas gagné au départ. »*
> CPTS Carquenée

Cette valorisation est d'autant plus marquée que les CPTS se savent parfois « jugées » à travers des indicateurs qu'elles estiment décalés de leur réalité :

> *« On est bien conscients qu'on n'a pas tout rempli, mais on a amorcé le dispositif. »*
> CPTS Voillac

Ces discours révèlent une tension entre deux logiques de légitimation.

La Cpam incarne une légitimité rationalo-légale (Weber, 1922) : elle agit au nom de l'État, de la régulation des ressources et de la conformité à un cadre normatif. Elle s'appuie sur une vision gestionnaire, centrée sur l'efficience, la transparence, l'équité d'allocation des ressources.

À l'inverse, les CPTS revendiquent une légitimité professionnelle et territoriale, enracinée dans leur capacité à répondre à des besoins de santé concrets sur le terrain (par exemple, accéder à un médecin traitant ou bénéficier d'une intervention de dépistage). Leur autorité repose sur l'ancrage local, la mobilisation de professionnels engagés, la pertinence de leurs actions dans des contextes souvent complexes.

Cette tension entre légitimité « rationnelle-légale » et légitimité d'usage (Muller, 2015) crée des frictions, mais aussi des ajustements. Cette dynamique peut être analysée à la lumière des travaux de Boltanski et Thévenot (1991), qui décrivent la coexistence de régimes de justification différents. La Cpam mobilise des principes issus du monde industriel (efficacité, mesure, standardisation) ou du monde civique (intérêt général, équité). Les CPTS, elles, s'appuient souvent sur le monde domestique (confiance, proximité, engagement local).

Lors d'un dialogue de gestion en visioconférence, la Cpam remarque que le nombre de professionnels qui ont participé à une formation est faible. En réponse, les représentants de la CPTS de Bezan expliquent qu'ils privilégient une petite équipe engagée plutôt qu'un grand nombre peu actif. (Notes d'observation lors d'un dialogue de gestion)

Dans certains dialogues, ces univers de justification entrent en collision. Par exemple, l'équipe de la Cpam demande aux membres d'une CPTS de transmettre aux médecins du territoire un formulaire, afin de suivre le nombre de patients inscrits au service d'accès aux soins (SAS), et d'en faire un indicateur de résultats. Or, l'équipe de la CPTS n'a pas accès à la liste des médecins inscrits dans ce dispositif. Un membre de la CPTS de Bezan explique pourquoi cet indicateur n'est pas envisageable :

> « *Nous ne pouvons pas appliquer ce protocole tel quel sur le terrain. On ne peut pas travailler à l'aveugle, si on ne sait pas quel médecin accepte les soins non programmés. On ne peut pas faire de la médecine secrète. Il ne faut pas nous donner des indicateurs contradictoires.* »
>
> CPTS Bezan

Cet exemple souligne le risque de faire reposer sur les CPTS une responsabilité qui incombe aux institutions de régulation : plutôt que de structurer un système d'information permettant de suivre la participation des médecins au SAS, la Cpam sollicite la CPTS pour collecter elle-même ces données auprès des professionnels.

La négociation devient alors un espace de traduction entre des rationalités différentes, dont la cohabitation repose sur des ajustements continus.

Une mobilisation plurielle des registres de justification

Pour défendre leurs positions dans le dialogue de gestion, les acteurs des CPTS s'appuient sur plusieurs registres légitimes. Ils combinent leur expertise médicale et éthique professionnelle, leur expérience concrète de travail sur le territoire, ainsi que le langage administratif et managérial qu'ils adoptent pour répondre aux attentes institutionnelles. Ce mélange leur permet non seulement de renforcer leur crédibilité auprès des différents interlocuteurs, mais aussi de pointer les incohérences ou tensions dans les objectifs fixés par la Cpam.

Ce jeu sur les registres de légitimité (Piteau, 2021) est aussi une stratégie pour négocier plus efficacement, en alternant entre argumentation technique, appel à la réalité du terrain, et usage réfléchi du jargon institutionnel. Dans ces interactions, chaque acteur joue un rôle soigneusement construit (Goffman, 1973) afin d'influencer le cadrage général, tout en gardant la capacité d'adapter son discours selon l'auditoire.

Dans la mission 2, « organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient », le parcours santé mentale est composé de plusieurs indicateurs de moyens, dont un intitulé « formation des professionnels de santé (repérage, adressage, suivi) » avec pour indicateur « transmission par la CPTS du compte rendu de la formation (programme, nombre de participants, évaluation de la satisfaction…) ».

> « *Ce n'est pas en passant par les formations qu'on avance, on ne va pas inscrire nous même les professionnels de santé. Moi-même je ne la ferai pas.* »
>
> Membre d'une CPTS, notes d'observation d'un dialogue de gestion

La Cpam mobilise principalement un registre gestionnaire, technique et normatif, qu'elle manie avec précision pour structurer le dialogue et maintenir le cap sur les objectifs nationaux. Pour autant, cette institution sait aussi utiliser un registre plus pédagogique et incitatif, jouant parfois le rôle de guide ou d'accompagnateur. En ajustant son langage, elle cherche à ouvrir un espace de négociation sans renier son rôle de garant des règles. Elle alterne entre le marteau du contrôle et le levier de l'accompagnement.

> « *Ce n'est pas une évaluation quantitative. C'est une volonté de notre part de nous intéresser à ce dispositif.* »
>
> Cpam

> « *On peut faire des points plus régulièrement dans l'année. Comme ça, on voit sur quels indicateurs ils partent, et on leur dit de quelle pièce justificative ils auront besoin.* »
>
> Cpam

Les rapports sociaux dans la négociation

Par ailleurs, la légitimité, la crédibilité et la place occupée dans le dialogue de gestion sont loin d'être uniquement déterminées par les fonctions formelles ou le contenu des actions présentées. Elles sont aussi conditionnées par des caractéristiques sociales telles que le genre, l'âge, ou le statut professionnel. Du côté des CPTS comme de celui de la Cpam, ces attributs façonnent des rapports différenciés à la parole, à l'autorité et à la reconnaissance. Une jeune coordinatrice sans formation médicale, par exemple, peut être perçue comme moins légitime qu'un médecin coordinateur retraité, bénéficiant d'un capital symbolique plus en phase avec les normes implicites de l'institution (Bourdieu, 1980).

Le métier, l'expérience, mais aussi l'allure et l'aisance dans les codes du milieu (langage, posture, registre), entrent ici en jeu et orientent à la fois les manières de se présenter et la manière dont on est perçu.

Ces inégalités de légitimité peuvent créer des asymétries dans les échanges. La parole d'un médecin expérimenté pourra ainsi être plus facilement entendue ou valorisée, tandis que celle d'une jeune professionnelle ou d'un acteur non médical pourra être soumise à un examen plus critique, voire à un rejet implicite, comme dans cet exemple où un médecin répond à une proposition de la Cpam :

> « *Vous n'allez pas m'apprendre mon métier.* »
>
> Notes d'observation d'un dialogue de gestion

Ainsi, l'efficacité de l'échange peut aussi dépendre de qui parle, et non seulement de ce qui est dit. En ce sens, le dialogue de gestion peut devenir un espace où se rejouent des rapports sociaux ordinaires, parfois inégalitaires, entre genres, professions et générations, pouvant impacter la qualité de la co-construction et la dynamique collaborative censée soustendre le dispositif.

2.3.3. Entre convergences et désaccords

Le dialogue de gestion, loin de se réduire à un dispositif technocratique et standardisé, constitue un véritable espace d'interprétation, de mise en scène et de négociation des priorités de l'action publique locale. Il traduit simultanément les attentes des professionnels, les contraintes imposées par les institutions et les ressources relationnelles mobilisées par chacun des partenaires. Ce ne sont pas seulement les procédures qui en déterminent l'issue, mais bien les stratégies déployées par les acteurs, leur capacité d'influence et la qualité des interactions qu'ils entretiennent, lesquelles contribuent à l'élaboration d'un compromis ajusté aux intérêts de chacun.

> « *On va pouvoir orienter et on va pouvoir se nourrir pour influencer.* »
>
> Cpam

Oscillant entre adhésion, résistances et tensions, le dialogue de gestion met ainsi en lumière la complexité d'une action publique contractuelle dont l'efficacité repose moins sur la règle que sur l'aptitude à produire des arrangements pragmatiques et soutenables dans des contextes locaux variés.

Des convergences favorables : un levier d'accélération

Dans certaines configurations, le dialogue de gestion joue pleinement son rôle de levier de coordination, en permettant l'alignement entre les objectifs nationaux et les dynamiques territoriales déjà portées par les CPTS. Ce croisement favorable donne lieu à des interactions fluides, marquées par la reconnaissance mutuelle des contraintes et des initiatives.

> « *La Cpam est clémente, quand même, parce que parfois, on fait beaucoup d'actions en dehors de la maquette d'indicateurs, et ils les prennent en compte.* »
>
> CPTS Carquenée

Ces moments de reconnaissance sont vécus comme des formes de valorisation du travail engagé, au-delà des seuls critères d'évaluation. Ils permettent d'élargir le périmètre d'action des CPTS, d'asseoir leur légitimité dans le paysage institutionnel local, et de renforcer la qualité des relations avec les partenaires.

> « *Avec le dialogue de gestion, on apprend de l'autre. Ils apprennent un peu plus de ce que c'est que le choix. Et nous-mêmes, on apprend ce que c'est que l'administration de la santé et les contraintes de l'administration de la santé. C'est une sorte de transculturation. Et donc ça, pour moi, c'est très positif.* »
>
> CPTS Bezan

Ici, la coopération produit des effets d'accélération : la légitimité institutionnelle et la légitimité territoriale ne s'opposent pas, elles s'entrelacent.

Au-delà du contenu contractuel, la qualité de la relation interpersonnelle entre les coordinateurs de CPTS et les chargés de mission Cpam joue un rôle déterminant. La confiance, la capacité d'écoute, ou encore le style de communication influencent directement le degré de flexibilité accordé dans l'interprétation du cadre.

Ce facteur « humain » est bien documenté dans les analyses instrumentales (Genard, 2008), qui rappellent que les instruments de l'action publique ne fonctionnent pas indépendamment des relations sociales qui les portent. Une bonne entente peut ainsi permettre de contourner des rigidités administratives ou d'ouvrir des marges de négociation non prévues initialement.

Des résistances passives

À l'inverse, des formes de résistance, souvent passives, apparaissent lorsque les CPTS sont confrontées à des indicateurs jugés inadaptés, flous ou trop contraignants. Ces tensions concernent particulièrement les indicateurs quantitatifs, qu'ils soient de moyens ou de résultats (taux de patients en affection longue durée (ALD) suivis par un médecin traitant, nombre de professionnels de santé installés) qui ne reflètent pas, selon les CPTS, les efforts fournis localement.

Lors du dialogue de gestion, l'équipe de la CPTS de Carquenée détaille avec précision les actions mises en œuvre pour favoriser l'installation de professionnels de santé sur le territoire : mise à disposition temporaire d'un local, campagne de communication ciblée auprès des habitants, et mise en lien avec les acteurs locaux. Cependant, aucun professionnel ne s'est effectivement installé sur la période. Les membres de la CPTS insistent sur le fait que la décision d'installation dépend in fine *des professionnels eux-mêmes, et échappe à leur pouvoir d'action direct. Le coordonnateur de la Cpam reconnaît pleinement cette réalité et dit comprendre ces difficultés, mais il précise que, malgré cette compréhension, le calcul de l'indicateur ne peut être modifié. Ce facteur exogène n'est donc pas intégré dans l'analyse officielle de la performance.* (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Dans ces cas, les CPTS développent des tactiques d'évitement ou de temporisation : réponses partielles, documents transmis au dernier moment, interprétation souple des indicateurs, ou développement d'initiatives hors cadre pour répondre aux besoins du terrain. Ces résistances ne relèvent pas toujours d'un rejet du dialogue lui-même, mais plutôt d'un décalage entre la norme administrative et les réalités professionnelles.

Ces tensions sont renforcées chez les CPTS les plus jeunes ou les moins expérimentées, où le dialogue de gestion peut être vécu comme un moment de mise à l'épreuve.

> « *Moi, je trouve qu'on y va avec un esprit militant. C'est-à-dire qu'on y va pour ne pas se faire démonter les premières années.* »
>
> CPTS Carquenée

Des conflits ouverts

Dans certains cas, le désaccord dépasse les ajustements ou les malentendus implicites. Le dialogue de gestion devient alors le théâtre de conflits ouverts, portant non pas seulement sur les résultats obtenus, mais sur la pertinence même des indicateurs, des données, ou des méthodes d'évaluation utilisées.

> « *Ça ne sert à rien de nous dire qu'il faut courir le 300 mètres en dix secondes alors qu'on n'est pas capable de le faire en 20 secondes.* »
>
> CPTS Voillac

> « *Leur regard est intéressant mais parfois, on a l'impression qu'ils nous définissent un objectif dans la maquette des indicateurs pour 2025 qui n'est pas dit comme nous le souhaiterions. […] On a l'impression qu'ils veulent nous emmener sur un chemin sur lequel on n'est pas du tout prêts à aller. Donc on y retourne et on va rediscuter.* »
>
> CPTS Voillac

Le conflit, dans le cadre du dialogue de gestion, ne relève pas d'un simple dysfonctionnement : il peut devenir un levier d'ajustement normatif, débouchant sur des adaptations locales des indicateurs ou des objectifs. Ce processus révèle la nature négociée de l'instrument, qui ne se réduit pas à une application verticale des règles, mais fonctionne comme un espace de régulation souple (Lascoumes et Le Galès, 2005). En tant qu'instrument d'action publique, le dialogue de gestion tire son efficacité non de sa structure seule, mais de son appropriation par chaque acteur.

2.3.4. Une autonomie sous conditions

Le dialogue de gestion illustre une forme de gouvernance contractuelle fondée sur un équilibre fragile entre autonomie locale et conformité institutionnelle. Les CPTS bénéficient d'une certaine latitude pour adapter leurs actions aux réalités de terrain, mais cette autonomie reste strictement encadrée par des objectifs standardisés, des indicateurs chiffrés et une logique d'évaluation descendante. Il s'agit d'« être autonome tout en restant conforme » (Pollitt *et al.*, 2004).

Cette tension est au cœur des nouveaux modes de gouvernance publique (Bezes, 2009a), qui promeuvent une flexibilité contrôlée : une capacité d'initiative encadrée par les dispositifs de suivi et les priorités de gestion de l'institution. Le dialogue de gestion devient alors un espace de co-construction asymétrique : les CPTS participent à la définition des actions, mais dans un cadre prédéfini par l'Assurance maladie, qui conserve le pouvoir d'arbitrage final.

Dans ce cadre, les CPTS mobilisent leur ancrage territorial pour faire valoir leur légitimité d'action :

> « *On y va pour discuter et pour se faire connaître, faire savoir, et montrer ce qui vient du terrain, ce qu'il est possible de faire.* »
>
> CPTS Carquenée

Mais elles doivent en retour se conformer à un formalisme gestionnaire, qui exige de rendre compte, de chiffrer, de justifier :

> « *Parce que souvent, la question qu'on se pose, c'est : qu'est-ce qu'ils font de l'argent ?* »
>
> Cpam

Ce rapport asymétrique s'inscrit dans une logique « consistant à rendre visible et contrôler le déroulement du travail » (Boussard, 2009), où la reconnaissance institutionnelle repose sur la capacité à produire des résultats, selon les formats attendus. Autrement dit, l'autonomie des CPTS n'est pas structurelle, mais conditionnée :

> « *Ce ne sont pas des structures… Là, effectivement, il y a de l'argent, mais ce n'est pas une structure qui va avoir son autonomie propre.* »
>
> Cpam

Synthèse sur les enjeux du dialogue de gestion : un espace de négociation

Loin d'être un simple exercice administratif, la négociation qui se joue entre les professionnels porteurs de CPTS et les représentants de la Cpam prend la forme d'un espace d'interactions codifiées, où se construisent, et parfois s'affrontent, des logiques d'action distinctes. En tant que mode opératoire de l'action publique contemporaine, cette négociation traduit une volonté de co-construction, mais sous contrainte, entre des acteurs aux ressources, aux objectifs et aux référentiels parfois divergents.

Ce processus engage des formes plurielles de légitimité : celle, institutionnelle et normative, des pouvoirs publics, et celle, pragmatique et territorialisée, des professionnels de santé libéraux. Les dialogues instaurés ne se limitent donc pas à la répartition de missions ou de financements, ils cristallisent des tensions autour des rôles respectifs, des priorités d'action, et des modalités de reconnaissance du travail de terrain. Entre convergences d'intérêts et désaccords persistants, la négociation devient un lieu de régulation des rapports de force, mais aussi un espace de traduction entre univers professionnels aux rationalités différentes.

L'autonomie revendiquée par les CPTS s'exerce alors dans un cadre balisé, où les marges de manœuvre sont conditionnées par les attentes institutionnelles. Cette autonomie sous conditions souligne l'ambiguïté de la relation : les CPTS sont à la fois objets et sujets de la politique publique, prises dans une dynamique où se joue la reconfiguration des pouvoirs, des responsabilités et des pratiques professionnelles à l'échelle locale.

Ainsi, la négociation ne se résume pas à une coordination technique ; elle est le théâtre d'une coproduction fragile entre initiative locale et cadrage national, révélant l'interdépendance croissante des acteurs dans la mise en œuvre des politiques de santé territoriale.

2.4. Un espace d'appropriation : des stratégies face à l'instrumentation

Lors de la troisième date du dialogue de gestion, la CPTS Bezan propose un nouvel indicateur. La Cpam demande d'expliquer ce choix, et si l'indicateur pourra être complété et l'objectif atteint. La CPTS répond que l'action s'organise déjà et que les premières étapes ont été mises en place au cours de l'année grâce aux fonds propres de la structure. La Cpam précise que, si la validation finale semblait compromise, il serait possible d'attendre encore un an avant de l'intégrer formellement dans la maquette. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Dans cet extrait d'observation, les représentants de la CPTS prennent l'initiative d'une nouvelle action, à inscrire dans les actions financées grâce à l'ACI. En réponse, l'équipe de la Cpam exprime son souci que la CPTS atteigne les objectifs qu'elle s'est fixés, et que les indicateurs choisis rendent compte de cette atteinte, quitte à reporter l'inscription de l'action dans la maquette pour en garantir le développement dans les meilleures conditions. Loin d'être de simples exécutantes d'une politique descendante, les CPTS adoptent des postures stratégiques lors du dialogue de gestion, face aux instruments de pilotage. Elles négocient, contournent, adaptent ou réinterprètent les cadres prescrits selon leurs ressources, leurs priorités et leur position dans l'arène locale. À travers ces pratiques, elles démontrent que les instruments ne s'imposent jamais mécaniquement, mais donnent lieu à des appropriations variables, situées et parfois critiques (Lascoumes et Le Galès, 2005). Dans le cas présenté ci-dessus, les professionnels de la Cpam se positionnent d'ailleurs en soutien à une appropriation des instruments plus favorable aux professionnels de la CPTS, témoignant ainsi d'une certaine flexibilité institutionnelle qui permet d'accompagner ces initiatives, sans pour autant renoncer aux exigences de pilotage et de contrôle.

2.4.1. Adapter ses pratiques et conformité stratégique

Derrière le dialogue de gestion se joue aussi une relation de dépendance asymétrique, caractéristique de ce que Pfeffer et Salancik nomment en 1978 la théorie de la dépendance aux ressources (Charreire-Petit, 2017). Les CPTS, dépendantes du financement octroyé via les ACI, ajustent leurs pratiques pour garantir l'accès à ces ressources. Dans ce contexte, la conformité aux normes administratives devient un levier stratégique pour assurer leur légitimité institutionnelle.

> « *On essaye de colorer ou formater les pièces justificatives dans la vision un peu de la Cpam.* »
>
> CPTS Carquenée

La reddition des comptes pour obtenir les financements pousse les CPTS à surinvestir la production de preuves, au risque de privilégier la forme sur le fond. On assiste ainsi à un effet performatif des instruments, où les acteurs adoptent des pratiques mimétiques pour répondre aux attentes : *reporting* standardisé, indicateurs valorisables, conformité formelle aux attendus. Ce phénomène correspond à ce que Powell et DiMaggio désignent en 1991 par le terme d'« isomorphisme normatif », lié au processus de professionnalisation. La professionnalisation se comprend ici comme « l'ensemble des efforts collectifs des membres d'une profession pour définir leurs conditions et méthodes de travail et établir une base légitime à leurs activités, leur garantissant un degré d'autonomie suffisant » (Huault, 2017).

Dans ce contexte, la performance déclarée tend à primer sur l'expérience réelle des actions locales, soulignant une possible déconnexion entre les pratiques formelles adoptées pour légitimer l'action et la réalité vécue sur le terrain.

Ce processus produit ce que certains auteurs nomment une conformité stratégique : un ajustement tactique aux règles du jeu institutionnel, motivé moins par une conviction sur la pertinence des instruments que par la nécessité d'être reconnu, financé, soutenu. Dans ce contexte, le dialogue de gestion devient le théâtre d'une performance administrative, où il s'agit moins de débattre collectivement que de démontrer, dans un format imposé, la valeur et la conformité de l'action locale.

2.4.2. Une sélection tactique des indicateurs

Les CPTS ne traitent pas tous les indicateurs avec le même engagement. Elles opèrent une sélection stratégique : sont privilégiés les indicateurs qu'elles peuvent facilement documenter, ceux qui valorisent des actions déjà en place ou qui offrent un retour symbolique ou budgétaire élevé. À l'inverse, les indicateurs plus coûteux à construire, complexes à justifier, ou perçus comme peu utiles localement, sont minimisés, voire évités.

> « *On essaye de voir si les pièces justificatives correspondent aux attentes de la Cpam. C'est-à-dire, comme maintenant, on sait un petit peu ce qu'ils attendent. C'est vrai qu'on anticipe un petit peu sur combien de personnes on va toucher [...] pour choisir les indicateurs.* »
>
> CPTS Carquenée

Ce tri reflète une logique d'optimisation face à la contrainte : les CPTS arbitrent entre l'effort à fournir, les ressources disponibles (temps, données, compétences), et les bénéfices escomptés. Cette dynamique confirme l'idée selon laquelle un instrument ne produit pas

automatiquement l'usage attendu, mais fait l'objet d'appropriations différenciées en fonction des contextes et des intérêts des acteurs (Lascoumes et Le Galès, 2005).

> « *Il faut s'arranger pour présenter des indicateurs qui sont quand même valorisables chaque année, même si le projet s'étale sur trois-quatre ans.* »
>
> CPTS Bezan

Ces propos illustrent une forme de bricolage stratégique : les acteurs locaux adaptent les indicateurs pour les rendre compatibles avec les échéances institutionnelles, quitte à ajuster partiellement la lecture du projet de long terme afin de le rendre « présentable » dans le cadre annuel.

Dans le même sens, un autre extrait d'entretien apporte un éclairage complémentaire sur les limites perçues dans cette appropriation :

> « *Les idées sont là, mais les méthodes sont peut-être manquantes.* »
>
> CPTS Bezan

Cette remarque met en évidence un enjeu plus structurel que la seule sélection des indicateurs. Elle suggère que les difficultés ne résident pas uniquement dans le choix ou l'arbitrage entre différents indicateurs, mais dans la capacité à disposer de cadres méthodologiques suffisamment stabilisés pour traduire les intentions en modalités de suivi opérationnelles. Autrement dit, ce n'est pas tant l'absence de vision qui est en jeu, que la difficulté à outiller cette vision de manière cohérente et durable.

2.4.3. Une réappropriation critique des outils

Dans certains cas, les CPTS vont plus loin et développent une réflexivité critique sur le sens même des missions imposées. Elles questionnent la pertinence de certains indicateurs, la logique de performance qui les sous-tend, ou encore l'adéquation des instruments avec les enjeux de terrain. Cette critique ne vise pas seulement l'efficacité des outils, mais leur légitimité normative.

Lors d'un dialogue de gestion, la discussion porte sur la mission 4 (« risque sanitaire »). La CPTS explique n'avoir effectué aucune mise à jour du formulaire, car aucun changement n'était nécessaire. La Cpam valide cette position en précisant que, dans ce cas, l'absence de modification est conforme aux attentes et que le financement sera tout de même accordé. La CPTS propose alors d'utiliser cette enveloppe pour organiser une formation (sur un des risques de crise sanitaire), qui bénéficierait non seulement à ses membres mais aussi à d'autres acteurs du territoire, afin d'aligner les pratiques et améliorer l'efficacité collective. La Cpam propose que cela soit rediscuté avec l'ARS. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Inspirée des travaux sur le statactivisme (Bruno *et al.*, 2014), cette posture de réappropriation critique met en lumière un rapport conflictuel aux instruments, perçus non plus comme des supports neutres, mais comme des vecteurs de prescriptions éloignées des pratiques professionnelles. On retrouve ici une forme d'action publique symbolique (Lascoumes et Simard, 2011), où le sens des actions devient aussi un objet de débat.

À travers ces critiques, les CPTS s'opposent à une lecture strictement technocratique de la santé territoriale, défendant une approche plus qualitative, ancrée dans l'éthique

professionnelle et les savoirs d'usage. Pour ce faire, elles mobilisent différents registres de justification (Piteau, 2021) : soin, efficacité, équité, bon sens local, mais aussi performance, lorsqu'il s'agit de convaincre l'administration.

Lors d'un échange en dialogue de gestion, la CPTS Bezan remet en question la pertinence de certaines actions proposées dans le cadre de la mission « organisation des soins ». Elle affirme que certaines d'entre elles ne correspondent pas aux besoins réels du terrain et qu'il s'agit d'une évidence pour les professionnels de santé. Selon eux, le caractère pertinent ou non d'une action relève du bon sens, car leur proximité avec les patients leur permet d'identifier immédiatement ce qui fonctionne ou non dans la pratique. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

2.4.4. Un activisme contractuel au service des priorités locales

Certaines CPTS mobilisent même le dialogue de gestion comme un espace stratégique, une tribune permettant de valoriser leurs propres priorités territoriales. Il s'agit alors de renverser partiellement le cadrage : non plus seulement répondre aux attentes de la Cpam, mais utiliser ce moment pour faire entendre leur lecture des enjeux de santé, proposer d'autres axes d'action, ou encore orienter les choix budgétaires.

Cette posture d'activisme contractuel fait du dialogue un véritable outil politique, utilisé comme levier d'influence au cœur même du cadre de négociation. « Le type de procédure autorise de façon pragmatique une mise en forme, d'ailleurs plus politique que juridique, d'engagements partenariaux » (Gaudin, 2019). Elle implique non seulement une maîtrise fine du dispositif, mais aussi la capacité à produire un discours structuré et légitime face à l'institution, afin de peser sur les orientations et d'élargir la marge de manœuvre des acteurs locaux.

La CPTS Carquenée, travaillant sur les problématiques dermatologiques, explique, lors d'un dialogue de gestion, qu'elle travaille déjà avec des dermatologues sur certaines maladies de peau. Elle propose d'utiliser le temps et les moyens prévus par l'indicateur pour élargir cette démarche à d'autres professionnels comme les kinésithérapeutes, voire des coiffeurs, en les formant à détecter les premiers signes visibles d'une maladie chez leurs patients ou clients. Elle cherche ainsi à étendre le périmètre des actions prévues initialement, en défendant une approche territoriale plus large et innovante, nécessitant davantage de fonds. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Ces stratégies différenciées face à l'instrumentation du dialogue de gestion confirment que l'appropriation des politiques publiques ne peut se décréter, et qu'elle dépend étroitement des contextes, des ressources et des intérêts en jeu. Loin de produire des effets homogènes, le même instrument peut susciter des usages coopératifs, conflictuels ou tactiques, selon les configurations territoriales. Ce faisant, les CPTS apparaissent comme des acteurs politiques à part entière, qui, tout en évoluant dans un cadre normé, contribuent à le modeler de l'intérieur.

Synthèse sur les enjeux du dialogue de gestion : un espace d'appropriation

Sous la contrainte du financement conditionné, les CPTS adoptent des logiques de conformité stratégique : elles adaptent leurs pratiques non par adhésion aux instruments, mais pour répondre aux attentes formelles de la Cpam et sécuriser leur légitimité.

Certaines vont plus loin, en développant une posture réflexive sur les outils eux-mêmes, questionnant leur pertinence ou leur adéquation aux réalités du terrain. D'autres utilisent le dialogue de gestion comme un espace d'ajustement ou de valorisation, pour mettre en avant des actions jugées prioritaires localement, même si elles sortent partiellement du cadre prévu.

Le dialogue de gestion devient alors un espace de régulation mutuelle, à la fois contraint et ouvert, où les CPTS négocient, ajustent et réinterprètent les instruments selon leurs besoins, leurs ressources et les marges disponibles.

2.5. Un espace de régulation : lieu de cadrage et de mise en scène du consensus

Lors d'un dialogue de gestion, les membres de la CPTS ont exprimé des désaccords avec la Cpam concernant le maintien d'une action intitulée « coordination entre les professionnels de santé autour de la gestion du risque médicamenteux », initialement inscrite dans la mission 2 : « organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient ».

Une partie des professionnels de santé de la CPTS, rejointe par la Cpam, considérait qu'il était nécessaire de maintenir cet objectif en tant qu'action autonome, au regard de ses enjeux en matière de réduction des hospitalisations, des coûts, de la mortalité et des situations de pénurie. À l'inverse, d'autres acteurs de la CPTS mettaient en avant la complexité de sa mise en œuvre, estimant qu'elle ne pouvait être pleinement opérationnalisée dans ce cadre, ni faire l'objet d'un indicateur de suivi pertinent en tant que tel.

À l'issue des échanges, un compromis a été trouvé entre la Cpam et les acteurs de la CPTS. L'action a été retirée de la mission 2 obligatoire pour être réinscrite dans la mission 5, « développement de la qualité et de la pertinence des soins », sous une forme plus ciblée : « Développer et évaluer une démarche de conciliation médicamenteuse entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine pour les patients de plus de 75 ans, polymédiqués, afin de prévenir les risques d'iatrogénie médicamenteuse. »

Ce compromis permet de maintenir l'ambition initiale tout en la rendant plus opérationnelle. Il repose sur un indicateur plus précis, centré sur une population clairement définie et donc plus accessible, ainsi que sur un objectif recentré sur l'expérimentation et l'évaluation d'une démarche spécifique, plutôt que sur l'organisation d'un parcours pluriprofessionnel étendu. Il contribue également à sécuriser la mise en œuvre de l'action en limitant les risques de non-atteinte des objectifs et les conséquences financières associées. (Notes d'observation d'un dialogue de gestion)

Le dialogue de gestion entre la Cpam et les CPTS constitue un espace singulier de régulation où s'opèrent à la fois cadrage technique, négociation des tensions et mise en scène d'un consensus fragile, permettant d'articuler des logiques institutionnelles et des besoins locaux parfois divergents.

2.5.1. Le cadrage technico-administratif des conflits

L'un des effets structurants du dialogue de gestion réside dans sa capacité à reformuler les tensions en termes technico-administratifs, neutralisant ainsi leur portée conflictuelle. Ce processus s'inscrit dans une logique de dépolitisation des différends, où les désaccords sur les finalités ou les priorités territoriales sont transposés dans un langage de gestion : pièces justificatives manquantes, indicateurs imprécis, difficultés de *reporting*.

Ce cadrage rejoint l'analyse cognitive des politiques publiques (Muller, 2000), selon laquelle les instruments de gestion ne sont jamais neutres : ils configurent ce qui peut être dit, vu et contesté. Le cadre de l'ACI, en imposant des formats d'évaluation standardisés, canalise ainsi les désajustements dans une forme de rationalité comptable et procédurale.

Côté CPTS, ce décalage entre logique d'action locale et logique d'indicateurs est parfois explicitement mis en question, mais toujours dans des termes compatibles avec l'échange :

> « *Quand je porte des projets, je fais attention que ce soient des indicateurs qui indiquent sur l'action qui est faite [...] Quand c'est chiffré et que c'est un process, je veux bien. Mais quel est l'intérêt du chiffre ? Qu'est-ce que signifie un chiffre ?* »
>
> CPTS Bezan

Côté CPAM, les interactions semblent même ritualisées :

> « *C'est un peu comme une bête sauvage qu'on apprivoise.* »
>
> Cpam

> « *Il faut rester calme, accepter l'autre tête en face, parce qu'il n'y a rien de personnel.* »
>
> Cpam

En traduisant les désaccords en problèmes de forme ou de méthode, les outils de gestion jouent un rôle de pacification procédurale. Ils n'éteignent pas les divergences, mais les rendent traitables dans un cadre stabilisé, évitant l'affrontement frontal tout en imposant leur propre langage.

2.5.2. Une rhétorique du bien commun comme outil de légitimation

Les arbitrages opérés dans le cadre du dialogue de gestion s'appuient souvent sur une rhétorique du bien commun, mobilisant des valeurs consensuelles telles que la santé publique, l'équité ou l'efficacité collective. Ce registre s'applique particulièrement aux questions de santé, « conçues comme un lieu privilégié d'engagement et de cristallisation des luttes politiques et sociales » (Hamarat, 2015), et fonctionne comme un puissant dispositif de légitimation, difficilement contestable : qui pourrait s'opposer à une action présentée comme étant « dans l'intérêt général » ?

Du côté des Cpam, mais aussi des CPTS, cette rhétorique permet d'ancrer les indicateurs dans des finalités supérieures, rendant les objectifs plus acceptables :

> « *L'objectif à terme, c'est de se dire que pour ces personnes âgées, on a réussi à faire baisser le taux de réhospitalisation à un mois parce que la sortie a été bien préparée, parce qu'il y a eu toutes les informations nécessaires, etc. C'est quand même ça l'objectif, ce n'est pas de mettre en place des avis d'entrée, des avis de sortie, et puis des protocoles, ce n'est pas ça l'objectif en soi, ce sont des moyens.* »
>
> CPTS Bezan

> « *L'objectif, c'est d'avoir un truc croissant, en réalité, on sait bien qu'entre 2 % qui passe à 2,5 ou 2 % qui passe à 1,8, en fait, ce n'est pas significatif [...], le plus important c'est que des choses soient faites.* »
>
> Cpam

En insistant à certains moments sur les intentions plutôt que sur les moyens techniques, les membres de la Cpam désamorcent aussi les critiques sur la rigidité des critères d'évaluation. Mais cette posture peut parfois glisser vers une mise à distance implicite de la capacité réelle des CPTS :

> « *Je pense qu'elles [les CPTS] sont surtout pleines de bonnes intentions.* »
>
> Cpam

Ce registre discursif opère donc à deux niveaux : il légitime les choix d'évaluation en les arrimant à des valeurs universelles, tout en neutralisant les objections, qui pourraient sinon apparaître comme défensives ou particularistes. Il permet ainsi de produire un consensus apparent, même lorsque les intérêts entre tutelles et acteurs locaux demeurent profondément divergents.

2.5.3. Une action collective contrainte mais réelle

Malgré des désaccords persistants, le dialogue de gestion permet l'émergence d'une forme de coopération structurée. Cette action collective repose sur une interdépendance stratégique (Crozier et Friedberg, 1977) : les CPTS ont besoin de la Cpam pour valider et financer leurs actions, tandis que la Cpam s'appuie sur les CPTS pour atteindre les objectifs de l'ACI et maintenir une animation territoriale de proximité.

Dans ce cadre, aucun acteur ne peut agir seul ni imposer unilatéralement ses règles. Le dialogue devient un espace de compromis fonctionnel, où chacun ajuste ses revendications aux contraintes de l'autre. Cette coopération est encadrée par une série de rituels administratifs : tableaux de suivi, réunions formelles, comptes rendus, qui participent à la mise en forme de la relation.

Comme le souligne Goffman (1973), ces rituels construisent une mise en scène nécessaire à la reconnaissance mutuelle :

> « *On est dans une démarche collaborative, collective, de prendre le temps de regarder les choses et d'échanger sur ces choses-là, de gestion, c'est le minimum.* »
>
> CPTS Bezan

Du côté de la Cpam, cette logique se double d'une volonté de valoriser la relation :

> « *Comprendre, ce n'est pas une punition. C'est justement de valoriser ce qu'ils font.* »
>
> Cpam

> « *En ayant conscience de la chose, du coup ils essayent de trouver des solutions en essayant de faire du collectif.* »
>
> CPTS Voillac

Cette mise en scène joue un rôle crucial dans le maintien de la relation partenariale. Le dialogue de gestion se présente ainsi comme une véritable scène de légitimation mutuelle. Même en présence de tensions persistantes, les acteurs cherchent à élaborer une version partagée des faits, à la fois politiquement et institutionnellement recevable. L'objectif n'est pas tant de résoudre les désaccords que de bâtir, par l'échange, une coopération viable et publiquement assumée. En ce sens, le dialogue de gestion permet de « faire de l'intérêt général le produit d'une "délibération collective" » (Chevallier, 2003), fondée sur la légitimité issue du dialogue et de la discussion rationnelle entre citoyens dans un cadre institutionnel.

Synthèse sur les enjeux du dialogue de gestion : un lieu de cadrage et de mise en scène du consensus

Le dialogue de gestion, dans le cadre des relations entre Cpam et CPTS, remplit une fonction de régulation bien au-delà de sa dimension opérationnelle. En cadrant les tensions à travers un langage technico-administratif, il transforme les conflits potentiels en objets négociables et mesurables, inscrits dans des dispositifs normés. La rhétorique du bien commun, souvent mobilisée comme levier de légitimation, joue ici un rôle central : elle permet de dépasser les intérêts particuliers en affichant une convergence d'intention autour de l'amélioration de l'offre de soins. Cette mise en scène du consensus, bien qu'elle n'efface ni les désaccords ni les rapports de force, contribue à les rendre compatibles avec les cadres institutionnels. Ce processus permet *in fine* une action collective contrainte, certes, mais réelle, où l'engagement des acteurs locaux prend forme dans les interstices laissés par la structure. Ainsi, le dialogue de gestion apparaît comme un espace de régulation hybride : à la fois instrument de pilotage, arène symbolique et mécanisme de stabilisation de l'action publique territoriale.

PARTIE 3

Les questions que pose le dialogue de gestion

Nous proposons d'explorer quatre questions importantes pour le déploiement d'une action publique territorialisée, négociée entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics : la capacité du cadre institutionnel proposé à répondre aux besoins locaux, les marges d'évolution possibles de ce cadre, les logiques stratégiques qui le sous-tendent, et la recomposition des rapports de pouvoir à laquelle il est susceptible de contribuer.

3.1. Le cadre institutionnel permet-il de répondre aux besoins locaux ?

Le dialogue de gestion cristallise une tension centrale : dans quelle mesure le cadre institutionnel parvient-il à intégrer les spécificités locales plutôt qu'à imposer des objectifs élaborés à distance ? Cette interrogation s'inscrit dans les débats sur la capacité de l'État à réguler des situations territoriales hétérogènes (Warin, 2003 ; Hassenteufel, 2021).

Cette première partie analyse précisément cette question. Elle montre comment le dialogue de gestion tend à uniformiser les missions et les indicateurs, au risque d'appauvrir la diversité des réponses territoriales, et comment la temporalité annuelle de l'évaluation peut entrer en décalage avec les dynamiques plus lentes de coopération et de construction collective.

Dans les faits, certains acteurs parviennent à infléchir partiellement le cadre, notamment en négociant l'introduction d'indicateurs plus adaptés à leurs priorités territoriales.

> « *On a pu négocier un indicateur et ça change tout.* »
> CPTS Voillac

Ces ajustements sont perçus comme des signes d'ouverture et de reconnaissance de la part des institutions :

> « *On apprécie quand on nous écoute.* »
> CPTS Carquenée

Le dialogue de gestion devient alors un lieu d'épreuve de la plasticité institutionnelle : jusqu'où les dispositifs peuvent-ils s'adapter sans compromettre la cohérence nationale ? Jusqu'où les acteurs locaux peuvent-ils faire valoir leurs spécificités sans risquer de sortir du cadre ou de voir leur légitimité remise en cause ?

Ces arbitrages rendent visibles les limites de l'État régulateur (Chevallier, 2003), sommé d'articuler centralisation des normes et autonomie d'acteurs en contexte de territorialisation pilotée.

Cela pose les questions, d'une part, de la standardisation des missions et de l'évaluation des CPTS et, d'autre part, de la temporalité de mise en œuvre de leur évaluation.

3.1.1. Vers une standardisation partielle des missions et des indicateurs ?

Le dialogue de gestion, tel qu'il est structuré par l'ACI, tend à produire une certaine homogénéisation des missions et des priorités des CPTS. Bien que le cadre contractuel laisse place à quelques marges d'adaptation, notamment par la possibilité de choisir certaines actions facultatives, plusieurs missions s'imposent avec un faible degré de négociabilité.

C'est particulièrement le cas de la mission 4 relative à la gestion des crises sanitaires, considérée comme incontournable, quels que soient les enjeux spécifiques des territoires. Ce cadrage centralisé induit une convergence relative des priorités, même lorsque les besoins réels diffèrent fortement d'une zone à l'autre.

> « *On a besoin de mettre un peu plus le paquet sur la prévention… Moi, de toute façon, on n'avait pas besoin de telles sommes pour faire une étude sur la gestion des crises sanitaires.* »
>
> CPTS Voillac

Ce décalage entre les prescriptions nationales et les attentes locales est parfois explicitement formulé par les acteurs de terrain, qui pointent l'inadéquation entre les ressources mobilisées et les urgences sanitaires vécues. Une CPTS évoque ainsi la disproportion des moyens alloués à une mission jugée secondaire par rapport à d'autres chantiers prioritaires, comme la prévention, dont la mise en œuvre nécessite pourtant un engagement fort et des financements ciblés.

Par ailleurs, les outils associés à l'ACI, en particulier les indicateurs, contribuent à structurer les représentations de l'action légitime. Initialement conçus comme des instruments de mesure, les indicateurs évoluent vers un statut normatif : ils finissent par définir ce qu'est une action pertinente, efficace et digne de reconnaissance. Cette transformation des indicateurs en normes de performance influence fortement les choix d'action des CPTS. Les projets les plus simples à documenter, à quantifier ou à faire entrer dans les cases administratives sont favorisés, parfois au détriment de démarches plus ambitieuses mais moins facilement traduisibles dans les formats requis.

> « *La vaccination, même si c'était pertinent, c'était compliqué donc on a laissé tomber.* »
>
> CPTS Bezan

Plusieurs acteurs témoignent d'un renoncement à certaines initiatives, non par manque d'intérêt ou de pertinence, mais en raison de leur complexité à être valorisées dans les indicateurs. Cette dynamique renforce l'idée que l'instrumentation du dialogue de gestion agit comme un filtre sélectif, qui conditionne la visibilité et la reconnaissance des actions locales. Les initiatives atypiques, transversales ou expérimentales peuvent être marginalisées car difficilement intégrables dans les maquettes standards. « Les seuls indicateurs financiers n'apparaissent plus en capacité de traduire l'ensemble des réalités de l'organisation » (Maurel *et al.*, 2020).

Pour pallier ces limites, certaines CPTS développent des stratégies de contournement, comme la constitution de fonds propres pour financer des projets hors ACI.

> « *On constitue des fonds propres pour réaliser des projets en dehors des maquettes.* »
>
> CPTS Bezan

Cette autonomie financière permet de préserver une certaine capacité d'innovation, en dehors des cadres formels du dialogue de gestion. Toutefois, cette solution reste ponctuelle et inégalement accessible selon les ressources des structures.

En somme, l'instrumentation du dialogue de gestion, à travers ses missions obligatoires et ses indicateurs standardisés, tend à structurer l'action des CPTS autour de formats prévisibles et normés. Si elle permet une certaine lisibilité et comparabilité des actions, elle risque aussi de restreindre la diversité des réponses locales et d'occulter certaines initiatives locales.

3.1.2. Une temporalité d'évaluation adaptée à l'action locale ?

L'un des écarts majeurs entre les attentes institutionnelles et les réalités des CPTS concerne la temporalité imposée par le dialogue de gestion. Ce dernier est calé sur un cycle annuel, aligné sur les rythmes budgétaires et administratifs de la Cpam. Or, selon certaines CPTS, ce rythme standardisé est parfois en tension avec les temporalités longues et progressives propres à l'action collective territoriale.

Selon certaines CPTS, déployer une action interprofessionnelle ne se réduit pas à une simple succession d'étapes rapides et visibles. Il s'agit de fédérer des acteurs aux intérêts variés, de créer des routines de coopération, d'installer des modalités de travail commun qui prennent du temps à se consolider. Comme le souligne Bezes (2009a), les réformes inspirées par l'État managérial introduisent des cadres temporels rigides et standardisés, parfois décalés des rythmes réels du travail administratif et professionnel.

> « *Un délai d'un an pour mettre en place quelque chose et avoir un résultat, ce n'est pas suffisant.* »
>
> CPTS Carquenée

> « *Une action qui met deux ans à démarrer n'est pas une mauvaise action. Mais on n'aura pas les sous l'année d'après et on sera pénalisé.* »
>
> CPTS Carquenée

> « *Une action, ça prend du temps, ce n'est pas logique de nous demander un résultat chiffré dès l'année d'après.* »
>
> CPTS Voillac

Cette temporalité administrative, centrée sur la production d'une « efficacité visible » à court terme, entre ainsi en friction avec les logiques d'apprentissage collectif, d'expérimentation et de construction progressive de la coopération. La nécessité d'obtenir des résultats immédiats peut décourager les initiatives à long terme, qui demandent patience et continuité.

Du côté de la Cpam, cette exigence de rythme s'explique par des impératifs de pilotage et de gestion budgétaire : il s'agit de rendre compte annuellement des actions financées, d'assurer un suivi rigoureux des engagements.

> « *Moi je sais qu'il faut valider. Mais c'est vrai qu'il y a parfois trop peu de temps entre les dates.* »
>
> Cpam

Dans ce prolongement, un coordinateur Cpam met en lumière les effets organisationnels de ce rythme discontinu sur la relation de suivi :

> « *On aurait perdu beaucoup moins de temps si on avait pu être plus présent de manière plus constante.* »
>
> Cpam

Ce retour invite à considérer que la question temporelle ne se limite pas à un simple décalage entre deux logiques (administrative et territoriale), mais engage aussi les conditions concrètes de présence, de continuité et d'accompagnement dans le temps. La discontinuité des interactions peut ainsi produire des effets sur la fluidité du suivi, la compréhension des actions engagées et, plus largement, sur la construction progressive d'un pilotage partagé.

Ainsi, la standardisation temporelle du dialogue de gestion traduit une logique de court terme liée à la visibilité des résultats, qui peut entrer en tension avec les dynamiques longues, parfois peu linéaires, des coopérations interprofessionnelles territoriales.

Synthèse sur les questions que pose le dialogue de gestion : un cadre permettant de répondre à des besoins locaux ?

Au-delà de sa fonction de pilotage, le dialogue de gestion constitue un révélateur des tensions qui traversent l'action publique territorialisée. Il matérialise un double mouvement : centralisation des objectifs et territorialisation de la mise en œuvre. En formalisant les relations entre Cpam et CPTS, il met en scène la confrontation entre des outils standardisés de gestion et la diversité des contextes d'action. Cette configuration soulève plusieurs interrogations sur la capacité réelle du cadre à soutenir des réponses locales, adaptées et reconnues. Ce dispositif illustre ainsi les tensions classiques de l'action publique contemporaine : entre standardisation et contextualisation, contrôle et autonomie, temps administratif et temps de l'action collective. Loin d'être un simple outil de suivi, le dialogue de gestion s'apparente à une forme de gouvernement à distance dans laquelle les règles de conformité peuvent parfois primer sur la pertinence des actions. Pourtant, dans les interstices du cadre, se logent des opportunités d'ajustement. Les négociations révèlent un jeu stratégique entre les prescriptions centrales et les capacités d'initiative des acteurs locaux. Ces dynamiques témoignent d'une tentative de conciliation entre logique institutionnelle et compréhension fine des enjeux pour les territoires, où le dialogue de gestion devient tout autant un outil de cadrage qu'un levier d'adaptation.

Au-delà de sa fonction de pilotage, le dialogue de gestion constitue un révélateur des tensions qui traversent l'action publique territorialisée. Il matérialise un double mouvement : centralisation des objectifs et territorialisation de la mise en œuvre. En formalisant les relations entre Cpam et CPTS, il met en scène la confrontation entre des outils standardisés de gestion et la diversité des contextes d'action. Cette configuration soulève plusieurs interrogations sur la capacité réelle du cadre à soutenir des réponses locales, adaptées et reconnues.

Ce dispositif illustre ainsi les tensions classiques de l'action publique contemporaine : entre standardisation et contextualisation, contrôle et autonomie, temps administratif et temps de l'action collective. Loin d'être un simple outil de suivi, le dialogue de gestion s'apparente à une forme de gouvernement à distance dans laquelle les règles de conformité peuvent parfois primer sur la pertinence des actions.

Pourtant, dans les interstices du cadre, se logent des opportunités d'ajustement. Les négociations révèlent un jeu stratégique entre les prescriptions centrales et les capacités d'initiative des acteurs locaux. Ces dynamiques témoignent d'une tentative de conciliation

entre logique institutionnelle et compréhension fine des enjeux pour les territoires, où le dialogue de gestion devient tout autant un outil de cadrage qu'un levier d'adaptation.

3.2. Un cadre en voie de se rigidifier ?

Le dialogue de gestion, pensé à l'origine comme un espace de coordination souple entre les autorités de tutelle et les acteurs territoriaux, pourrait glisser progressivement vers un mode de pilotage plus prescriptif.

Ce changement de nature interroge : le cadre restera-t-il un levier de coopération adaptable, ou deviendra-t-il un dispositif de mise en conformité de plus en plus rigide ? Jusqu'où peut-il conserver sa fonction de médiation tout en répondant à des impératifs de rendement et de contrôle centralisé ?

Cette transformation progressive s'ancre dans une double dynamique : d'un côté, une volonté accrue des tutelles de rationaliser l'utilisation des fonds publics ; de l'autre, un resserrement des objectifs autour des priorités nationales en santé publique. Ce recentrage politique reconfigure les marges de manœuvre des CPTS, appelées à répondre davantage à des logiques descendantes qu'à leurs propres diagnostics territoriaux.

> *« Avec « Ma santé 2022 », les tutelles étaient aux petits oignons pour les porteurs de projets. C'était la lune de miel. Maintenant que les objectifs quantitatifs approchent, on sent que la tournure est en train de changer un petit peu. »*
>
> CPTS Bezan

Ce basculement symboliserait aussi la fin d'un moment d'expérimentation relativement ouvert, au profit d'un pilotage plus étroit, dans un contexte de contrainte budgétaire accrue. Là où les CPTS étaient encouragées à innover, elles sont désormais attendues sur leur capacité à produire des résultats mesurables, dans des délais fixés à l'avance et selon des formats déterminés.

Le dialogue de gestion deviendrait alors un vecteur de recentralisation subtile, où l'encadrement administratif se renforcerait au fil des années. Ce durcissement progressif mettrait à l'épreuve la fonction même des CPTS : seraient-elles encore des acteurs stratégiques du développement territorial, ou seraient-elles devenues de simples relais opérationnels de l'action publique nationale ?

Cette deuxième partie examine comment le dialogue de gestion façonne l'action des CPTS : à travers la performativité des instruments, les déséquilibres de financement, l'économie morale de la dépense publique, la question de la fongibilité des enveloppes, et la tension entre conformité et capacitation. Elle montre comment ces mécanismes peuvent à la fois structurer, contraindre et parfois détourner l'action territoriale.

3.2.1. La performativité des instruments : cadrer l'action par la technique

Loin d'être de simples outils de gestion, les instruments mobilisés dans le cadre du dialogue de gestion (indicateurs, maquettes, grilles de suivi, pièces justificatives) agissent comme de véritables dispositifs de gouvernement. Ce que l'on mesure, ce que l'on demande de prouver, ce que l'on formalise : autant d'éléments qui conditionnent les formes mêmes de l'action locale.

Dans le cas des CPTS, cette logique instrumentale se traduit par une standardisation partielle des dynamiques territoriales. Les indicateurs orientent l'action vers des objectifs préformatés, principalement quantitatifs : nombre d'actions, de participants, d'usagers concernés… Ce cadrage crée un effet de redéfinition des priorités, où ce qui est comptable devient plus important que ce qui est contextuellement pertinent. Certaines CPTS expriment leur difficulté à rendre visibles des actions pourtant jugées utiles localement, mais difficilement mesurables selon les formats imposés.

> *« Ils insistent énormément pour avoir des indicateurs quantitatifs sur des actions de prévention ou de sensibilisation. Mais comment tu mesures une prise de conscience ? »*
>
> CPTS Carquenée

Ce témoignage illustre la tension entre la complexité des réalités locales et la volonté institutionnelle de pilotage par les chiffres. Le risque est alors celui d'un effet de performativité forte : les instruments ne se contentent plus d'accompagner ou d'évaluer l'action, ils la précèdent, la définissent, voire la conditionnent. En d'autres termes, ils ne mesurent pas le réel : ils le produisent.

Un autre aspect révélateur est la préparation des pièces justificatives, devenue une étape centrale de la relation entre les CPTS et la Cpam. La conformité documentaire prend parfois le pas sur la qualité de l'action, renforçant une forme de bureaucratisation de la coopération locale. Ce glissement vers une logique de preuve permanente rappelle ce qu'Hibou (2012) nomme la « bureaucratisation néolibérale », dans laquelle les exigences de traçabilité et de performance tendent à rigidifier les marges d'action au nom du contrôle des dépenses publiques.

Ainsi, à travers ces instruments, c'est une certaine conception de l'action publique qui s'impose : centrée sur la reddition de comptes, la traçabilité et l'optimisation. L'action territoriale, pour être reconnue et financée, doit se plier aux formats de l'évaluation, même lorsque ceux-ci apparaissent inadaptés aux réalités du terrain. Les CPTS, pour être « légitimes », doivent apprendre à maîtriser ces codes techniques – quitte à reformuler leurs actions pour les rendre « présentables » dans les cases prévues.

Le dialogue de gestion, dès lors, oscille entre outil de soutien et mécanisme de normalisation.

3.2.2. Des interrogations sur la pertinence des sommes

La structuration budgétaire du dialogue de gestion, censée garantir une gestion rigoureuse et traçable des fonds publics, peut apparaître comme un facteur de rigidification pour les acteurs de terrain.

De nombreux coordinateurs de CPTS expriment un décalage entre les financements attribués et les efforts requis pour mettre en œuvre les actions. Certaines missions, souvent celles qui s'alignent strictement avec les priorités nationales, bénéficient de financements importants, indépendamment de leur complexité opérationnelle.

À titre d'exemple, l'identification des patients en ALD sans médecin traitant, action fortement soutenue par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), donne lieu à des enveloppes budgétaires très élevées par rapport à l'effort demandé localement.

Il en est de même pour la mission 4 de préparation à la réponse aux urgences sanitaires, qui demande la tenue d'une liste de contacts mobilisables, et bénéficie d'une rémunération très importante, comme l'indique un coordinateur de la Cpam :

> « *Le formulaire pour la mission 4 devrait être en or pour être payé autant.* »
>
> Cpam

Cette ironie révèle à la fois l'absurdité perçue du rapport entre travail réel et financement, et la difficulté à aligner les logiques nationales de financement avec les dynamiques locales.

À l'inverse, des actions plus complexes à coordonner, souvent liées à des enjeux de prévention, de santé publique ou d'innovation territoriale, sont peu valorisées financièrement. Certaines CPTS dénoncent ainsi un cadre budgétaire qui ne reconnaît ni la spécificité de leurs priorités, ni les ressources humaines, matérielles et temporelles qu'elles mobilisent :

> « *Sur un des indicateurs majeurs, qui est l'accès aux soins, les soins non programmés, le montant de l'enveloppe donnée par la Sécurité sociale, le montant maximal, est trop faible par rapport à nos dépenses.* »
>
> CPTS Carquenée

> « *On a besoin de mettre un peu plus le paquet sur la prévention, les problématiques liées au surpoids, à l'obésité infantile, la prévention en matière de toxicomanie…* »
>
> CPTS Voillac

Ces propos témoignent d'un effet paradoxal : là où l'État cherche à piloter efficacement l'action locale par des incitations budgétaires, il peut produire un effet de désalignement, voire de démotivation. La hiérarchisation implicite des missions, certaines obligatoires, d'autres facultatives, induit une orientation structurelle des efforts, concentrant les énergies sur ce qui est le plus rentable institutionnellement, au détriment de ce qui est jugé prioritaire localement.

Cette logique rejoint le concept de rationnement bureaucratique (Dubois, 2010), selon lequel les ressources ne sont pas allouées en fonction des besoins réels exprimés par les acteurs, mais selon la capacité des actions à être cadrées, évaluées et justifiées dans des formats standardisés.

En définitive, ce mécanisme produit un risque de sélection inversée : les projets les plus innovants, les plus adaptés à leurs territoires, mais aussi les plus difficiles à formaliser dans les grilles d'évaluation nationales, sont les moins soutenus. Le dialogue de gestion, censé permettre l'adaptation aux réalités locales, peut alors renforcer les inégalités d'accès aux ressources entre territoires.

3.2.3. Une « économie morale de la dépense publique »

L'allocation et la justification des financements dans le cadre du dialogue de gestion ne relèvent pas uniquement d'une logique comptable. Elles renvoient à une économie morale de l'action publique (Dubois, 2010 ; Siméant-Germanos, 2020) : un ensemble de normes implicites et de jugements sur ce qui constitue un bon usage de l'argent public. Autrement dit, la dépense n'est jamais neutre : elle est évaluée à l'aune de critères de légitimité.

> « *La bonne dépense publique, c'est celle qui peut être montrée, chiffrée, justifiée. Mais sur le terrain, l'utile ne se voit pas toujours, ou pas tout de suite.* »
>
> Cpam

Certaines actions à fort impact local, notamment en matière de prévention ou de coordination, échappent à cette logique de démonstration immédiate. Cela introduit une tension permanente entre l'action et sa justification, entre ce qui est pertinent localement et ce qui est recevable institutionnellement. Cette tension, perçue par les coordonnateurs de la Cpam, comme le montre l'extrait d'entretien ci-dessus, est également vécue par les professionnels des CPTS :

> « *La valorisation, elle est là parce qu'elle passe par le financement.* »
>
> CPTS Bezan

Ce témoignage met en évidence un phénomène de valorisation prioritaire des actions quantifiables, au détriment de celles qui relèvent du qualitatif, du long terme ou du travail relationnel moins visible (structuration de partenariats, montée en compétence des équipes, adaptation progressive aux besoins locaux). Ce biais peut engendrer un désajustement entre deux systèmes de valeurs : d'un côté, les exigences institutionnelles de mesure, de conformité, de prévisibilité et, de l'autre, les logiques professionnelles de proximité, d'adaptation et de coopération.

Ce décalage se manifeste également dans le rapport à l'incertitude budgétaire. Pour beaucoup de coordinateurs, le financement est une question de survie. Il ne s'agit pas seulement de répondre à des appels à projets, mais de garantir la continuité d'une structure souvent fragile, dépendante de financements instables :

> « *Toutes les fins de mois, je sais combien j'ai sur le compte. Je dirais même au jour le jour. Parce que c'est quand même une angoisse. Il faut qu'on puisse fonctionner toute l'année.* »
>
> CPTS Voillac

Cependant, il faut comprendre ces dynamiques dans un contexte de crise budgétaire persistante, qui pousse les institutions à rationaliser l'usage des fonds publics et à renforcer la traçabilité des actions financées. L'argent public doit non seulement être bien utilisé, mais aussi pouvoir être démontré comme tel. C'est dans ce cadre que les exigences en matière de *reporting*, de preuves et d'objectivation des résultats se renforcent.

Dans la pratique actuelle, un paradoxe persiste : les CPTS décrivent ce qu'elles font, mais aucun justificatif financier ne peut être exigé. Il n'est pas demandé de preuves tangibles de la mobilisation des ressources, ni de leur efficacité.

Ce régime de confiance a priori se heurte désormais aux logiques gestionnaires contemporaines. Il laisse la porte ouverte à des déclarations imprécises, voire à des falsifications ou à des détournements involontaires. Face à cela, les tutelles insistent de plus en plus sur la production de pièces justificatives, d'indicateurs quantifiables, de traces objectivables.

Ce lien étroit entre reconnaissance et financement installe ainsi une forme de soupçon diffus. Une action mal documentée, sans preuve d'impact ni trace formelle, peut être perçue comme suspecte, peu sérieuse, voire non conforme.

En définitive, l'économie morale de la dépense publique redéfinit les conditions de la légitimité des actions de santé territoriales. Elle transforme le financement en une épreuve de validation formelle, dans laquelle les porteurs de projets doivent composer avec des attentes implicites autant qu'avec des règles explicites.

3.2.4. La (non-) fongibilité des enveloppes budgétaires

Les enveloppes budgétaires attribuées aux CPTS sont, en théorie, strictement fléchées. Chaque ligne de financement est associée à une action précise, définie en amont dans le cadre du dialogue de gestion. En pratique, cette non-fongibilité reste partiellement théorique. De nombreuses CPTS continuent à gérer leurs enveloppes de manière flexible, réaffectant les crédits en fonction des urgences ou des priorités émergentes sur le terrain. Cette forme de fongibilité de fait permet de préserver une certaine capacité d'adaptation, indispensable à la dynamique de coordination.

> « *Heureusement que les actions avec les enveloppes sont fongibles.* »
>
> CPTS Carquenée

À terme, ce système tend cependant vers une non-fongibilité stricte : l'argent alloué pour une mission donnée ne pourrait être utilisé que pour celle-ci, sans possibilité de réaffectation.

> « *Je ne suis pas naïf, [le dialogue de gestion] peut facilement devenir un outil de régulation.* »
>
> CPTS Bezan

Pour les CPTS, ce cadrage budgétaire représente une forme d'autonomie contrainte. Cela les place dans une posture d'exécutants plutôt que de co-producteurs de l'action publique.

Face à cette situation, les réactions varient : certaines développent des tactiques de contournement, en reformulant leurs actions pour les faire rentrer dans les cases, d'autres utilisent d'autres marges de financement, comme les parts fixes, pour absorber les besoins non couverts. En effet, les parts fixes, servent souvent de variables d'ajustement, mobilisées pour couvrir des frais de fonctionnement ou pour sécuriser des actions jugées prioritaires, mais peu ou mal financées par les enveloppes fléchées.

Par ailleurs, cette rigidité budgétaire est aussi hautement symbolique. Elle s'inscrit dans une mise en scène de la maîtrise de la dépense publique, dans un contexte de rareté budgétaire et de suspicion latente vis-à-vis des usages des fonds.

Le choix du statut associatif pour les CPTS est parfois perçu comme un facteur aggravant cette tension, en rendant le contrôle plus complexe pour les tutelles, tout en légitimant un encadrement renforcé :

> « *Le fait que ce soient des associations, ce système-là complique aussi le contrôle.* »
>
> Cpam

Finalement, la question de la fongibilité révèle une tension structurelle au cœur du dialogue de gestion : comment concilier la flexibilité nécessaire à l'action territoriale et le souci croissant de traçabilité des fonds publics ?

En réduisant les marges de réaffectation, le dispositif pourrait mieux contrôler les dépenses mais risque de décourager l'innovation territoriale.

3.2.5. Conformité ou capacitation ?

Au cœur du dialogue de gestion se joue une tension fondatrice : les CPTS sont-elles dotées d'une véritable autonomie d'action, leur permettant de répondre aux besoins spécifiques de leur territoire, ou sont-elles réduites à exécuter, sous condition, des priorités définies par d'autres ? En d'autres termes : s'agit-il d'un dispositif de capacitation ou de conformité ?

Cette interrogation fait écho aux travaux de Lascoumes et Simard (2011), qui décrivent l'émergence d'une « incitation douce » dans les réformes de l'action publique : l'État évite la contrainte formelle, mais organise une dépendance par la ressource. Dans le cas des CPTS, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ne prescrit pas directement les actions à mener, mais conditionne l'accès aux financements, aux moyens humains (coordinateurs) et à la reconnaissance institutionnelle.

> « *Est-ce qu'on a toute liberté ? Non, puisqu'il y a des indicateurs obligatoires. Et des indicateurs de suivi qui ne ramènent pas de financement mais qui sont nécessaires pour la Cpam.* »
>
> CPTS Bezan

Ainsi, l'autonomie n'est jamais absolue : elle est encadrée par des conditions d'éligibilité, des formats à respecter et des indicateurs à produire. Les CPTS disposent d'une liberté d'initiative, mais cette liberté est précontrainte par l'exigence de traçabilité.

Cela suppose non seulement des compétences administratives élevées, mais aussi une capacité à négocier avec les cadres tout en préservant une part de cohérence locale. Cette situation renvoie à ce que Lipsky nomme le « pouvoir discrétionnaire » des *street-level bureaucrats* : « Le pouvoir discrétionnaire désigne en droit le pouvoir reconnu de l'administration d'agir en se fondant sur sa propre appréciation, au-delà donc d'une simple application des règles mais en restant néanmoins dans un cadre légal » (Dubois, 2012). Les acteurs locaux doivent composer avec des cadres hétéronomes.

Cette forme d'autonomie managériale repose sur un principe implicite : l'action est libre tant qu'elle est prouvée, formatée, conforme. Il ne s'agit donc pas d'émancipation, mais d'une autonomie instrumentalisée.

En définitive, le dialogue de gestion révèle une tension profonde entre conformité et capacitation. D'un côté, les CPTS sont sollicitées pour inventer, coordonner, mobiliser. De l'autre, leur reconnaissance dépend de leur capacité à traduire leur action dans des formats administrativement recevables. Cette autonomie conditionnée, loin d'être neutre, reconfigure les rôles des acteurs locaux : ils deviennent gestionnaires autant que soignants, stratèges autant que praticiens.

La question devient alors éminemment politique : peut-on reconnaître la légitimité des acteurs de terrain d'agir sans les enfermer dans un pilotage par les normes ? Répondre à cette question, c'est redéfinir ce que l'on entend par gouvernance partenariale en santé, et ce que l'on attend vraiment des CPTS : conformité ou transformation.

Synthèse sur les questions que pose le dialogue de gestion : vers une rigidification du cadre ?

Le dialogue de gestion illustre une tension structurelle entre, d'un côté, la nécessité pour les Cpam de garantir une utilisation régulée, traçable et justifiable des fonds publics, et de l'autre, le besoin pour les CPTS de préserver une certaine souplesse d'action. Les outils mis en place (indicateurs, enveloppes ciblées, justificatifs) visent à encadrer l'action dans un souci de bonne gestion, mais peuvent aussi orienter les priorités vers ce qui est mesurable, au risque de sous-valoriser des dynamiques locales moins visibles mais tout aussi utiles. La non-fongibilité croissante des enveloppes budgétaires et l'économie morale entourant la dépense publique complexifient encore cette relation. Si un certain cadre est indispensable pour assurer l'efficacité et la légitimité des financements, un excès de contrôle pourrait freiner la capacité des professionnels de santé à innover et à adapter leurs réponses aux réalités territoriales.

3.3. Une arène stratégique ?

Dans un contexte de recomposition de l'action publique en santé, marqué par la territorialisation, la contractualisation et la quête de performance, le dialogue de gestion s'impose comme un espace clé de construction des problèmes publics. Loin d'être un simple échange technique entre Cpam et CPTS, il devient une arène où se négocient le sens, la légitimité et les priorités de l'action. Ce processus oscille entre **dépolitisation**, lorsque les enjeux complexes sont traduits en indicateurs standardisés, et **repolitisation**, lorsque les professionnels s'emparent du dispositif pour formuler des revendications collectives ou défendre une lecture située des besoins. D'où une question centrale : le dialogue de gestion soutient-il réellement l'autonomie et l'innovation locales, ou dissimule-t-il, sous des formes concertées, un pilotage fortement cadré ?

Cette troisième partie examine précisément cette ambivalence. Elle analyse comment le dialogue de gestion peut contribuer à neutraliser les débats en les technicisant, mais aussi comment il peut devenir un levier d'expression et de renégociation des priorités territoriales lorsque les CPTS mobilisent cet espace pour contester ou infléchir les orientations nationales.

3.3.1. Le dialogue de gestion au cœur de la fabrique des problèmes publics

Derrière son apparente technicité, le dialogue de gestion occupe une place stratégique dans la définition des priorités de l'action publique en santé. Il ne se limite pas à une fonction de répartition budgétaire ou de suivi administratif : il agit comme un dispositif de sélection, produisant un ordre de visibilité. Ce qui est mesuré, financé et évalué devient, de fait, ce qui est reconnu comme important, ce qui « compte ».

> « *Le dialogue de gestion, c'est une grande opportunité de restructurer le système de soins.* »
>
> CPTS Bezan

Cette observation traduit bien le double visage du dispositif. En apparence neutre et technique, le dialogue de gestion exerce en réalité un pouvoir de cadrage. Il ne se limite pas à suivre les politiques publiques : il les façonne, en orientant l'attention vers certaines thématiques, par exemple le repérage des patients sans médecin traitant ou les campagnes de vaccination, au détriment d'autres enjeux moins quantifiables, plus transversaux, ou simplement moins alignés avec les priorités nationales.

Ce processus installe une hiérarchisation implicite des problèmes : les enjeux dotés d'indicateurs précis et de financements dédiés gagnent en légitimité ; ceux qui ne s'inscrivent pas dans les grilles d'évaluation tendent à rester invisibles, voire à être disqualifiés comme hors cadre ou non pertinents. Le dialogue de gestion agit ainsi comme un filtre normatif, structurant les débats et conditionnant la reconnaissance institutionnelle des initiatives locales.

Il devient alors un acteur central de la fabrique des problèmes publics. En sélectionnant ce qui mérite d'être vu, soutenu, évalué, il influence directement l'agenda local. Les CPTS, en négociation permanente avec ce cadre, doivent composer entre leurs diagnostics territoriaux et les orientations nationales, parfois en tension.

Cette dynamique interroge la capacité du dialogue de gestion à prendre en compte la diversité des réalités locales. En quoi permet-il l'émergence de réponses adaptées aux besoins du terrain ? Et jusqu'où peut-il orienter, voire contraindre, les formes de l'action collective locale ?

3.3.2. Une dépolitisation par la technicisation

Dans le prolongement des logiques précédemment décrites, le dialogue de gestion participe à un processus de dépolitisation des enjeux territoriaux, en les traduisant dans un langage technique. Les désaccords, les tensions, ou encore les divergences de priorités, sont souvent absorbés dans des outils apparemment neutres : indicateurs quantitatifs, échéanciers standardisés, tableaux de bord. Cette technicisation transforme ce qui pourrait relever d'un débat politique légitime en une série de tâches à exécuter, d'objectifs à atteindre, ou de métriques à remplir.

C'est par exemple le cas de l'installation des médecins sur le territoire. Dans plusieurs dialogues de gestion, cet enjeu se traduit par un indicateur portant sur l'évolution du nombre de professionnels de santé installés dans la zone couverte par la CPTS. Or, cet indicateur évalue les résultats constatés localement sans prendre en compte les dynamiques nationales sur lesquelles les CPTS n'ont aucune prise : raréfaction du nombre de médecins formés, délais d'installation, attractivité différenciée des zones rurales ou périurbaines, ou encore inégalités structurelles d'accès aux soins.

Le risque est alors de faire peser sur les acteurs locaux la responsabilité d'une situation qu'ils ne maîtrisent que très partiellement, en les évaluant à travers une grille de lecture strictement quantitative. Le travail engagé peut être perçu comme inefficace simplement parce que les résultats chiffrés ne suivent pas.

Ce qui devrait être un débat politique, sur les moyens structurels à mobiliser, les responsabilités partagées, les arbitrages à faire pour lutter contre les déserts médicaux, se trouve ainsi réduit à une métrique locale. L'indicateur transforme un problème complexe

en une donnée mesurable, décontextualisée et dépolitisée, contribuant à occulter les causes systémiques au profit d'une lecture technocratique des enjeux.

Les arbitrages, bien qu'issus de choix politiques implicites, sont ainsi présentés comme rationnels, objectifs et non discutables, réduisant la possibilité d'une véritable confrontation sur les finalités de l'action. En ce sens, le dialogue de gestion peut apparaître comme un mécanisme de neutralisation symbolique des conflits, où l'on évite le débat en le requalifiant en problème de méthode ou d'organisation.

3.3.3. La re-politisation par la conflictualité

À rebours de la tendance à la technicisation et à la standardisation, certaines CPTS parviennent à faire émerger une conflictualité productive, en transformant des tensions locales en enjeux structurels. Ce sont souvent des désaccords concrets, autour d'une action mal adaptée, d'un indicateur inapproprié ou d'un dispositif imposé, qui ouvrent la voie à une relecture plus politique des cadres institutionnels.

> « *[La vaccination par les pharmaciens], soi-disant, c'était la solution miracle. On se rend compte qu'au-delà de ne pas être la solution miracle, pour nous, ça a aggravé les choses. On fait donc remonter [pour ensuite travailler sur] une nouvelle base, trouver de nouveaux besoins et les adapter.* »
>
> CPTS Bezan

Dans cet exemple, le désajustement entre un outil national présenté comme efficient et les réalités territoriales devient le point de départ d'un questionnement plus large sur la pertinence du modèle organisationnel. Loin d'être cantonné à une simple protestation locale, cet échec permet de reposer des questions systémiques : sur la capacité des dispositifs à s'adapter, sur la place des professionnels dans la décision, ou encore sur la définition même des besoins prioritaires.

Cette capacité à re-politiser un objet technique, qu'il s'agisse d'un indicateur, d'un circuit de financement ou d'une consigne opérationnelle, constitue une forme d'expression territoriale essentielle. Elle permet aux acteurs de terrain, non seulement de contester les cadres descendants, mais aussi de formuler leur propre lecture des besoins, à partir de l'expérience vécue et de l'intelligence locale. Cette dynamique de traduction et de reformulation, bien que lente et exposée à des rapports de force inégaux, marque une tentative de reprendre la main sur la définition des problèmes publics.

La conflictualité, dans ce contexte, ne représente pas une rupture du dialogue mais bien un outil de repositionnement stratégique. Elle révèle que le terrain n'est pas simplement un lieu d'application des politiques, mais un espace de production de savoirs, de normes alternatives et de diagnostics contextualisés. En ce sens, les CPTS qui réussissent à politiser des objets apparemment techniques ouvrent une brèche dans la gouvernance verticale, affirmant que la légitimité ne repose pas uniquement sur la conformité, mais aussi sur la capacité à problématiser autrement.

Synthèse sur les questions que pose le dialogue de gestion : une arène stratégique ?

Le dialogue de gestion, en apparence outil technique de coordination et de suivi, s'impose en réalité comme un espace stratégique dans la fabrique des politiques publiques de santé. Il participe à définir ce qui mérite d'être vu, financé et évalué, créant ainsi un ordre de priorité qui tend à invisibiliser les enjeux non quantifiables. Ce cadrage technicien contribue à une forme de dépolitisation : les désaccords locaux sont traduits en indicateurs, les tensions structurantes deviennent des problèmes de gestion, et les responsabilités se diluent dans des métriques standardisées. Pourtant, certaines CPTS parviennent à inverser ce mouvement, en repolitisant l'échange : elles utilisent le dialogue de gestion pour faire remonter des revendications collectives, en requalifiant leurs difficultés locales en enjeux systémiques. Ce faisant, elles contestent la vision descendante de l'action publique et réaffirment leur capacité d'agir en tant qu'acteurs producteurs de sens et de solutions. Le dialogue de gestion apparaît ainsi à la fois comme un outil de cadrage potentiellement réducteur et comme un levier possible de reconfiguration politique, selon l'usage qu'en font les institutions comme les acteurs de terrain.

3.4. Une recomposition des pouvoirs ?

Le dialogue de gestion des CPTS, dans sa montée en puissance au sein des politiques publiques de santé, ouvre la voie à une possible recomposition des pouvoirs entre institutions et acteurs de terrain. En croisant les logiques administratives des pouvoirs publics avec l'expertise clinique et organisationnelle des professionnels de santé, il redéfinit les rôles traditionnels de chacun. Ce n'est plus seulement l'État ou l'Assurance maladie qui fixe les priorités, mais potentiellement aussi des collectifs professionnels, comme les CPTS, qui portent des diagnostics, proposent des actions, et revendiquent une légitimité d'agir au nom de la proximité avec les réalités locales. Cette dynamique interroge l'émergence de nouvelles formes de gouvernance partagée, où se rejouent les frontières entre pilotage et participation, entre régulation et autonomie. Elle conduit également à une hybridation des professions : les soignants deviennent négociateurs, gestionnaires, stratèges territoriaux ; les techniciens de l'administration endossent parfois un rôle d'animateur ou de médiateur. Dès lors, le dialogue de gestion ne constitue pas seulement un outil d'ajustement contractuel, mais un espace où se renégocient les légitimités et se réinventent les figures de l'action publique en santé.

Cette dernière partie explore comment ce dialogue transforme la gouvernance territoriale en redéfinissant les relations d'autorité entre Cpam et CPTS, redistribuant les responsabilités et les légitimités respectives. Elle met en lumière l'émergence de profils professionnels hybrides, mêlant savoir-faire cliniques, administratifs et managériaux. Au-delà d'un simple dispositif technique, le dialogue de gestion apparaît comme un lieu dynamique où s'ajustent les marges de manœuvre et se façonnent de nouvelles modalités de pilotage territorial.

3.4.1. Qui détient l'autorité ?

Le dialogue de gestion ne se limite pas à un échange d'informations ou à une contractualisation d'objectifs : il redessine les contours de l'autorité dans l'action publique territoriale. Qui décide ? Qui légitime ? Qui pilote vraiment ? Ces questions, rarement posées frontalement, traversent pourtant les interactions entre Cpam et CPTS.

Si la Cpam détient le pouvoir de cadrage, celui de fixer les règles, d'interpréter les attendus nationaux, de conditionner les financements, elle n'a pas l'exclusivité de la légitimité. En face, les CPTS, investies de missions concrètes et d'un ancrage territorial fort,

mobilisent une autorité d'un autre ordre : celle de l'expertise de terrain, de la connaissance fine des besoins locaux, de la capacité à fédérer des professionnels souvent peu enclins à la coordination formelle.

Cette dualité – autorité administrative d'un côté, autorité professionnelle de l'autre – ne se résout pas dans un rapport hiérarchique simple. Elle produit un espace de négociation, de cohabitation, parfois de confrontation. Aucun des deux pôles ne peut imposer unilatéralement sa logique : les membres des équipes des Cpam doivent composer avec les réalités opérationnelles, les résistances implicites ou explicites des acteurs ; les professionnels des CPTS, de leur côté, doivent s'inscrire dans les cadres réglementaires et budgétaires s'ils veulent être reconnus et soutenus.

Ce jeu d'équilibre instable dessine une forme de gouvernance post-bureaucratique, où l'autorité est à la fois distribuée, conditionnelle, et relationnelle (Bezes, 2020 ; Lascoumes et Le Galès, 2005). Il ne s'agit plus seulement de commander ou d'exécuter, mais de composer, avec des normes, des contraintes, des attentes mutuelles, et surtout, avec des marges de manœuvre à défendre ou à saisir.

Les entretiens illustrent bien cette logique de pouvoir partagé, jamais totalement symétrique, mais jamais non plus unilatéral :

> « *L'atout, c'est la possibilité de choisir, de décider et de refuser.* »
>
> CPTS Bezan

> « *Ils sont assez libres, mais effectivement, nous, on peut influer un petit peu. Mais ça dépend beaucoup des porteurs.* »
>
> Cpam

> « *Je ne peux pas intervenir en disant « écoutez, ce serait mieux comme ça »… Donc, je sais que c'est comme ça avec eux. Je ne peux pas forcer.* »
>
> Cpam

Ces paroles montrent que l'autorité ne s'impose pas mécaniquement : elle se négocie, se construit dans la relation, s'ajuste aux contextes. Le pouvoir est distribué entre des sphères d'influence, tantôt complémentaires, tantôt concurrentes. Il circule, se fragmente, se recompose au gré des projets, des personnes, des rapports de force.

Dans ce contexte, le dialogue de gestion devient moins un instrument de domination qu'un révélateur de cette pluralité d'autorités : celles qui fixent le cap, celles qui l'interprètent, celles qui le rendent possible. C'est dans cet entrelacement de contraintes institutionnelles et de savoirs situés que se joue, au quotidien, la fabrique du pilotage territorial.

3.4.2. Une nouvelle redistribution des rôles et des légitimités ?

La transformation du dialogue de gestion ne se limite pas à une évolution formelle des dispositifs : elle entraîne un glissement fonctionnel des rôles et une redéfinition progressive des légitimités. Ce qui s'installe, ce n'est pas une simple répartition des tâches, mais une reconfiguration des places respectives dans la gouvernance territoriale.

La Cpam, traditionnellement perçue comme un organe de contrôle budgétaire et de conformité, adopte dans certains contextes une posture plus partenariale. Elle devient, par

moments, un acteur d'appui, voire de co-construction, capable d'accompagner des initiatives locales, de faire preuve de souplesse dans l'interprétation des normes, et même d'encourager des formes d'innovation pragmatique.

> « *La Cpam et aussi les ARS ont changé les missions qu'ils avaient à l'intérieur. Ils sont passés de financeurs à accompagnateurs, voire innovateurs. Maintenant, les normes, on les construit ensemble. Donc les relations, même institutionnelles, ont changé.* »
>
> CPTS Bezan

En miroir, les CPTS, initialement conçues comme de simples collectifs de coordination de soins, se trouvent progressivement chargées de missions plus complexes et éloignées de leur cœur de métier : gestion administrative, ingénierie de projet, *reporting*, conduite d'entretiens, suivi d'indicateurs. Ce déplacement du rôle attendu produit parfois un effet de débordement, où les acteurs doivent assumer des responsabilités qu'ils n'avaient ni anticipées, ni toujours choisies.

En effet, « [a]vec les CPTS, c'est un nouveau modèle qui est introduit puisqu'une forme de paiement à la performance est allouée cette fois à un collectif pluriprofessionnel qui devient ainsi porteur d'une responsabilité populationnelle » (Hay, 2025).

Dans ce nouvel équilibre, les chargés de mission, qu'ils soient du côté des Cpam ou intégrés aux CPTS, incarnent une figure intermédiaire emblématique. À la croisée des exigences de redevabilité et de l'écoute des réalités de terrain, ils adoptent souvent une posture ambivalente, faite d'accompagnement attentif et de rappel discret à l'ordre.

> « *Je vois bien et je comprends bien ce que vous avez fait…* »
>
> Cpam

Cette bienveillance permet de préserver la coopération sans renoncer à l'encadrement. Le pouvoir ne disparaît pas ; il se reconfigure sous une forme plus fluide, relationnelle et contingente.

> « *Bien que ce soient des associations, ce sont des personnes morales. Elles ont chacune leur caractère, chacune leur territoire. Donc, même si les indicateurs sont identiques, on va faire de l'empathie, s'adapter à la personne.* »
>
> Cpam

Cette adaptation contextualisée des tutelles, combinée à la montée en compétences (et en responsabilités) des CPTS, signe l'émergence d'une gouvernance plus négociée. Mais elle n'est pas sans tension : derrière l'apparente souplesse, le cadre reste contraint par des objectifs nationaux, des indicateurs standardisés, et des logiques d'évaluation qui continuent de structurer les rapports de force.

Ainsi, cette redistribution des rôles ne signifie pas un effacement des hiérarchies, mais plutôt leur recomposition. L'autorité ne repose plus uniquement sur la position institutionnelle, mais aussi sur la capacité à traduire, à négocier, et à faire tenir ensemble des logiques parfois contradictoires.

3.4.3. Vers une hybridation des figures professionnelles

Le rapprochement des professionnels de santé libéraux et des tutelles, « implique et favorise une évolution de leurs cultures professionnelles respectives » (Hay, 2025). Ce processus de recomposition organisationnelle engendre l'émergence de figures professionnelles hybrides, au croisement des savoir-faire médicaux, managériaux et administratifs. Du côté des CPTS, des professionnels de santé, souvent sans formation préalable à la gestion, endossent progressivement des rôles de chefs de projet, responsables de coordination, de pilotage et de *reporting*. Ils apprennent à naviguer entre exigences institutionnelles et logiques propres à leur pratique professionnelle.

> « *On a consacré beaucoup de temps à ce que j'appelle la gouvernance, c'est-à-dire mettre en place un système de pilotage de notre structure.* »
>
> CPTS Voillac

Ce rôle de gestionnaire « improvisé » s'accompagne d'un apprentissage empirique, souvent « sur le tas », et s'exerce dans un contexte de double pression : répondre aux exigences de la Cpam tout en structurant et fédérant un collectif local.

> « *On est pris entre deux feux : le recrutement, la coordination, se faire connaître, et répondre aux demandes de la Cpam, remplir les indicateurs, le projet de santé…* »
>
> CPTS Bezan

Néanmoins, cet apprentissage et ce nouveau rôle deviennent aussi leur avantage. « Ces professionnels « bilingues » disposent donc d'outils et de compétences leur permettant d'investir les nouveaux dispositifs et de s'affirmer dans leurs relations avec les administrations. Ils et elles peuvent ainsi s'emparer du rôle-clé de traducteur, essentiel à l'enrôlement des autres libéraux » (Hay, 2025).

Parallèlement, certains agents de la Cpam adaptent leurs pratiques aux spécificités territoriales, adoptant des postures plus souples et contextualisées. Ils intègrent la complexité du terrain dans leurs modes d'évaluation et d'accompagnement, dépassant parfois le cadre strict des procédures standardisées, perçues comme trop rigides. Ces adaptations ont été décrites ces dernières années dans l'accompagnement d'autres projets, comme celui d'expérimentations de nouveaux modes de rémunération des soins développés dans le cadre de l'article 51 : « Au final, les référents de l'Assurance maladie ont accueilli positivement l'expérimentation parce qu'elle leur permettait de sortir d'un cadre de travail qu'ils percevaient comme un « carcan » administratif » (Morize *et al.*, 2021).

Parfois, cela ne permet pas de répondre à tous les besoins des professionnels porteurs de CPTS, comme l'exprime un des membres de l'équipe de la CPTS Carquenée :

> « *On a sollicité la Cpam, mais ce n'était pas du tout leur truc de nous fournir une aide administrative. Bien sûr qu'on se débrouille tout seuls.* »
>
> CPTS Carquenée

Ce brouillage des frontières professionnelles illustre une hybridation croissante des compétences, des statuts et des attentes. Il ne supprime pas les asymétries de pouvoir, mais révèle une professionnalisation par la pratique, où les compétences se construisent dans l'action, au contact des tensions, des contraintes et des ajustements continus.

Cette transformation des rôles, et les conséquences que celles-ci peuvent avoir, sont résumées dans le tableau 4 :

Tableau 4 Transformation des rôles des professionnels et institutions engagés dans les dialogues de gestion des CPTS, et leurs conséquences

Acteurs	Rôle traditionnel	Évolutions observées	Conséquences / Observations
Cpam	Financeur, organe de contrôle	Passage à des rôles d'accompagnement, de soutien, de co-construction	Coopération renforcée, posture plus souple, adaptation au territoire. Illustration d'un « gouvernement à distance »
Agents de la Cpam	Interface technique, application des règles, évaluation standardisée	Naviguent entre injonctions à la reddition de comptes et soutien bienveillant. Postures plus contextualisées, souplesse dans l'accompagnement, ajustement aux réalités de terrain	Posture ambiguë, double casquette qui exige une adaptation permanente
CPTS	Acteurs de coordination en santé	Deviennent aussi gestionnaires de projet, pilotes, recruteurs, responsables RH et *reporting*	Montée en compétences nécessaire, surcharge de rôles non anticipés, tension entre mission de santé et gestion
Professionnels de santé (dans les CPTS)	Pratique clinique, coordination médicale	Deviennent aussi administrateurs, animateurs de gouvernance, porteurs de projet	Apprentissage empirique « sur le tas », rôle de gestionnaire improvisé sous double pression institutionnelle et locale
Posture globale	Hiérarchie verticale, séparation des rôles	Hybridation des fonctions et des compétences, brouillage des frontières professionnelles	Professionnalisation par la pratique, montée en complexité des profils, sans effacement total des asymétries

Synthèse sur les questions que pose le dialogue de gestion : une recomposition des pouvoirs ?

Le dialogue de gestion dans la gouvernance territoriale de la santé révèle une recomposition complexe des pouvoirs et des légitimités. Alors que la Cpam conserve un rôle central de cadrage, de fixation des règles et de conditionnement des financements, les CPTS mobilisent une autorité basée sur leur expertise locale et leur ancrage territorial, donnant lieu à un jeu d'équilibre entre pouvoir administratif et pouvoir professionnel. Cette dynamique redéfinit les rôles traditionnels : la Cpam adopte parfois une posture plus partenariale et d'accompagnement, tandis que les CPTS voient leur mission s'élargir bien au-delà de la coordination de soins, assumant des responsabilités managériales et administratives croissantes. Ce glissement fonctionnel s'accompagne d'une hybridation des figures professionnelles, où soignants et gestionnaires naviguent entre exigences institutionnelles et réalités de terrain, développant de nouvelles compétences dans un contexte marqué par des rapports de force toujours présents mais désormais plus relationnels et négociés. Ainsi, le dialogue de gestion ne se limite plus à un simple instrument de pilotage, mais devient un espace où s'entrelacent négociations de pouvoir, reconfiguration des légitimités et mutations professionnelles, illustrant les tensions et transformations inhérentes à la fabrique des politiques publiques de santé territorialisées.

PARTIE 4

Des pistes de réflexion pour renforcer le dialogue de gestion comme espace de régulation territoriale négociée

Le développement des CPTS représente une transformation majeure de l'organisation des soins, qui s'inscrit dans un ensemble de réformes conduisant à une territorialisation de l'action publique (Hassenteufel, 2021), avec des espaces de régulation locale, en vue d'une adaptation à des besoins spécifiques à chaque territoire. C'est aussi une réforme organisationnelle, qui s'appuie sur la structuration récente de l'organisation des soins primaires (Hassenteufel *et al.*, 2020), à travers le mouvement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (Moyal, 2026), qui repose sur une alliance entre les pouvoirs publics et certains représentants des professionnels de santé libéraux (Vézinat, 2019). Les CPTS, qui n'ont pas de mission de délivrance de soins, visent à améliorer la structuration de l'organisation des soins – y compris des parcours des patients – et de la prévention à une échelle plus large que les MSP ou les centres de santé (CDS). Cette démarche de structuration est censée partir des professionnels de santé, majoritairement libéraux, et s'articuler aux autres acteurs et institutions du territoire (hôpitaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), intervenants du secteur social et médico-social…), mais aussi à d'autres coalitions d'acteurs, comme les contrats locaux de santé (CLS) et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Cette démarche « *bottom-up* encadrée » peut être assimilée à un « arrimage de la médecine libérale à un système d'action territorial » (Schweyer, 2026), à travers l'ouverture d'un espace de régulation territoriale différent de celui qui existait jusque-là entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé. Cette approche contractuelle entre des professionnels de santé libéraux et les pouvoirs publics (ARS, Cpam), dans laquelle les porteurs de projets de CPTS s'engagent à assurer une mission de service public, s'accompagne d'une transformation à la fois de la médecine libérale et du rôle des institutions de santé, les Cpam et ARS développant, à côté d'une logique de contrôle de conformité classique, un accompagnement local qui renouvelle l'action publique en santé (Bourgeois *et al.*, 2021). Dans ces projets portés par des coalitions d'acteurs, l'émergence de nouveaux métiers, comme celui de coordinatrice ou coordinateur de CPTS, joue un rôle central (Schweyer, 2022).

À ce jour, dix ans après la création des CPTS dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, peu de travaux de recherche et d'évaluation ont été publiés. Or, il est d'importance majeure de comprendre comment ce nouveau dispositif, qui a bénéficié de financements publics importants, s'est développé, ce qu'il rend possible et ce qu'il transforme, d'explorer les difficultés autour de son développement et les enjeux sous-jacents, et de documenter ses effets afin d'éclairer la réflexion des acteurs qui en sont partie prenante, tant les professionnels que les pouvoirs publics qui les accompagnent. Cette réflexion est particulièrement cruciale à un moment où les CPTS entrent dans une seconde phase de leur développement, après une première phase de construction de collectifs et de partenariats, de délimitation de territoires, de rédaction de projets de santé, de mise en œuvre de premiers objectifs et de premières actions négociées avec les pouvoirs publics.

Dans la recherche exploratoire que nous avons conduite, nous avons choisi d'éclairer ce qui se joue au cœur des dialogues de gestion, espaces de négociation entre les professionnels porteurs de CPTS et les pouvoirs publics, représentés ici par une Cpam.

Le dialogue de gestion, tel qu'il est aujourd'hui mis en œuvre entre les équipes de la Cpam 94 et les représentants des CPTS du Val-de-Marne, permet la contractualisation, la mise en œuvre d'actions d'organisation des soins sur leurs territoires d'intervention, et un dialogue autour de leur régulation. Toutefois, les observations réalisées et les entretiens menés révèlent certaines tensions ou difficultés récurrentes, exprimées tant par les

représentants des CPTS que par ceux de la Cpam. Sans remettre en cause le principe du dialogue de gestion, il convient néanmoins d'interroger ses finalités, son utilité et sa portée réelle. Si ce dispositif instaure un cadre d'échange et de suivi relativement étroit entre les CPTS et les institutions qui les financent, cette formalisation ne garantit pas pour autant une capacité effective de régulation des difficultés d'organisation des soins à l'échelle territoriale. Un paradoxe se dessine ainsi entre l'intensité de l'encadrement institutionnel, qui donne à voir une régulation locale structurée, et les limites de son emprise sur les problèmes plus larges auxquels les acteurs sont confrontés. Dès lors, l'enjeu n'est pas tant de renforcer le dialogue de gestion que d'interroger les conditions dans lesquelles il pourrait dépasser le suivi des objectifs contractualisés pour devenir un véritable espace de régulation territoriale négociée. L'étude ouvre ainsi plusieurs pistes de réflexion sur les conditions de consolidation des CPTS dans la durée, les modalités de pilotage et de suivi de leur action, ainsi que leur inscription dans les dynamiques plus larges du système de santé territorial, encore peu régulé. Ces propositions s'appuient sur l'analyse conduite à partir de l'ensemble du matériau recueilli, en mobilisant les outils théoriques des sciences sociales.

Ces propositions s'inscrivent dans un contexte spécifique, celui du département du Val-de-Marne, impliquant la Cpam locale, les CPTS du territoire et l'ARS Île-de-France, et elles sont issues d'une étude menée auprès des membres de trois CPTS et des équipes de la Cpam qui animent les dialogues de gestion les concernant, sans volet d'enquête auprès de l'équipe de l'agence régionale de santé (ARS). Elles sont le fruit d'une analyse ancrée dans ce cadre particulier, ce qui implique nécessairement certaines limites à leur généralisation. En effet, d'une part, les processus observés dans un territoire donné peuvent ne pas être identiques ailleurs, en raison de dynamiques locales, d'organisations internes, de niveaux d'implication différents des acteurs, ou encore de contextes sociosanitaires spécifiques. Et, d'autre part, l'analyse est issue de données recueillies auprès d'un petit nombre de structures dont on connaît par ailleurs la diversité en termes d'histoire, d'organisation, de composition, de territoires d'implantation, etc.

Cependant, cette étude de cas approfondie auprès d'un petit nombre de structures permet déjà de tirer certains enseignements de portée plus générale, qui auront vocation à être réinterrogés dans d'autres contextes. Et certaines des pistes évoquées ici peuvent déjà être en cours d'expérimentation ou d'intégration dans d'autres territoires.

Le dialogue de gestion est un dispositif par nature hétérogène, marqué par des marges d'appréciation, de négociation et d'appropriation variables selon les départements. Cette diversité engendre nécessairement des disparités dans la manière dont le dialogue se structure et se vit, y compris entre institutions semblables. C'est précisément dans cet entre-deux, entre cadre national et réalités locales, que se joue la complexité de sa mise en œuvre.

Les pistes de réflexion proposées ici ont vocation selon nous à être débattues entre les acteurs concernés, à la fois localement, et au plan national.

Ces neuf pistes ont été regroupées sous trois thématiques, qui restent toutefois étroitement liées, voire interdépendantes : celle des conditions de possibilité d'une structuration plus solide de ces organisations (1), celle de la régulation de ces espaces de négociation (2) et celle du rôle territorial de ces nouvelles organisations (3).

4.1. Les conditions de possibilité d'une structuration plus solide des CPTS

Dans cette partie, nous réfléchissons aux conditions qui permettent de soutenir la structuration des CPTS, en soulevant la question des ressources permettant de renforcer leurs capacités organisationnelles, de la construction de la confiance entre les acteurs, et de la lisibilité des organisations et actions mises en œuvre.

4.1.1. Au-delà des projets : l'enjeu des capacités organisationnelles

La montée en maturité des CPTS tend à dépasser une lecture centrée uniquement sur la mise en œuvre de projets. Elle renvoie plus largement à la consolidation de capacités organisationnelles permettant d'assurer la continuité, la coordination et la stabilité de l'action dans le temps. Dans cette perspective, la question ne se limite plus à ce que produisent les CPTS, mais s'étend aux conditions qui rendent leur action soutenable et structurée dans la durée.

Cette évolution s'inscrit dans un environnement caractérisé par une intensification progressive des exigences institutionnelles. Les CPTS sont ainsi confrontées à un ensemble d'attendus qui dépassent le seul registre opérationnel : pilotage, évaluation, structuration interne, coordination territoriale et intégration croissante des logiques de prise en compte des données disponibles pour suivre et évaluer les processus et actions mises en œuvre. Cette accumulation interroge les équilibres entre le niveau d'exigence et les ressources effectivement mobilisables pour y répondre.

Dans ce cadre, la professionnalisation du travail d'organisation apparaît étroitement associée à la capacité d'articuler plusieurs dimensions : la reconnaissance, la prise de décision et la stabilité des fonctions de coordination. Les fragilités liées aux ressources humaines (accès à des formations, statut d'emploi…), ainsi que les effets de *turnover*, peuvent venir fragiliser ces équilibres et questionner la continuité de l'action dans le temps.

Ces constats ouvrent une première piste de réflexion sur les conditions de reconnaissance et de sécurisation des fonctions de coordination, et sur les modalités d'accroissement des compétences au sein des CPTS. Cette réflexion peut être mise en perspective avec les dispositifs de formation (formation de porteur de projet en CPTS, PACTE soins primaires de l'École des hautes études en santé publique-EHESP), et avec les dispositifs d'appui existants, notamment ceux portés par la Fédération des CPTS, qui occupent une place structurante dans l'animation du réseau, la diffusion de pratiques et l'accompagnement des dynamiques territoriales.

Dans la continuité de cette réflexion, on peut se demander comment rendre plus lisibles les ressources disponibles pour accompagner la professionnalisation des CPTS. Cette piste de réflexion interroge la manière dont les différents niveaux d'accompagnement pourraient être davantage articulés afin de s'adapter à la diversité des situations et des trajectoires organisationnelles.

Une autre piste renvoie à l'idée de compléter les projets de santé par des projets d'organisation. Un tel outil pourrait permettre de rendre plus lisibles les modalités de fonctionnement interne des CPTS : répartition des fonctions, besoins en ressources humaines, organisation de la gouvernance ou encore trajectoires d'équilibre financier. Il contribuerait ainsi à mieux objectiver une dimension organisationnelle encore souvent invisibilisée derrière les actions mises en œuvre, seules à être négociées en dialogue de gestion.

L'élaboration de ces projets pourrait également être envisagée comme un support de dialogue entre les CPTS et les acteurs institutionnels, notamment l'Assurance maladie et les ARS. En rendant plus visibles les attentes et les contraintes respectives dès les phases amont, ils pourraient constituer un cadre d'échange fondé sur la concertation plutôt que sur la prescription institutionnelle, afin de renforcer la compréhension mutuelle et de consolider les relations de travail, sans pour autant devenir un instrument supplémentaire de normalisation ou de contrôle de l'organisation des CPTS.

Plus largement, ces éléments interrogent les conditions de stabilisation des CPTS dans le système de santé territorial. L'enjeu se situe alors dans la manière dont peuvent s'articuler ambitions stratégiques et conditions organisationnelles de mise en œuvre, afin de soutenir leur inscription dans la durée au sein des dynamiques territoriales de santé, en articulation avec d'autres systèmes d'action territoriaux (CLS, DAC…).

4.1.2. La continuité des relations comme levier de confiance durable

S'engager dans le portage d'une CPTS, négocier des objectifs et des moyens avec les pouvoirs publics, endosser des missions de service public et rendre des comptes sur les actions réalisées à l'échelle d'un territoire, représente un changement culturel majeur pour les professionnels de santé libéraux formés jusque-là à répondre aux besoins de patients en consultation. Dans le même temps, les membres des équipes des Cpam et des ARS voient évoluer leur rôle professionnel, qui s'enrichit de missions d'accompagnement des professionnels de santé dans le pilotage d'une CPTS. La stabilité des relations entre acteurs peut être interrogée comme un élément susceptible d'influencer la construction d'une confiance durable et la cohérence du pilotage dans le temps. À l'inverse, les changements fréquents d'interlocuteurs, qu'ils concernent les Cpam ou les CPTS, introduisent des discontinuités qui peuvent venir modifier les dynamiques engagées. Ces évolutions ne se traduisent pas uniquement par des effets de ralentissement des projets, mais aussi par des recompositions des relations de travail, susceptibles d'affecter la continuité des échanges déjà établis.

Ces discontinuités invitent plus largement à réfléchir à la manière dont se construit et se maintient une mémoire de l'action publique territoriale. Dans des processus inscrits dans le temps long, une part importante des apprentissages repose en effet sur des savoirs situés, souvent peu formalisés, mais qui contribuent à la compréhension des trajectoires locales et des configurations propres à chaque territoire ou CPTS.

Dans cette perspective, différentes pistes de réflexion peuvent être évoquées afin d'explorer l'articulation entre continuité relationnelle et continuité institutionnelle. La question de la formalisation progressive de supports de transmission, nourris au fil des dialogues de gestion, peut notamment être mise en discussion : quels contenus et quelle forme leur donner ? De même, celle de l'existence de temps de partage ou de relecture collective entre acteurs successifs ouvre des interrogations sur les formes possibles de circulation et de mise en commun des expériences.

Plus largement, ces éléments amènent à interroger les conditions dans lesquelles se maintient la continuité des relations dans les dispositifs de santé territoriale. La continuité relationnelle apparaît en effet comme une dimension qui participe à la cohérence de l'action publique, à la qualité des interactions entre acteurs et à la compréhension progressive des réalités locales. Comment penser et garantir cette continuité relationnelle ? À quelles conditions, et avec quels moyens, pour les équipes des CPTS et de Cpam/ARS cela serait-il possible ?

4.1.3. La lisibilité de l'action pour les professionnels et les habitants des territoires comme condition de légitimité et d'efficacité

Malgré leur montée en puissance dans l'organisation territoriale des soins, les CPTS font face à un enjeu de lisibilité qui se pose différemment selon les acteurs concernés.

Du côté des professionnels de santé, les dispositifs commencent à être connus, mais cette connaissance ne se traduit pas nécessairement par un engagement dans une dynamique de coordination avec ou au sein des CPTS, et une partie seulement des professionnels de santé libéraux s'y engage. L'enjeu réside donc moins dans la connaissance de leur existence que dans la perception de leurs apports pour la pratique quotidienne de ces professionnels, et ainsi, pour la qualité des soins, des parcours et de la prévention proposés à la population. Ainsi, l'engagement d'une part croissante des professionnels de santé dans les CPTS, mais aussi leur appropriation et leur recours plus fréquent aux services qu'elles proposent pour eux-mêmes et pour leurs patients, jusqu'à une intégration à leurs pratiques professionnelles, constituent un enjeu majeur.

Du côté des patients, la difficulté est davantage celle de la connaissance de l'existence des CPTS, de l'identification de leur rôle, de leurs missions et des services auxquels elles permettent d'accéder. Les patients continuent le plus souvent à se référer à leur médecin traitant, aux établissements de santé ou à certains dispositifs nationaux, tandis que le rôle des CPTS et les services qu'elles déploient demeurent peu connus et difficiles à appréhender.

Cette distinction invite à ne pas réduire la question de la visibilité des CPTS à un simple enjeu de communication. Pour les professionnels, il s'agit de comprendre ce qui favorise ou freine leur engagement dans les dynamiques de coordination proposées. Pour les usagers, il s'agit de rendre plus lisibles les missions des CPTS et les modalités concrètes de recours aux dispositifs qu'elles déploient, notamment en matière d'accès aux soins non programmés, de coordination des parcours ou de prévention. Dans les deux cas, l'existence d'un dispositif ne suffit pas à garantir son appropriation ni son usage effectif : encore faut-il que ses fonctions soient visibles, comprises et perçues comme utiles, et qu'il trouve une place dans les pratiques et les représentations des acteurs concernés.

La connaissance des CPTS par les usagers constitue ainsi un enjeu, à la fois pour ces derniers, et pour les structures elles-mêmes. Pour les patients, identifier les actions proposées et savoir comment y accéder peut favoriser le recours aux dispositifs de prévention et de dépistage, contribuant ainsi à l'amélioration de la santé à l'échelle du territoire. Pour les CPTS, la visibilité de leurs actions conditionne en partie la participation effective des habitants et, par conséquent, leur capacité à atteindre les objectifs fixés. Une action de dépistage peut, par exemple, être organisée sans parvenir à mobiliser suffisamment de participants faute d'être connue du public concerné. Le faible nombre de dépistages réalisés peut alors compromettre l'atteinte des indicateurs associés et le versement de la part variable du financement, sans que cela ne traduise nécessairement un défaut d'organisation ou d'investissement de la CPTS.

La question de la lisibilité des CPTS invite ainsi à réfléchir aux configurations existantes de diffusion de l'information dans le système de santé. La Cpam occupe, à cet égard, une position particulière en raison de sa couverture populationnelle, de ses outils de communication déjà largement déployés (compte Ameli, campagnes d'information, courriers aux assurés) et de sa légitimité institutionnelle en matière de relation avec les usagers. Les CPTS développent également des outils de communication en direction de leurs membres, voire de l'ensemble des professionnels de leur territoire et, pour certaines, des habitants.

Les professionnels de santé constituent par ailleurs des relais potentiels pour informer les patients sur les ressources disponibles sur leur territoire. Dans ce cadre, l'enjeu peut être envisagé moins comme la création de nouveaux canaux d'information que comme l'exploration des formes d'articulation possibles entre acteurs disposant de ressources complémentaires. Cette articulation soulève également la question de la manière dont les informations relatives à l'organisation territoriale des soins circulent, se traduisent et deviennent effectivement accessibles pour les professionnels et les patients.

Plus largement, ces éléments conduisent à interroger les conditions par lesquelles les dispositifs territoriaux parviennent, ou non, à s'inscrire dans les représentations des habitants du territoire et des usagers du système de santé, et la manière dont cette dimension de lisibilité participe, en retour, à leurs usages effectifs et à leurs effets dans le système de santé.

4.2. Repenser la régulation des CPTS

Dans cette partie, nous interrogeons les modalités actuelles de suivi et d'évaluation de l'activité des CPTS, en soulevant les tensions entre temporalités administratives, besoins de pilotage continu et place accordée aux données dans l'action publique territoriale.

4.2.1. L'alignement entre les temporalités de l'action publique et les dynamiques territoriales

Le rythme annuel défini par le cadre de l'ACI peut être appréhendé comme une contrainte temporelle susceptible d'influencer les conditions de construction et de stabilisation des actions dans le temps. Un décalage peut ainsi apparaître entre, d'une part, des objectifs administratifs inscrits dans une logique annuelle et, d'autre part, des dynamiques territoriales qui s'inscrivent dans des temporalités plus longues d'appropriation, d'expérimentation, de coordination et de consolidation des réseaux d'acteurs.

Dans ce contexte, la question de l'articulation des modalités de suivi et d'accompagnement semble se poser avec une acuité particulière. L'intérêt d'échanges plus continus au cours de l'année apparaît notamment comme une piste permettant de limiter les effets de concentration des échanges en fin de cycle, où les logiques de *reporting* tendent à occulter progressivement l'analyse des dynamiques en cours.

Une autre piste renvoie à l'introduction d'indicateurs pluriannuels pour les actions nécessitant des temps longs de maturation, notamment en matière de prévention, de coordination ou d'accès aux soins. Cette évolution gagnerait à s'accompagner d'un engagement de financement pluriannuel de la Cpam, afin de donner aux CPTS une meilleure visibilité sur les moyens dont elles disposent et de sécuriser le déploiement de ces actions dans la durée.

Cette réflexion apparaît particulièrement structurante pour les CPTS en phase de création, pour lesquelles les premières années relèvent avant tout de la structuration interne, de la constitution d'un collectif et de la reconnaissance locale. Dans ces configurations, des formes de suivi plus souples, davantage qualitatives et évolutives, pourraient être envisagées dans une logique transitoire, avant un éventuel basculement vers des modalités d'évaluation plus stabilisées.

Dans cette perspective, piloter ne renvoie pas uniquement à la mesure des résultats, mais également à une forme de synchronisation entre temporalités institutionnelles et dynamiques territoriales.

Enfin, la question des ressources mobilisées pour organiser ces échanges peut également être intégrée à la réflexion. La charge de travail associée aux fonctions de référent, notamment au sein des Cpam, renvoie au double rôle de contrôle et d'accompagnement, ce qui ouvre une réflexion sur la reconnaissance de cette fonction, ainsi que sur l'adaptation des moyens associés, susceptibles d'influer sur la continuité du dialogue de gestion et la qualité du suivi territorial.

4.2.2. Les savoirs issus du terrain : une ressource encore sous-exploitée

Les dialogues de gestion produisent des informations riches, situées et fortement ancrées dans les réalités d'action, issues des retours d'expérience des professionnels de santé impliqués dans les CPTS. Toutefois, ces matériaux semblent aujourd'hui principalement mobilisés dans une logique de suivi et de justification au regard du cadre contractuel de l'ACI, sans faire l'objet d'une véritable structuration ou d'une exploitation dans une perspective de capitalisation.

Cette situation interroge la place accordée à ces savoirs issus du terrain dans le pilotage global des CPTS, dans la mesure où ils pourraient constituer une ressource permettant d'éclairer les trajectoires territoriales et d'ajuster progressivement les modalités d'action publique. Leur valorisation renvoie ainsi à un déplacement possible, d'une logique centrée sur l'obligation documentaire vers une dynamique d'apprentissage plus continue.

Dans cette perspective, la systématisation de la collecte, de l'archivage et de la synthèse de ces éléments, majoritairement qualitatifs, peut être envisagée. Elle pourrait prendre la forme d'un support de capitalisation territoriale structuré, par exemple sous forme de fiches de suivi par territoire, permettant de retracer les évolutions annuelles, d'identifier les points de blocage ou les leviers d'action, et de documenter les ajustements réalisés dans le temps.

Au-delà de leur fonction de suivi, ces supports pourraient contribuer à structurer un dialogue interterritorial, en facilitant la mise en regard des trajectoires, l'identification de problématiques communes et la circulation de pratiques transférables. Ils participeraient également à la constitution d'une mémoire des dynamiques territoriales, dans un contexte marqué à la fois par le renouvellement des équipes d'accompagnement et par le caractère souvent peu formalisé de l'expérience accumulée au sein des institutions de suivi.

Dans cette logique, le dialogue de gestion pourrait progressivement dépasser sa fonction de *reporting* pour s'inscrire davantage dans une dynamique de capitalisation et d'intelligence collective territoriale.

Au-delà, il serait également intéressant d'étudier la manière dont les savoirs issus de l'expérience des professionnels de santé (des savoirs sur les patients suivis et leurs besoins, ainsi que sur les dynamiques de coopération entre professionnels) viennent s'hybrider avec les savoirs détenus par les professionnels des Cpam (des savoirs notamment sur les assurés, sur les enjeux de santé publique du territoire et sur les échanges avec certains professionnels).

4.2.3. L'accès à des données comme support de pilotage partagé

L'enjeu semble aujourd'hui moins résider dans la production ponctuelle de diagnostics que dans la capacité à mobiliser des outils capables de capter, structurer et restituer des données disponibles de manière plus continue. Ces dispositifs visent à rendre plus accessible une information consolidée sur les territoires, en regroupant des indicateurs relatifs à la population, à l'offre de soins, aux besoins de santé ou encore aux conditions d'accès aux soins, ainsi qu'aux parcours de prévention et de soins, et aux pratiques professionnelles. Ils répondent ainsi à un double enjeu d'objectivation des réalités territoriales et d'accompagnement du suivi des dynamiques d'action.

À titre d'exemple, REZONE CPTS constitue un outil développé par l'Assurance maladie, destiné à faciliter l'élaboration du diagnostic territorial des CPTS. Il met à disposition un ensemble de données régulièrement mises à jour, permettant de caractériser un territoire selon plusieurs dimensions complémentaires. Sont notamment intégrées des données relatives à la population (répartition par âge, part de patients en affection de longue durée, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire), à l'accès aux soins (patients sans médecin traitant, soins non programmés, passages aux urgences non suivis d'hospitalisation), à la prévention (vaccination, dépistage, polymédication, traitements), ainsi qu'à l'offre de soins (nombre et activité des professionnels, file active, présence d'établissements sanitaires et médico-sociaux). Ces éléments peuvent être comparés à différentes échelles territoriales, permettant de situer les dynamiques locales dans un cadre élargi (Assurance maladie, 2025).

Dans cette perspective, une évolution de ce type d'outil peut être envisagée vers des dispositifs capables de capter et de mettre à jour les données issues de diverses sources de manière plus continue. L'enjeu ne serait alors plus uniquement de disposer d'un diagnostic initial, mais d'accéder à des informations régulièrement actualisées, permettant de suivre l'évolution des données disponibles, de certains indicateurs et des dynamiques d'action au fil de leur mise en œuvre. Quels types et sources de données mobiliser ? Une réflexion sur cet enjeu a notamment été conduite en Île-de-France par les professionnels et chercheurs du projet de recherche CaPiTaleS. Quels systèmes d'information mobiliser, voire articuler, à un moment où les territoires se dotent de systèmes d'information partagés entre différentes structures ?

Une telle évolution ouvre également une réflexion sur les conditions d'un usage plus partagé des données entre acteurs concernés, notamment avec les professionnels des CPTS eux-mêmes, afin de leur offrir une vision d'ensemble plus directement mobilisable dans l'ajustement de leurs actions. L'information ne serait alors plus seulement mobilisée en amont ou dans une logique d'évaluation a posteriori, mais pourrait contribuer à un pilotage plus continu des dynamiques territoriales.

4.3. Les CPTS à l'épreuve de leur rôle territorial

Dans cette partie, nous analysons le positionnement des CPTS dans l'écosystème de la santé, en soulevant les enjeux liés à leur contribution aux dynamiques territoriales et aux apprentissages que cela permet, à leur articulation avec les autres acteurs et systèmes d'action, et à la reconnaissance de leur valeur ajoutée dans les transformations en cours, au service d'enjeux de santé publique qui peuvent être priorisés.

4.3.1. L'apprentissage entre territoires comme moteur d'innovation

Dans le prolongement de la capitalisation des savoirs issus des dialogues de gestion, la question de la circulation de ces savoirs à une échelle plus large apparaît comme un enjeu structurant pour renforcer les apprentissages entre territoires. Les CPTS produisent en effet des connaissances situées sur leurs pratiques et sur les dynamiques territoriales de santé, mais celles-ci demeurent encore largement dispersées, ce qui en limite la diffusion et, plus largement, le potentiel de transformation à l'échelle du système de santé.

L'enjeu central résiderait alors dans la capacité à transformer ces expériences locales en ressources partageables, mobilisables par d'autres territoires, non pas sous la forme de modèles à reproduire, mais comme des repères susceptibles d'éclairer des situations comparables. Cette perspective suppose de reconnaître davantage la valeur des apprentissages issus de l'action, et d'interroger la place qui leur est accordée dans les modalités de pilotage du système de santé. Quels acteurs pourraient contribuer à cette capitalisation des expériences et ressources ? Quel rôle notamment pour les inter-CPTS, qui se multiplient pour porter et partager des réflexions et des actions à une échelle plus large que celles des CPTS ?

Ces questions renvoient également aux formes de mise en relation entre acteurs, en envisageant des espaces où les échanges entre CPTS participent directement à la diffusion des pratiques, à l'identification de solutions organisationnelles et à l'ajustement progressif des modes d'action. Il s'agirait ainsi de renforcer les circulations de savoirs entre pairs, en articulation avec les cadres institutionnels existants (rencontres locales organisées par les Cpam et ARS, ou par des inter-CPTS, réflexions nationales initiées par la Fédération des CPTS ou les pouvoirs publics, par des sociétés savantes, des associations, etc.).

Plus largement, cette dynamique conduit à interroger la manière dont le système de santé valorise, agrège et réutilise les connaissances produites localement, en envisageant les territoires non seulement comme des espaces de mise en œuvre des politiques publiques, mais également comme des lieux de production de savoirs et d'innovation organisationnelle. Cette dynamique suppose néanmoins de tenir compte des contraintes de disponibilité et de charge organisationnelle des acteurs impliqués, notamment des équipes de coordination, ce qui renvoie aux conditions de soutenabilité de ces dispositifs.

Articulée aux dispositifs locaux de capitalisation issus des dialogues de gestion, cette logique contribuerait ainsi à repositionner les CPTS non seulement comme des outils de coordination territoriale, mais également comme des acteurs de production et de diffusion d'innovation au sein du système de santé.

4.3.2. Une place à consolider dans la gouvernance territoriale de la santé

À mesure que les CPTS se structurent et s'affirment dans l'organisation des soins de proximité, la question de leur positionnement au sein de l'écosystème territorial apparaît de plus en plus centrale. Leur développement s'inscrit dans un environnement marqué par la coexistence de nombreux acteurs et dispositifs – collectivités territoriales, établissements de santé, structures médico-sociales, associations, contrats locaux de santé (CLS), dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou encore expérimentations nationales (articles 51) – dont les champs d'intervention, statuts et modes de financement peuvent parfois se croiser ou se superposer.

Dans ce contexte, la réflexion porte moins sur la création de nouveaux dispositifs que sur les modalités d'articulation entre ceux qui existent déjà.

Cette interrogation conduit plus largement à réfléchir aux formes de dialogue qui pourraient être développées entre les CPTS et les autres acteurs du territoire. Sans remettre en cause leur gouvernance professionnelle, la question se pose de savoir dans quelle mesure les priorités portées par les collectivités, les associations, les structures médico-sociales ou les dispositifs de coordination existants pourraient davantage entrer en résonance avec les projets conduits par les CPTS. L'enjeu n'est pas nécessairement celui d'une intégration plus forte, mais peut-être celui d'une meilleure visibilité réciproque des initiatives et des besoins portés par chacun.

La place des acteurs institutionnels mérite également d'être interrogée. Si les Cpam et les ARS apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés pour accompagner les dynamiques territoriales, leurs propres marges d'action s'inscrivent dans des cadres nationaux relativement structurés. Cette situation soulève une question plus générale : jusqu'où les acteurs institutionnels peuvent-ils accompagner l'adaptation territoriale sans remettre en cause les principes de cohérence et d'équité qui fondent l'action publique ?

Dès lors, l'enjeu semble moins résider dans une redistribution des rôles que dans une clarification progressive des fonctions exercées par chacun et de leurs points d'articulation.

Cette perspective conduit finalement à s'interroger sur la place que les CPTS sont appelées à occuper dans les transformations territoriales du système de santé. Entre autonomie professionnelle, coordination des acteurs et inscription dans des politiques publiques plus larges, leur rôle semble encore en cours de définition. Cette position intermédiaire constitue sans doute l'une des spécificités du modèle, mais aussi l'un des principaux enjeux de son évolution future.

4.3.3. La valeur ajoutée des CPTS à l'échelle des transformations territoriales

À mesure que les CPTS s'installent dans le paysage de la santé territoriale, la question de la valeur qu'elles produisent devient centrale. Au-delà de leur capacité à mettre en œuvre des actions ou à atteindre des objectifs contractuels, c'est leur contribution aux transformations de l'offre de soins et de santé sur les territoires qui est interrogée. C'est aussi la réponse qu'elles apportent aux enjeux de santé publique identifiés localement, dans différentes dimensions, avec la nécessité d'une priorisation en fonction des moyens disponibles : accès aux soins, amélioration des parcours des patients dans le système de santé, action sur les déterminants de santé…

Si les transformations de l'offre de soins et de santé occupent une place croissante dans l'organisation des soins de proximité, les outils d'évaluation actuels peinent encore à saisir pleinement les effets qu'elles produisent à l'échelle des territoires. Cette difficulté tient en partie à la nature même des transformations auxquelles les CPTS contribuent. Leur action ne se limite pas à la mise en œuvre d'actions ou à l'atteinte d'objectifs contractuels. Elle vise plus largement à faire évoluer les modes de coopération entre professionnels, à améliorer la coordination des parcours, à soutenir les démarches de prévention ou encore à faciliter l'accès aux soins. Autant d'effets qui s'inscrivent dans le temps long et dont les résultats demeurent souvent diffus.

Dans cette perspective, la question se pose de savoir si les modalités d'évaluation actuelles permettent réellement d'appréhender ce que produisent les CPTS au-delà de leurs réalisations immédiates. L'enjeu ne semble pas seulement être celui de mesurer davantage, mais peut-être de mieux identifier les transformations que l'on cherche à observer. Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins, aux parcours ou à la prévention constituent à cet égard des repères importants, mais ils ne suffisent pas nécessairement à rendre compte de l'ensemble des dynamiques engagées. Une réflexion sur le type de données nécessaires est à conduire, et à ajuster aux objectifs poursuivis par les parties prenantes.

Cette réflexion conduit également à interroger la notion même d'impact territorial. Dans un système de santé caractérisé par l'intervention simultanée de nombreux acteurs, les évolutions observées sur un territoire résultent rarement de l'action d'une seule structure. Les transformations sont souvent le produit d'interactions, de coopérations et de dynamiques collectives qui rendent difficile toute logique d'attribution directe. Dès lors, une approche fondée sur la contribution pourrait constituer une piste de réflexion intéressante. Il ne s'agirait plus de chercher à démontrer que les CPTS sont à l'origine exclusive d'un résultat, mais plutôt d'interroger la nature de leur participation aux évolutions observées : ont-elles permis d'initier une dynamique ? de la structurer ? de la renforcer ? d'accélérer sa mise en œuvre ?

L'enjeu serait ainsi moins d'opposer évaluation quantitative et analyse qualitative que de réfléchir à des modalités permettant d'appréhender conjointement les résultats observés et les mécanismes qui les rendent possibles, articulation indispensable dans l'évaluation de politiques publiques (Baïz et Revillard, 2022). Une telle perspective permettrait non seulement de mieux comprendre la place occupée par les CPTS dans les transformations territoriales, mais également d'alimenter une réflexion plus large sur ce qui fait la valeur d'une action collective dans un système de santé fondé sur la coopération entre acteurs.

Conclusion et perspectives

Les dialogues de gestion qui sous-tendent le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) s'inscrivent au cœur des transformations du système de santé français, marqué par des tensions structurelles croissantes (vieillissement de la population, progression des maladies chroniques, inégalités territoriales d'accès aux soins), ainsi que par des contraintes budgétaires accrues dans un contexte de déficit de la Sécurité sociale. Dans ce cadre, les CPTS apparaissent comme un levier stratégique pour renforcer la coordination des soins, structurer les parcours et développer la prévention, dans une logique d'amélioration de la qualité et de l'efficience globale du système.

Le dialogue de gestion apparaît, au regard de cette étude, comme un espace d'articulation entre les priorités nationales de santé publique et les besoins identifiés par les acteurs à l'échelle territoriale. À travers des objectifs, des indicateurs et des financements conditionnés à l'atteinte des objectifs fixés, il encadre l'action des CPTS et est appelé à répondre à des exigences de maîtrise et de transparence dans l'utilisation des fonds publics. Il repose sur le développement de fonctions de coordination et de gestion au sein des équipes des CPTS, ainsi que sur une transformation du rôle et des métiers des membres des équipes des Cpam. Toutefois, sa capacité à soutenir les dynamiques territoriales et à orienter l'action reste inégale. Le dialogue de gestion semble ainsi se situer entre une démarche de régulation territoriale encore en construction et un exercice administratif de contrôle, qui se renforce par un pilotage par les indicateurs et des exigences de *reporting*, mais qui ne permet pas toujours aux acteurs de tirer pleinement parti des informations recueillies et d'hybrider les savoirs apportés par les professionnels de santé libéraux et par les chargés de mission des Cpam.

Le rapport du Sénat, « Financement des CPTS : pour un contrôle au service de l'action des professionnels de santé », publié en 2025, s'inscrit dans cette dynamique en soulignant les effets hétérogènes sur le territoire des actions de coordination des soins de ville, un manque de transparence financière et la volonté de « mieux orienter l'action des CPTS ».

Dans ce contexte, l'évaluation des CPTS apparaît déterminante. L'absence d'évaluation nationale consolidée des effets produits par leurs actions, notamment en matière de prévention et de coordination des parcours, limite la capacité à apprécier leur contribution réelle à l'amélioration de la santé des populations. Cette difficulté s'explique en partie par la nature même de ces effets, souvent diffus, indirects et perceptibles à moyen ou long terme, ce qui les rend peu compatibles avec des outils d'évaluation centrés sur des résultats immédiats. Elle alimente ainsi des débats davantage focalisés sur les coûts engagés que sur les bénéfices réellement produits.

Ces enjeux s'inscrivent dans un contexte institutionnel en recomposition. Les évolutions législatives récentes, notamment autour des lois de financement de la Sécurité Sociale et des débats parlementaires associés, traduisent une tendance à la refonte du paysage de l'offre de soins coordonnée, dans une logique de lisibilité accrue pour les usagers et de rationalisation de l'action publique. Plus largement, on observe des débats concernant le rôle des agences régionales de santé et des interrogations sur les missions de Santé publique France, témoignant d'une remise en question plus large des modalités de gouvernance du système de santé. Dans ce cadre, les CPTS s'inscrivent pleinement dans ces controverses, leur légitimité, leur efficacité et leur positionnement faisant l'objet d'appréciations contrastées.

Ainsi, le devenir des CPTS et du dialogue de gestion dépendra de la capacité des pouvoirs publics à mieux articuler les exigences de suivi et de contrôle avec les finalités mêmes de ces organisations : améliorer la coordination des soins, favoriser la continuité des parcours et développer la prévention à l'échelle territoriale. Il s'agit également de mieux apprécier les effets de ces actions dans le temps, tout en garantissant la transparence de l'utilisation des financements publics. Différents travaux comme les « Repères pour évaluer l'efficacité des actions de prévention en santé » de Santé publique France ou encore « La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé » de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), avec des exemples d'analyse en termes d'économies budgétaires, montrent en effet que les investissements dans la prévention et la coordination des soins peuvent générer, à moyen et long terme, des gains sanitaires et économiques, notamment en limitant le recours à des prises en charge plus lourdes et plus coûteuses.

Dans cette perspective, il apparaît essentiel de poursuivre les travaux de recherche sur ces dispositifs afin d'analyser leurs transformations, d'en objectiver les effets sur les parcours de soins et d'éclairer les décisions publiques dans un système de santé en recomposition, traversé par des logiques conjointes d'harmonisation nationale et d'adaptation aux territoires. Les évaluations de politiques publiques peuvent ainsi s'enrichir d'approches conversationnelles, permettant des apprentissages entre les différents acteurs concernés et des ajustements tout au long du processus d'évaluation (Beaussier *et al*, 2025). Ces travaux s'inscrivent également dans une exigence de transparence dans l'usage des financements publics, ainsi que dans une finalité plus large d'amélioration de la santé des populations et de réduction des inégalités sociales de santé.

Bibliographie

ARS Ile-de-France (Agence régionale de santé Ile-de-France) (2025). Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en Île-de-France. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-en-ile-de-france

ARS Ile-de-France (Agence régionale de santé Ile-de-France) (2024). Rapport d'activité 2023. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/rapport-dactivite-2023

ARS Paca (Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur) (2020). Cahier des charges régional des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Cahier des charges CPTS_PACA_Fevrier 2020.pdf

Akerlof G. A. (1970). The Market for « Lemons »: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500. https://doi.org/10.2307/1879431

Assemblée nationale (2016). Étude d'impact sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, n° 1681. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b1681_etude-impact

Assurance maladie. (2025a). La rémunération forfaitaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts

Assurance maladie (2025b). REZONE et REZONE CPTS : deux outils en ligne. https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/entre-vous-et-nous/rezone-et-rezone-cpts-deux-outils-en-ligne

Astier I. (2000). Weller J.-M., *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*, coll. « Sociologie économique », Dubois V., *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, coll.« Études politiques », 1999. https://www.persee.fr/doc/dreso_0769-3362_2000_num_44_1_1766

Avril C., Cartier M. et Serre D. (2010). *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.avril.2010.01

Bagein G., Costemalle V., Deroyon T. ***et al.*** (2022). L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales. Les dossiers de la Drees. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en?utm

Baïz A. et Revillard A. (2022). Comment articuler les méthodes qualitatives et quantitatives pour évaluer l'impact des politiques publiques ? Un guide à l'usage des décideurs et des praticiens. France stratégie, 60 p.

Barrett S., Fudge C. (1981). *Policy and Action: Essays on the Implementation of Public Policy*. London: Methuen. Policy and Action | Essays on the Implementation of Public Policy

Baudot P.-Y. (2014). Le temps des instruments : pour une socio-histoire des instruments d'action publique. In *L'instrumentation de l'action publique*, chapitre 6, pp. 193-236. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.halpe.2014.01.0193

Beaussier A.-L, Bourgeois I., Fournier C., Girault A., Legrand J., Morize N., Robelet M. et Valiergue A. (2025). Les sciences sociales dans l'évaluation des politiques publiques : pour une approche conversationnelle. Liepp, Sciences Po, *Working paper*. https://sciencespo.hal.science/hal-05172554

Becker H.S. (2016). *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.becke.2016.01

Bezes P. (2020). Le nouveau phénomène bureaucratique : le gouvernement par la performance entre bureaucratisation, marché et politique. *Revue française de science politique*, 70(1), 21-47. https://doi.org/10.3917/rfsp.701.0021

Bezes P. (2009a). Le « souci de soi de l'État » : l'idéal d'un gouvernement rationnel de l'administration (1962-1972). *Le Lien social*, 61-126.

Bezes P. (2009b). *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*. Presses universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.bezes.2009.01

Bezes P., Chiapello È., et Desmarez P. (2016). Introduction. La tension savoirs-pouvoirs à l'épreuve du gouvernement par les indicateurs de performance. *Sociologie du travail*, 58(4), 347-369. https://doi.org/10.4000/sdt.587

Bezes P., Demazière D., Bianic T. L., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., Pierru F., et Evetts J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, 53(3), 293-348. https://doi.org/10.4000/sdt.8348

Bezes P., Lallement M., Lorrain D. (2005). Les nouveaux formats de l'institution. *Sociologie du travail*, 47(3), 293-300. https://doi.org/10.4000/sdt.26595

Boltanski L. et Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris, Gallimard.

Bonal M., Padilla C., Guillaume S., Lucas-Gabrielli V. (2025). Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses. *Document de travail*, Paris, Irdes, n° 93, 32 p. https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/093-une-approche-multiprofessionnelle-de-l-accessibilite-aux-soins-de-premier-recours.pdf

Bourdieu P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Éditions de Minuit.

Bourgeois I., Morize N, et Fournier C. (2021). Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer. *Questions d'économie de la santé*, Irdes, n° 262. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf

Boussard V. (2009). L'incontournable évaluation des performances individuelles : entre l'invention d'un modèle idéologique et la diffusion de dispositifs pratiques. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8(2), 37-52. https://doi.org/10.3917/nrp.008.0037

Bras P-L., Monasse H. (2024). La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé. Inspection générale des affaires sociales (Rapport n° 2024-027R). Rapport Igas - Prise en compte preuves scientifiques dans prévention santé.pdf

Bruno I. (2015). Défaire l'arbitraire des faits. De l'art de gouverner (et de résister) par les « données probantes ». *Revue française de socio-économie*, 2, 213-227. https://doi.org/10.3917/rfse.hs1.0213

Bruno I., Didier E., Vitale T. (2014). Statactivism: forms of action between disclosure and affirmation. *Participation and Conflict*, pp.198- 220. Statactivism: forms of action between disclosure and affirmation

Certain M.-H., Lautman A., et Gilardi H. (2023). Rapport « Tour de France des CPTS » https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

Charreire-Petit S. (2017). X. Jeffrey Pfeffer et Gerald Salancik. La dépendance des ressources est stratégique. In Charreire-Petit S. et Huault I. *Les Grands Auteurs en Management*, pp.151-165. EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0151

Chauffaut D. (2011). « Patrice Duran (coord.). Évaluation des politiques publiques sanitaires et sociales. » *Revue des politiques sociales et familiales*, 104, pp. 113-114. https://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2011_num_104_1_2606_t13_0113_0000_1

Chevallier J. (2003). La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? *Revue française d'administration publique*, n°105-106, pp. 203-217. La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? | Cairn.info

Commaille J. (2019). Sociologie de l'action publique. In Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 5, pp. 576-584). Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2014.01.0599

Crozier M. et Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil. L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective, Crozier, Michel

Demazière D. (2016). Les négociations implicites de la division du travail. Le cas des élus régionaux. *Négociations*, 25(1), 39-53. https://doi.org/10.3917/neg.025.0039

Demazière D., Lessard C., et Morrissette J. (2013). Introduction : les effets de la nouvelle gestion publique sur le travail des professionnels : transpositions, variations, ambivalences. *Éducation et sociétés*, 32(2), 5-20. https://doi.org/10.3917/es.032.0005

Desenclos J-C. (2025). Repères pour évaluer l'efficacité des actions de prévention en santé. *La Santé en action*, n° 470, pp. 9-11. Santé publique France. Repères pour évaluer l'efficacité des actions de prévention en santé

Desrosières A. (2008). *Pour une sociologie historique de la quantification. L'Argument statistique I.* Presses des Mines. https://books.openedition.org/pressesmines/901

Devulder A. (2024). Gatekeeping theory: Origine et explication. Bara think tank. https://www.bara-think-tank.com/baragouin/gatekeeping-theory-origine-et-explication

DGOS (Direction générale de l'offre de soins) (2016). Instruction relative aux modalités de couverture du territoire par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). https://www.directions.fr/PageFiles/9378/CPTS.pdf

Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques) (2023). Début 2022 : un médecin généraliste sur trois fait partie d'une CPTS en fonctionnement ou en projet. *Études et résultats*, Drees, n° 1268. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1268.pdf

Duran D. (2010). L'institutionnalisation des acteurs locaux en santé publique. *Politiques et management public*, 28(4), 87-108.

Dubois V. (2012). Le rôle des *street-level bureaucrats* dans la conduite de l'action publique en France. https://shs.hal.science/halshs-00660673/document

Dubois V. (2010). Chapitre 10 / Politiques au guichet, politique du guichet. In Borraz O. et Guiraudon V. *Politiques publiques 2 : Changer la société*, pp. 265-286. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.borra.2010.01.0265

Dumez H. et Jeunemaître A. (2010). Quand l'économie échoue à être performative. Une étude de cas. In Akrich M., Barthe Y., Muniesa F., et Mustar P. (éds.). *Débordements*. Paris: Presses des Mines. https://doi.org/10.4000/books.pressesmines.734

Fauchier-Magnan E., et Wallon V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2018 041R). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé | Igas

Fasshauer I. (2013). Les interactions entre contrôle et stratégie : redéfinition du rôle des cadres intermédiaires et du levier interactif de contrôle. https://theses.hal.science/tel-00798234/file/Fasshauer.pdf

Fournier C., Morize N., Moyal A. (2025). Multidisciplinary Primary Care Groups (Maisons de santé pluriprofessionnelles, MSPs) and the Long Path to Team Practice. In: Handbook of Integrated Care. Sous la dir. de Amelung V., Stein V., Suter E., Goodwin N., Balicer R., Beese A.S. New York: *Springer*, 02, 1-21.

Gardon S., Gautier A. et Le Naour G. (2021). *L'instrumentation de l'action publique. La santé globale au prisme de l'analyse des politiques publiques*. Versailles. Éditions Quæ.

Gaudin J.-P. (2019). Contrats. In Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques,* vol. 5, pp. 164-170. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0164

Gauthier L. (2021). Déploiement des CPTS : les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné.

Genard J.-L. et Cantelli F. (2008). Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques. *La revue internationale francophone de sociologie*. https://doi.org/10.4000/sociologies.1943

Genard J.-L. et Neveu C. (2004). L'action publique entre expertise et débat. In *Gouverner par les instruments* (pp. 45–70). Presses de Sciences Po.

Goffman E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne* (tome 1). Les Éditions de Minuit.

Guionnet C. (2013). Weller J.-M., *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. In Mauger G. et Pinto L. (éds.), *Lire les sciences sociales*, volume 6/2008-2013. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme. https://doi.org/10.4000/books.editionsmsh.15184

Halpern C. (2019a). Concertation/délibération/négociation. In Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 5, pp. 155-163. Presses de Sciences Po. Concertation/délibération/ négociation | Cairn.info

Halpern C. (2019b). Décision. In Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P., *Dictionnaire des politiques publiques*, vol. 5, pp. 199-206. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2010.01.0201

Halpern C. (2014). La contractualisation et l'instrumentation différenciée du pilotage public. *Revue française d'administration publique*, 150(4), 789-810.

Halpern C., Lascoumes P., et Le Galès P. (2019). Instrument. In Boussaguet L., Jacquot S. et Ravinet P. *Dictionnaire des politiques publiques,* vol. 5, pp. 321-330. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0321

Halpern C., Lascoumes P. et Le Galès P. (2014). *L'instrumentation de l'action publique : controverses, résistance, effets*. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.halpe.2014.01

Hamarat N. (2015). Henri Bergeron et Patrick Castel, *Sociologie politique de la santé*. Lecture. https://doi.org/10.4000/lectures.18080

HAS (Haute Autorité de santé) (2023). Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3448949/fr/engagement-des-usagers-dans-les-maisons-centres-et-territoires-de-sante

Hassenteufel P. (2021). *Sociologie politique de l'action publique*. Armand Colin. https://doi.org/10.3917/arco.hasse.2011.01

Hassenteufel P., Hosti J., Jimenez C., Fournier C., Moyal A., Saint-Lary O., et Schweyer F-X. (2021). Améliorer l'accès aux soins de proximité dans les Yvelines. *Conférence « Projets et Territoire Santé »*, Conseil départemental des Yvelines, Sciences Po, Saint Germain en Laye, France. [hal-03980946]

Hassenteufel P., Naiditch M. et Schweyer F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, pp.11-31. https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011

Hcaam (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie) (2017). Prévention et promotion de la santé. Avis du Hcaam 2017-2018. prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf

Hay E. (2025). La délimitation des territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un prisme d'analyse des enjeux de pouvoir dans la réforme de l'organisation des soins de ville. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité santé publique, Université Paris Cité. https://www.irdes.fr/recherche/theses-et-memoires/these-hay-emmanuel-la-delimitation-des-territoires-des-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts.pdf

Hibou B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale*. Paris, La Découverte. https://journals.openedition.org/teth/552

Huault I. (2017). XI. Paul DiMaggio et Walter W. Powell – Des organisations en quête de légitimité. In *Les grands auteurs en management* (pp. 166-181). EMS Éditions. https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0166

Jacob S. et Schiffino N. (2021). *Politiques publiques : fondements et prospective pour l'analyse de l'action publique*. Bruylant. https://shs.cairn.info/revue-les-politiques-sociales-2021-3-page-II?lang=fr

Lallement M. (2016). Max Weber (1864-1920). Une méthode compréhensive. In Journet N. *Les grands penseurs des sciences humaines* (pp. 39-43). Éditions Sciences Humaines. https://doi.org/10.3917/sh.journ.2016.01.0039

Laousse D. et Hooge S. (2018). Refaire société par la création de communautés d'innovation Le cas des ateliers SpotLAB sur les nouvelles mobilités en régions. *Revue française de gestion*, 272(3), 85-102.

Lascoumes P. (2007). L'instrumentation de l'action publique. *Revue française de science politique*, 57(4), 773–795.

Lascoumes P. et Simard L. (2011). L'action publique au prisme de ses instruments : Introduction. *Revue française de science politique*, vol. 61(1), 5-22. https://doi.org/10.3917/rfsp.611.0005

Lascoumes P. et Le Galès P. (2005). *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01

Lévi-Strauss C. (1962). *La Pensée sauvage*. Paris : Plon.

Lewin K. (1947). Frontiers in Group Dynamics. Concept, Method and Reality in Social Science. Social Equilibria and Social Change. *Human Relations*, 1 (1), 5-41. https://doi.org/10.1177/001872674700100103

Legifrance. (2016). Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641

Lipsky M. (2010). Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. 30thAnniversary Expanded Edition. https://www.russellsage.org/publications/book/street-level-bureaucracy

Lipsky M. (1980). Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services. Russell Sage Foundation. http://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713

Maurel C., Favoreu C., Gardey D. et Carassus D. (2020). Les effets des démarches locales de performance sur le pilotage des services publics. https://hal.science/hal-03058265v1/document

Mélice A. (2009). *Un concept lévi-straussien déconstruit : le « bricolage ». Les Temps modernes*, n° 656, pp. 83-98. Gallimard.

Ministère de la Santé (2025). Article 51 LFSS 2018 – Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/

Ministère de la Santé (2024a). CPTS : S'organiser sur un même territoire pour renforcer les soins aux patients. https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/

Ministère de la Santé (2024b). Le plan 100 % CPTS. 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-plan-100-cpts

Ministère de la Santé (2019) Expérimentations innovantes en santé (article 51) : mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport du Conseil stratégique. Paris. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

Ministère de la Santé (2018a). Ma santé 2022 : Un engagement collectif. https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/

Ministère de la Santé (2018b). Repenser l'organisation territoriale des soins. https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/repenser-l-organisation-territoriale-des-soins

Morize N., Bourgeois I. et Fournier C. (2021). Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé. *Questions d'économie de la sante*, Irdes, n° 261. https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf

Moyal A. (2026) *Réguler sans contraindre : l'État et les médecins face aux déserts médicaux*. Paris, Presses de Sciences Po.

Muller P. (2018). Comprendre l'action publique aujourd'hui (chapitre V). In *Les politiques publiques*, pp. 97-118. Presses universitaires de France. https://shs.cairn.info/les-politiques-publiques--9782130804000-page-97?lang=fr

Muller P. (2015). *Les politiques publiques*. (11e éd.). Presses universitaires de France. https://shs.cairn.info/les-politiques-publiques--9782130654315?lang=fr

Muller P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 50-2, pp. 189-208. https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464

Muniesa F. et Callon M. (2013). La performativité des sciences économiques. In Steiner P. et Vatin F. *Traité de sociologie économique*, Presses universitaires de France.

Neveu E. et François B. (éds.). (1999). *Espaces publics mosaïques*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes. https://doi.org/10.4000/books.pur.24673

Olivier de Sardan J.P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Bruylant Academia.

Ostrom E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press. https://www.actu-environnement.com/media/pdf/ostrom_1990.pdf

Pasquier R., Guigner S. et Cole A. (2020). *Dictionnaire des politiques territoriales*. Presses de Sciences Po. Dictionnaire des politiques territoriales | Cairn.info

Passeron J.C. et Revel J. (2005). Penser par cas. Raisonner à partir de singularités. In : Passeron, JC et Revel J (éd.). *Penser par cas*, Éditions de l'EHESS, coll. Enquêtes, pp. 9-44.

Piteau M. (2021). Luc Boltanski et Laurent Thévenot. De la justification, les économies de la grandeur (1991). *Revue française de science politique*, HS1, 242-260. Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/rfsp.hs1.0242

Pollitt C., Talbot C., Caulfield J. et Smullen A. (2004). *Agencies: How Governments Do Things Through Semi-Autonomous Organizations*. Basingstoke: Palgrave Macmillan. Agencies: How Governments Do Things Through Semi-Autonomous Organizations

Pribile P. et Nabet N. (2022). Repenser l'organisation territoriale des soins. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale-2.pdf

Revillard A, Delahais T, Devaux-Spatarakis A et Ridde V. (2022). *Évaluation : fondements, controverses, perspectives*. Éditions Science et bien commun.

Safon M.-O. (2021). La loi de modernisation de notre système de santé. Irdes, Synthèses & bibliographies https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf

Schweyer F-X. (2026). Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : de nouveaux acteurs de la coordination des soins. In Boisson M., Hassenteufel P. et Benamouzig D. *Une coordination territoriale des soins. Actes du séminaire de la chaire santé 2024*. https://sciencespo.hal.science/hal-05533242v1/file/Seminaire_Chaire_Sante_2024.pdf

Schweyer F-X. (2022) La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier. In : Denise *et al.* *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Irdes, pp.195-206.

Sénat. (2025). Financement des CPTS : pour un contrôle au service de l'action des professionnels de santé. Rapport d'information n° 32. https://www.senat.fr/rap/r25-032/r25-0320.html

Siméant-Germanos J. (2020). Économie morale. In *Dictionnaire des mouvements sociaux* (Vol. 2, pp. 205-209). Presses de Sciences Po. https://doi.org/10.3917/scpo.filli.2020.01.0205

Spivac S. et Lévi-Strauss C. (1964). La pensée sauvage. In *Tiers-Monde*, tome 5, n° 19. Amérique Latine - Europe 1964, sous la direction de Pierre Monbeig. www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1964_num_5_19_2933

Steiner P. et Vatin F. (2013). *Traité de sociologie économique* (p. 281-316). Presses universitaires de France.

Strauss A. (1992). La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris, L'Harmattan. https://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/S/Strauss-_1992_A.html

Tréanton J.-R. (1982). Crozier Michel et Friedberg Erhard, L'acteur et le système ; Adam Gérard et Reynaud Jean-Daniel, Conflits du travail et changement social ; Clegg Stewart and Dunkerley David, Organization, class and control. *Revue française de sociologie*, 23-2, pp.311-315. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1982_num_23_2_3574

Trosa S. (2012). *Les acteurs de la réforme. La crise du management public* : *comment conduire le changement ?* (pp. 25-30). De Boeck Supérieur. https://shs.cairn.info/la-crise-du-management-public--9782804166724-page-25?lang=fr

Vézinat (2019). *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*. Paris, Presses universitaires de France.

Warin P. (2003). Mesurer le non-recours aux prestations [La recherche d'indicateurs]. *Revue des politiques sociales et familiales*, 73, pp. 90-96. https://doi.org/10.3406/caf.2003.2015

Weber M. (1922). Caractéristiques de la bureaucratie. In *Sociologie politique*. Tome 1, pp. 256-263. Textes réunis par Pierre Birnbaum et François Chazel. Paris: Librairie Armand Colin, 1971.

Weller J.M. (1999). L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics, Paris, Desclée de Bouwer, coll. « Sociologie économique ».

ANNEXE

Protocole de recherche exploratoire

Étude qualitative exploratoire sur le dialogue entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les membres des équipes de la Caisse primaire d'Assurance maladie (Cpam) du Val-de-Marne dans le cadre de la contractualisation ACI-CPTS (décembre 2024)

Équipe de recherche

- Enora Kerjean, étudiante en Master 1 de politiques publiques de santé à Sciences Po Paris, stagiaire à l'Irdes
- Cécile Fournier, directrice de recherche, sociologue et médecin de santé publique, Irdes

Coordination avec la Cpam du Val-de-Marne (94)

- Sandrine Roque, directrice de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude
- Clément Maritaz, responsable du département établissements de santé
- Ugo Bergamini, responsable du pôle d'accompagnement des offres de soins en ambulatoire

Réalisation

- **Période** : janvier à mai 2025
- **Lieu** : Cpam du Val-de-Marne et plusieurs CPTS du département

Contexte et objectifs

Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, le système de santé français a connu des transformations notables, marquées par l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures sont composées de professionnels de santé libéraux qui choisissent de s'associer, aux côtés d'autres offreurs de soins, pour coordonner et développer des actions sur un territoire qu'ils définissent ensemble. Elles ont pour objectif principal d'améliorer l'accès aux soins, et de répondre à des enjeux de santé locaux en développant des actions territoriales de prévention, en coordonnant l'articulation ville-hôpital et en contribuant à la réponse aux urgences sanitaires, en fonction des besoins de leur territoire. Une fois leur projet de santé validé par l'agence régionale de santé (ARS), leur financement est géré par les caisses primaires d'Assurance maladie (Cpam), en lien étroit avec les ARS, dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu le 20 juin 2019 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, les organisations représentatives des professionnels de santé. Chaque CPTS signe avec la Cpam et l'ARS de son territoire un contrat tripartite pour une durée de cinq ans, prévoyant des rencontres au minimum annuelles, appelées « dialogues de gestion », permettant d'adapter le contenu des actions, les modalités de leur suivi et les financements

correspondants. L'ACI sert ainsi de cadre pour la définition des actions, des objectifs et du financement des CPTS, et les dialogues de gestion permettent de décliner ces objectifs en projets concrets adaptés aux enjeux locaux, d'ajuster leurs conditions d'évaluation et de suivre leur réalisation, tout en assurant la cohérence avec les priorités nationales et les financements disponibles.

Ce soutien à une offre de soins intégrée et territorialisée repose à la fois sur l'engagement et le travail de coordination mis en œuvre par les professionnels de santé du territoire participant aux CPTS, et sur un investissement financier important des pouvoirs publics pouvant aller, selon la taille de la population couverte par la CPTS et les actions déployées, jusqu'à 580 000 € par an. Si les professionnels des CPTS sont désireux d'améliorer la qualité des soins, de l'accès aux soins et de la prévention proposée aux habitants de leur territoire, en améliorant notamment la coordination intersectorielle de l'offre proposée, les équipes de l'Assurance maladie, en lien avec celles de l'ARS, ont le souci d'accompagner au mieux ces nouveaux dispositifs, en s'assurant de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience des actions financées, dans un contexte de raréfaction des financements publics.

L'étude qualitative exploratoire proposée vise à éclairer les modalités et enjeux du dialogue existant entre les membres de l'équipe de la Cpam du Val-de-Marne et les représentants des CPTS opérant sur ce territoire, concernant la définition des objectifs et des indicateurs associés à la mise en œuvre des actions prévues dans le contrat ACI-CPTS, négociées et ajustées annuellement lors du dialogue de gestion.

Cette recherche se concentrera donc sur les enjeux, les modalités de travail, les logiques d'acteurs et les stratégies déployées d'un côté par les professionnels des CPTS et de l'autre par les membres des équipes de la Cpam (en lien avec l'ARS), en vue d'améliorer l'offre de soins sur les territoires concernés, par l'intermédiaire d'objectifs souvent chiffrés. Elle cherchera à comprendre de quelle manière le dialogue s'organise aujourd'hui, sur quelles données il se fonde, et ce qui, dans les dispositifs actuels d'accompagnement des CPTS, apparaît adapté ou au contraire améliorable. En particulier, la Cpam et les représentants des professionnels de santé se basent souvent sur des données statistiques pour objectiver la réalité des pratiques mises en œuvre, et il serait intéressant d'envisager le recueil de données complémentaires permettant de comprendre la complexité des interactions et des dynamiques professionnelles et institutionnelles en jeu sur le territoire, et leurs effets potentiels sur l'offre de santé.

La recherche aboutira à la mise en lumière d'éléments pratiques et opérationnels en mesure de faciliter le dialogue entre les porteurs de projets de CPTS et les équipes d'une Cpam, pour leur permettre de réfléchir conjointement à la structuration et à l'intégration de l'offre de soins, en tenant compte des spécificités des territoires, notamment en termes de besoins de santé et de configurations d'acteurs. Cette recherche permettra de réfléchir aux stratégies annuelles de négociation d'actions, d'objectifs et d'indicateurs, tout en les inscrivant dans une temporalité plus longue, alors qu'un grand nombre de CPTS atteignent leur cinquième année de fonctionnement, offrant ainsi un contexte particulièrement pertinent pour cette étude.

Méthodologie

Cette étude exploratoire adopte une approche sociologique qualitative, axée sur la compréhension des dynamiques sociales et organisationnelles des CPTS et de la Cpam, et de leurs interactions. Premièrement, nous chercherons à avoir, d'une part, une appréhension globale des enjeux et stratégies de la Cpam et, d'autre part, de chaque CPTS étudiée (participant éventuellement à une inter-CPTS), en les replaçant dans le temps. Deuxièmement, nous

étudierons le dialogue entre CPTS et Cpam au moyen d'une étude de cas, en précisant et approfondissant l'étude d'un petit nombre d'actions mises en œuvre dans deux ou trois CPTS : nous retracerons la manière dont elles ont été définies, ainsi que les négociations qui ont eu lieu autour de leurs objectifs et indicateurs de suivi. Les actions choisies seront liées aux missions communes à ces deux ou trois CPTS, telles que l'amélioration de l'offre de soins, par exemple, ou la mise en place d'actions de prévention, et seront choisies après une première phase de terrain, parmi celles qui apparaîtront comme illustratives de différents types d'enjeux importants pour le dialogue et l'offre de soins sur le territoire. Ces études mettront en lumière les dynamiques locales de déploiement des projets et d'utilisation des financements alloués par la Cpam.

Le projet se déroulera en deux phases principales : une phase d'observation et une phase d'entretiens.

- **Observation des dialogues de gestion** (janvier-février 2025) : le projet commencera par l'observation de plusieurs dialogues de gestion impliquant les équipes de la Cpam et les représentants de CPTS. Ces échanges, essentiels pour la définition et la fixation des objectifs, des projets, des indicateurs et des financements, permettront d'identifier les priorités et les attentes des deux parties. L'analyse des interactions dans ce cadre visera notamment à identifier les points de convergence et de divergence dans les enjeux identifiés et les objectifs portés par les professionnels des CPTS et de la Cpam.
- **Entretiens semi-directifs** : à la suite des observations, une série d'entretiens semi-directifs sera menée avec les représentants de la Cpam et les professionnels porteurs de deux ou trois CPTS sélectionnées. Ces entretiens seront centrés sur :
  - l'histoire et les stratégies de chaque CPTS : il est essentiel d'étudier l'histoire et l'évolution de chaque CPTS et de ses objectifs (composition, histoire de sa création, dynamique interne et relations entre ses membres, modalités d'adaptation aux besoins du territoire, objectifs poursuivis à court, moyen et long terme, stratégies d'atteinte des objectifs fixés, échanges inter-CPTS éventuels), ainsi que l'histoire du dialogue avec les membres de la Cpam et de l'ARS. Les entretiens permettront de comprendre les logiques actuelles de développement de la CPTS et les enjeux et modalités d'interactions avec la Cpam (comment ont été définis les projets, priorités et objectifs sur le territoire : temps, coordination des acteurs, population cible…). Cela nous permettra aussi de comprendre ce qui est considéré comme une réussite, du point de vue des professionnels porteurs de la CPTS. Les critères de réussite, les indicateurs associés, ainsi que les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des projets, devront être analysés en profondeur.
  - les entretiens avec les membres de l'équipe de la Cpam 94 auront pour objectif de comprendre comment celle-ci a accompagné au fil du temps chacune des CPTS sélectionnées : à partir de quels enjeux identifiés ? avec quelle logique ? Il s'agira de reconstituer l'histoire de l'accompagnement et du dialogue, de comprendre ce qui constitue pour la Cpam une réussite, et les difficultés ou points de débat éventuels.

Il s'agira également de comparer les accompagnements mis en place pour différentes CPTS du département, en fonction des spécificités mises en évidence, et d'analyser les adaptations concrètes d'une stratégie d'accompagnement plus globale : on pourra se demander si les pratiques d'accompagnement tendent à se différencier, ou au contraire à se rapprocher et à s'uniformiser pour l'ensemble des CPTS. Il s'agira également d'examiner si cet accompagnement se heurte à des difficultés, et à quoi celles-ci peuvent être liées : hétérogénéité des territoires, des configurations d'acteurs au sein des CPTS, ancienneté des collaborations, données disponibles, etc. L'étude examinera aussi la manière dont les financements sont attribués par la Cpam et sont répartis et utilisés pour chaque projet, et comment ces décisions sont perçues par les différents acteurs.

Sélection des enquêtés

Au sein de la Cpam, des entretiens seront proposés aux membres de l'équipe impliqués dans l'accompagnement de CPTS, à différents niveaux (à préciser ensemble).

Observation de quatre ou cinq dialogues de gestion programmés en janvier et février 2025 : lorsqu'un dialogue de gestion est programmé, la Cpam relaiera la proposition de l'Irdes qu'une étudiante soit présente pendant la réunion, et transmettra à l'équipe de la CPTS une fiche d'information sur le projet. En cas d'accord de la part de l'équipe porteuse de la CPTS, le consentement de l'équipe sera à nouveau recueilli au début de la réunion.

Les CPTS à qui seront proposés des entretiens de leurs porteurs feront partie de celles qui auront accepté la présence de l'étudiante lors du dialogue de gestion. Les critères de choix des CPTS à qui seront proposés ces entretiens, et qui permettront des études de cas, sont encore à discuter (ancienneté, taille, problématique du territoire).

Enfin, selon le temps disponible, des entretiens pourront être proposés à d'autres acteurs intervenant dans ce dialogue d'accompagnement autour de la contractualisation dans l'ACI-CPTS, notamment des membres des équipes de l'ARS.

Éthique de la recherche

- **Entretiens et observations** : avec l'accord des enquêtés, les entretiens seront enregistrés en audio, et les extraits jugés pertinents seront retranscrits. Les observations donneront lieu uniquement à une prise de notes, elles ne seront pas enregistrées.
- **Consentement éclairé** : avant chaque observation ou entretien, un consentement éclairé sera recueilli. Les participants seront informés de l'objectif de l'étude, de la confidentialité des données recueillies, et du fait qu'aucun enregistrement audio ou vidéo ne sera effectué.
- **Confidentialité** : les informations personnelles et professionnelles recueillies seront anonymisées. Des pseudonymes seront utilisés dans le rapport d'enquête afin de garantir la confidentialité des participants.
- **Rapport d'enquête** : les chercheurs seront attentifs à ne pas divulguer d'informations identifiantes, ni d'éléments susceptibles de nuire au dialogue entre les acteurs.

Résultats escomptés

Cette recherche permettra de comprendre en profondeur les interactions complexes qui se jouent entre les membres des CPTS et des Cpam, ainsi que les dynamiques qui influencent les dialogues de gestion dans le cadre contractuel territorial de l'ACI-CPTS. Cette étude sociologique, à partir d'un petit échantillon de CPTS dans le Val-de-Marne, pourra offrir des pistes de réflexion pour une analyse à plus large échelle, au niveau national. En identifiant les défis rencontrés pour parvenir à un consensus sur les objectifs, les indicateurs de réussite et les critères d'allocation des ressources, l'étude apportera un éclairage sur les modalités de construction par les professionnels de santé d'une offre de soins plus intégrée et adaptée aux spécificités de leurs territoires, et sur les démarches d'accompagnement de ce travail, développées par les Cpam. Elle éclairera également les transformations du rôle et des

métiers de l'Assurance maladie en matière d'accompagnement des professionnels dans leurs pratiques, et d'évaluation des effets des nouvelles organisations et services offerts.

Le rapport final apportera enfin des éléments pratiques et opérationnels pour adapter les interactions et stratégies actuelles d'accompagnement des CPTS.

Cette étude a ainsi pour ambition de soutenir la mise en œuvre de politiques de santé territorialisées et de guider l'évolution des dispositifs et des pratiques d'accompagnement indispensables à leur déploiement, pour permettre au système de santé français de répondre plus efficacement aux nombreux défis auxquels il fait face.

Les dernières publications de l'Irdes



- **Les professionnels de santé ont maintenu le suivi des patients vivant avec une sclérose en plaques pendant la pandémie de Covid-19.**
  Duchaine F. (Irdes), Espagnacq M. (Irdes), Levy J. (Irdes, Hôpital Raymond Poincaré, UVSQ Paris Saclay), Regaert C. (Irdes)
  Questions d'économie de la santé n° 311 – Septembre 2026
- **Le cumul des dépassements d'honoraires au cours d'un épisode de soins : l'exemple de l'accouchement.**
  Legal R., Vincent R., Bonal M. (Irdes)
  Questions d'économie de la santé n° 310 – Juillet-août 2026



- **Une approche multiprofessionnelle de l'accessibilité aux soins de premier recours : des configurations territoriales très diverses.**
  Bonal M. (Irdes), Padilla C. (EHESP, CNRS, Inserm, Arènes-UMR 6051, RSMS-U 1309), Chevillard G. (Irdes), Lucas-Gabrielli V. (Irdes)
  Document de travail n° 93. Mars 2025
- **Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité.**
  Penneau A. et Or Z. (Irdes), en collaboration avec Vincent R. (Irdes)
  Document de travail n° 92. Janvier 2025



- **Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)**
  Rapport (volet 2) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.
  Bricard D. (Université de Montpellier), Cassou M. (Irdes), Daniel F. (Irdes), Franc C. (Cesp-Inserm, Irdes), Mousquès J. (Irdes)
  Rapport n° 606 – Octobre 2026
- **Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)**
  Rapport (volet 2) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.
  Bricard D. (Université de Montpellier), Cassou M. (Irdes), Daniel F. (Irdes), Franc C. (Cesp-Inserm, Irdes), Mousquès J. (Irdes)
  Rapport n° 605 – Octobre 2026

Abonnements-Diffusion : Irdes 21-23 rue des Ardennes 75019 Paris
www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 21 • **Contact** : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Véronique Suhard
Documentaliste : Rouguiyatou Ndoye
Chargé de mission : Damien Le Torrec

Le fonds documentaire est spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. Il se compose de 19 000 ouvrages, 73 périodiques, 6 000 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York…).

La base documentaire est accessible en ligne : https://doc.irdes.fr/

Les documents peuvent être consultés sur rendez-vous au Centre de documentation de l'Irdes : 01 53 93 43 21/56. Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Enfin, des produits documentaires réalisés par les documentalistes sont disponibles sur le site de l'Irdes : www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes *http://www.irdes.fr*

- **La série des podcasts**, créée en décembre 2023, donne la parole aux chercheuses et chercheurs de l'Irdes sur une question de recherche, en écho à l'actualité de la santé et de la protection sociale. Elle met à la disposition d'un large public, sous format audio, les résultats les plus récents des études, recherches ou enquêtes menées par l'Institut : https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html
- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La ***Lettre d'information*** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale sont deux veilles thématiques bimensuelles. L'une bibliographique est réalisée à partir de la littérature scientifique en santé et l'autre à partir de la presse santé en ligne.

Contact : contact@irdes.fr

Au cœur des négociations entre les professionnels porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les pouvoirs publics

Les dialogues de gestion des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un rendez-vous annuel entre les équipes des CPTS et leurs interlocuteurs institutionnels, notamment l'Assurance maladie. Ils permettent de dresser le bilan des actions menées, d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés et de définir les priorités pour l'année à venir. À ce titre, ils offrent un observatoire des transformations de l'action publique en santé. À partir d'une enquête qualitative menée auprès des équipes de trois CPTS du Val-de-Marne et de membres de la Caisse primaire d'Assurance maladie du Val-de-Marne (Cpam 94), cette étude analyse les interactions entre professionnels de santé et pouvoirs publics, ainsi que le rôle des instruments de pilotage dans la construction de l'action territoriale.

L'analyse montre que le dialogue de gestion ne se réduit pas au suivi des objectifs et des financements. Il constitue également un espace de négociation et de reconnaissance institutionnelle, où se confrontent les exigences de contrôle et d'orientation portées par la Cpam et les besoins d'adaptation exprimés par les CPTS. Les indicateurs, les modalités de financement et les obligations de compte rendu influencent les priorités des structures et leurs stratégies d'action, faisant émerger des tensions entre différents types de savoirs, ainsi qu'entre conformité aux cadres nationaux et prise en compte des spécificités territoriales.

Si le dispositif offre des marges d'ajustement et favorise les échanges entre acteurs, sa portée régulatrice mériterait d'être évaluée. Les temporalités administratives, l'homogénéisation des missions et les difficultés à mesurer les effets des actions à long terme interrogent sa capacité à soutenir efficacement et durablement la coordination des soins et le développement de la prévention.

Ces résultats ouvrent des pistes de réflexion dans trois domaines, touchant aux conditions nécessaires à une structuration plus solide des CPTS, aux modalités de régulation des espaces de négociation que constituent les dialogues de gestion, et à la place de ces nouvelles organisations dans la régulation territoriale de l'offre de soins.

IRDES
Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes
21 rue des Ardennes 75019 Paris
Tél. : 01 53 93 43 21
www.irdes.fr

ISBN : 978-2-87812-672-3 (PDF)
ISSN : 2263-5416

© novembre 2026