



Fédération Nationale
Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Résultats de la Grande Enquête des CPTS

Volet 2

1. Objectifs de l'enquête	2
2. Données de cadrage	3
3. Historique et formalisation des relations ville-hôpital : un constat contrasté	6
3.1. Appréciation des relations ville-hôpital	6
3.2. Le sentiment de reconnaissance	8
3.3. La formalisation des coopérations	9
La participation aux CME	9
Autres formes de partenariat	9
Identification des interlocuteurs hospitaliers	10
Le partage de locaux	11
3.4. Leviers et freins au partenariat	12
4. Les relations ville-hôpital, un engagement fort des CPTS	14
4.1. Du personnel salarié dédié	14
4.2. Un engagement financier	15
4.3. Un rôle naissant mais confirmé des InterCPTS	16
5. Les projets en commun : matérialisation de la coopération, de ses freins et leviers	17
5.1. Organisation des parcours	18
Focus sur le PRADO	20
Focus sur la Responsabilité Populationnelle de la FHF	21
5.2. Les outils numériques	22
5.3. Qualité et pertinence des soins	23
5.4. Actions de prévention menées avec l'hôpital	24
5.5. Gestion de crise	24
5.6. Accueil des internes et professionnels en formation	25
5.7. Attractivité	25
5.8. Recherche	25
5.9. Implication des usagers et éthique	26
6. Comment aller plus loin ?	27
6.1. Mesurer : des indicateurs pertinents existent-ils ?	27
6.2. Documenter : valorisation des actions CPTS	29
6.3. Les freins à la coopération	30
6.4. Les leviers à la coopération	32
6.5. Les besoins et attentes identifiés par les CPTS	33
7. Synthèse : 5 conclusions, 5 actions à mener	36
8. Limites et perspectives de l'enquête	39

L'édito du président

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, les CPTS ont pour vocation de favoriser l'engagement des professionnels de santé libéraux dans une nouvelle forme de responsabilité populationnelle en les positionnant comme acteurs clés de la structuration des parcours de soins à l'échelle territoriale.

Cette même loi portait également une ambition complémentaire : replacer les établissements de santé dans une logique de proximité via un nouveau mode de fonctionnement et de financement pour les hôpitaux locaux devenus hôpitaux de proximité.

Dans ce contexte, la relation ville-hôpital apparaît plus que jamais comme un enjeu central. Elle cristallise parfois les tensions et révèle certains dysfonctionnements persistants dans notre système de soins. Mais elle constitue aussi et surtout, un levier puissant de transformation, capable de fédérer les acteurs autour d'un objectif commun : garantir la continuité et la qualité des parcours de soins pour tous les usagers.

C'est dans cet esprit que la FCPTS a engagé une enquête nationale sur les relations entre secteur ambulatoire et secteur hospitalier, construite en partenariat avec la CNAM, la DGOS et la Fédération nationale des établissements de santé de proximité.

Cette démarche vise à objectiver l'état actuel des coopérations, à mettre en lumière les actions concrètes portées par les CPTS, à identifier les leviers de réussite, mais aussi à nommer clairement les freins qu'il reste à lever.

Au-delà des données, cette enquête constitue une véritable photographie de l'engagement des CPTS sur une thématique aussi stratégique que transversale, qui traverse l'ensemble de leurs missions.

Elle permettra à la FCPTS et à ses partenaires de s'appuyer sur des exemples probants et inspirants, d'en tirer des enseignements opérationnels et de proposer un cadre d'action national partagé, garant d'une montée en puissance cohérente et équitable sur l'ensemble du territoire.

Ce point d'étape montre qu'une dynamique de coopération est bel et bien enclenchée. Gageons qu'elle contribuera concrètement à prévenir les ruptures de parcours, à améliorer les réponses en santé et à renforcer la confiance entre tous les acteurs du système.

1. Objectifs de l'enquête

La 2^{ème} édition de la Grande Enquête des CPTS réalisée par la FCPTS porte sur les relations que les CPTS entretiennent avec les centres hospitaliers (publics et privés) et les actions qu'elles mènent dans ce cadre.

Retrouvez le rapport du premier volet ici : <https://www.fcpts.org/wp-content/uploads/2025/03/La-grande-enquete-des-CPTS-rapport.pdf>

Ce questionnaire a été élaboré avec la **participation de la CNAM, la DGOS et la Fédération Nationale des Etablissements de Santé de Proximité (FNESP)**. Une enquête miroir à cette dernière est prévue auprès des centres hospitaliers de proximité. Une deuxième enquête miroir est en projet avec les présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) des centres hospitaliers publics. Ces différentes enquêtes vont permettre d'observer et de croiser les remontées de terrain côté CPTS et établissements.

Cette enquête s'est adressée à **toutes les CPTS, qu'elles soient ou non adhérentes à la FCPTS**. Elle a été conduite du **1^{er} juillet au 12 septembre 2025**.

Les réponses à ce questionnaire ont vocation à :

- Recenser plus précisément les actions menées sur le lien entre le secteur ambulatoire et les établissements de santé ;
- Identifier les freins et les leviers au développement de ces liens ;
- Adapter l'accompagnement que la FCPTS et ses partenaires peuvent proposer dans ce domaine ;
- Alimenter un plaidoyer sur les actions des CPTS.

Nous remercions toutes les CPTS qui ont répondu et les différents partenaires qui se sont faits le relais de cette enquête.

2. Données de cadrage

290 CPTS répondantes. 70% des réponses aux questionnaires ont été envoyées par des salariés de CPTS contre 30% par des administrateurs.

Tableau n°1 : Représentativité de l'échantillon par région

Régions	Nb de CPTS	Nb de CPTS répondantes	% des CPTS	% de l'échantillon
AURA	93	36	14,90%	12,4%
BFC	31	3	4,97%	1%
Bretagne	32	21	5,13%	7,2%
CVL	31	16	4,97%	5,5%
Grand Est	45	24	7,21%	8,3%
HDF	51	13	8,17%	4,5%
IDF	91	37	14,58%	12,8%
Normandie	16	11	2,56%	3,8%
NA	65	44	10,42%	15,2%
Occitanie	64	21	10,26%	7,2%
PDL	32	18	5,13%	6,2%
PACA	61	19	9,78%	6,6%
Martinique	1	1	0,16%	0,3%
Corse	1	1	0,16%	0,3%
Guadeloupe	2	3	0,32%	1%
Guyane	1	1	0,16%	0,3%
Mayotte	1	2	0,16%	0,6%
La Réunion	6	1	0,96%	0,3%
Non renseigné		18		6,2%
	624	290		100,00%

Comme pour le volet précédent, certaines régions répondent davantage (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne) que d'autres (Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Occitanie) au regard de la répartition régionale des CPTS.

La répartition des tailles de CPTS reflète fidèlement celle observée à l'échelle nationale. La représentativité en termes de taille de l'échantillon sur ce volet 2 est améliorée par rapport au volet 1.

L'échantillon se révèle également plus représentatif en termes d'ancienneté des CPTS. 63% des CPTS de l'échantillon ont signé leur ACI avant 2023 (62,34% des CPTS en France), 37% après 2023.

CPTS et établissements de santé – quelques données de cadrage

Les CPTS ont, en moyenne, plus de deux établissements de santé hospitaliers sur leur territoire. 8,6% des CPTS n'ont aucun établissement sur leur territoire.

Tableau n°2 : Types d'établissements de santé présents sur les territoires de CPTS

Types	% de CPTS disposant de ce type d'établissement sur son territoire
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	13,52%
Centre hospitalier public avec activité MCO	48,77%
Établissement de santé privé MCO lucratif	32,79%
Établissement de santé privé MCO non-lucratif	16,80%
Centre hospitalier de proximité public	31,15%
Centre hospitalier de proximité labellisé privé	8,61 %
Centre hospitalier de proximité non labellisé	2,87%
Établissement public en santé mentale	38,52%
Clinique psychiatrique privée	16,39%
Aucun	8,60%
Autre	9,01%

Les CPTS qui n'ont aucun établissement sur leur territoire sont exclusivement des CPTS de taille 1 (55%) et 2 (45%). Elles ne sont pas toutes en zones rurales : 50% se situent en zone rurale exclusive, 25% en zone mixte et 25% en zone urbaine.

Tableau n°3 : Autres établissements de santé avec lesquels les CPTS travaillent en dehors de leur territoire

Types	% de CPTS disposant de ce type d'établissement hors de son territoire
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	37%
Centre hospitalier public avec activité MCO	33%
Établissement de santé privé MCO lucratif	25%
Établissement de santé privé MCO non-lucratif	9%
Centre hospitalier de proximité public	10%
Centre hospitalier de proximité labellisé privé	6%
Centre hospitalier de proximité non labellisé	0%
Établissement public en santé mentale	33%
Clinique psychiatrique privée	10%
Aucun	22%
Autre	5%

22% des CPTS ne travaillent avec aucun autre établissement hors territoire. Le profil des CPTS concernées est beaucoup plus diversifié et ne fait pas apparaître de différences significatives en fonction de la taille ou de la typologie de territoire.

Les autres établissements mentionnés par les CPTS sont :

- HAD
- CHUM
- SSR
- ESMS
- Hôpital mutualiste (MGEN)
- SMR
- Cliniques spécialisées (endométriose)
- EHPAD

Ces premiers éléments de cadrage permettent de mettre en évidence le fait que les CPTS travaillent avec les établissements de leur territoire, mais également hors territoire. Comme nous le verrons par la suite, cela entraîne, de fait, une dynamique interterritoriale sur les relations ville-hôpital qui se joue principalement dans le cadre des interCPTS.

3. Historique et formalisation des relations ville-hôpital : un constat contrasté

Au travers de cette enquête, nous avons cherché à objectiver la qualité des relations entre la ville et l'hôpital, au-delà des présupposés. Nous avons cherché à confirmer/infirmar les hypothèses suivantes :

- Des dynamiques très dépendantes des territoires et de l'historique ;
- Une bonne entente davantage liée à des bonnes relations interpersonnelles qu'à une structuration/normalisation des relations.

Si certains résultats les confirment, d'autres les nuancent et montrent qu'une normalisation des relations est possible au travers d'une reconnaissance mutuelle à l'échelle de la gouvernance, mais également dans les projets coportés.

3.1. Appréciation des relations ville-hôpital

De manière générale, **46% des CPTS jugent les relations avec les établissements de leur territoire comme historiquement bonnes voire très bonnes. 47% les jugent trop irrégulières et fonction des personnes ou services** et seules 4,5% les jugent tendues ou inexistantes.

Nous avons pu constater que les relations sont jugées meilleures si on interroge les CPTS plus spécifiquement sur chaque établissement avec lesquels elles collaborent. Elles sont ainsi 65% à estimer leurs relations comme bonnes à très bonnes avec les établissements avec lesquels elles coopèrent directement. Ces résultats diffèrent et varient néanmoins en fonction du type d'établissement.

Tableau n°4: Etat des relations actuelles entre les secteurs ambulatoire et hospitalier sur le territoire, en fonction du type d'établissement

	Bonnes à très bonnes	Très irrégulières	Tendues/compliquées	Inexistantes
CHU	73%	20%	1%	6%
CH MCO public	71%	21%	1%	7%
CH MCO privé	63%	23%	1%	14%
CH de proximité	73%	20%	0%	8%
EPSM	54%	26%	3%	17%
Cliniques psychiatriques privées	48%	17%	0%	36%

Nota Bene : pour faciliter l'analyse, nous avons regroupé ensemble les établissements privés à but lucratif et non-lucratif et les centres hospitaliers de proximité public et privé. Pour cette question, les CPTS ont été interrogées pour chaque établissement avec lesquels elles ont déclaré être en lien.

Le tableau ci-dessus met en évidence que les relations sont meilleures avec les CHU, les CH MCO publics et les centres hospitaliers de proximité. Les relations semblent bien plus compliquées à établir avec les établissements privés et les établissements spécialisés en santé mentale, et a fortiori le secteur privé. Les CPTS sont très rarement confrontées à des situations particulièrement conflictuelles.

Les raisons évoquées aux difficultés rencontrées, qu'il s'agisse d'irrégularité dans les relations ou de tensions, sont d'ordre général et spécifique en fonction des établissements. Pour tous les établissements, il est cité :

- La variabilité des relations en fonction des services et des personnes et la mauvaise communication entre services ;
- Un manque de volonté voire un désintérêt à travailler avec la ville ;
- Une acculturation et donc un changement de pratiques vers plus de transversalité avec la ville, compliqués à mettre en œuvre. Les horaires de travail sont souvent identifiés comme un frein à la rencontre ;
- La jeunesse de certaines CPTS qui ne leur permettent pas d'être suffisamment reconnues et ne se sentent pas assez légitimes ;
- Les difficultés rencontrées par les établissements et notamment le fort turnover côté soignants.

Certaines difficultés sont davantage mises en exergue ou ne sont évoquées que pour certains types d'établissement :

- Pour les CHU, la question de l'échelle (trop grande) / territoire que couvre le CHU et la taille de l'établissement ne permettent pas de bonnes relations : nombreux services et projets, dilution de la responsabilité, lenteur administrative ;
- Pour les établissements privés, les CPTS mettent en avant une méconnaissance des CPTS ;
- Pour les CH de proximité, la politique locale (collectivités) serait un frein à la coopération ;
- Pour les EPSM, les difficultés internes (turnover, restructurations) sont particulièrement mises en avant mais également l'échelle territoriale qui serait trop grande. Les CPTS déclarent travailler davantage avec les CMP, en proximité.

Les CPTS mettent ainsi en évidence des relations relativement bonnes mais qu'elles considèrent souvent comme étant à leur initiative.

3.2. Le sentiment de reconnaissance

Tableau n°5 : Estimez-vous que votre CPTS est (re)connue par ce partenaire hospitalier ?

	Oui	Non	Ne sait pas
CHU	68%	15,5%	16,5%
CH MCO public	80,8%	9%	10,2%
CH MCO privé	68,5%	10,5%	21%
CH de proximité	77,2%	7,6%	15,2%
EPSM	53,9%	16,5%	29,6%
Cliniques psychiatriques privées	46,5%	14%	39,5%

Nous avons également questionné les CPTS sur le **sentiment de reconnaissance**. Elles sont 68,6% à se sentir reconnues par leurs partenaires hospitaliers. Cette question confirme un sentiment de **plus grande écoute et reconnaissance du côté des établissements publics en proximité** qu'ils soient CH MCO ou CH de proximité. A contrario, le sentiment de ne pas être reconnues est plus important, même si minoritaire, envers les CHU, les EPSM et les cliniques psychiatriques privées.

De la même manière, nous avons interrogé les CPTS sur les raisons de cette (non) reconnaissance. Elles mettent en avant la jeunesse et le manque de légitimité de leur CPTS, la méconnaissance du rôle des CPTS, une culture différente et une difficulté à faire ensemble (notamment sur le sujet des horaires de travail ou le manque de référent en interne à l'établissement de santé).

Sur les facteurs renforçant la reconnaissance, les CPTS ont pu exprimer plusieurs leviers essentiellement côté CH de proximité :

- La régularité des échanges : des temps définis avec un rythme défini (mensuel, trimestriel) avec une participation à la fois de la direction et des soignants ;
- Des projets communs avec des objectifs partagés, notamment sur l'amélioration de l'offre de soins locale, les sorties d'hospitalisation, la coconstruction de parcours ou l'organisation d'événements communs ;
- La formalisation du partenariat par la contractualisation ou la participation au conseil de surveillance ou CME et la participation à l'inverse du CH au Conseil d'administration et aux groupes de travail de la CPTS ;
- Enfin, le rôle de certains soignants comme trait d'union entre les deux secteurs, notamment avec le cas de soignants exerçant à la fois en ville et/puis en tant que salariés du CH.

3.3. La formalisation des coopérations

L'appréciation des relations entre les secteurs hospitalier et ambulatoire et la reconnaissance respective s'apprécie de différentes manières. La formalisation et, par ce biais, la normalisation des échanges entre la ville et l'hôpital est un premier indicateur.

Les échanges préalables avec les CPTS mettent en évidence que les CPTS sont de plus en plus conviées aux Commissions Médicales d'Etablissement, plutôt qu'aux conseils de Surveillance. Nous avons donc souhaité les interroger afin d'objectiver cette tendance.

La participation aux CME

25% des CPTS déclarent être conviées à une CME. Néanmoins, nous constatons des variations importantes en fonction du type d'établissement qui fait écho aux constats précédents pour lesquels les relations sont plus étroites entre CPTS et établissements de santé public en proximité (CH de proximité et CH MCO). Elles sont ainsi 31% des CPTS à travailler avec CH MCO public qui participent à la CME de l'établissement et 27% pour les CH de proximité. Ce pourcentage tombe à 10% pour les établissements de santé MCO privés et les EPSM.

Tableau n°6 : Pourcentage de participation des CPTS en leur nom propre ou au travers de leur interCPTS aux CME en fonction du type d'établissement

	% des CPTS invitées à la CME de l'établissement	% des CPTS invitées au travers de leur interCPTS
CHU	20%	7%
CH MCO public	31%	2%
CH MCO privé	10%	0,5%
CH de proximité	27%	1%
EPSM	10%	3%
Cliniques psychiatriques privées	5%	0%

Lorsque les CPTS sont invitées aux CME, elles le sont assez régulièrement. Pour 73% des CPTS invitées en CME des CH MCO publics, elles sont invitées systématiquement, 70% pour les CHU, 67% pour les CH de proximité, 54% pour les CH MCO privés et 50% pour les EPSM.

Enfin, nous pouvons également constater que, dans le cadre des relations avec les CHU, 7% des CPTS sont invitées par le biais de leur interCPTS.

Autres formes de partenariat

La seule participation à la CME n'est pas la seule donnée analysée dans cette enquête.

D'autres formalisations existent. En moyenne :

- 43,5% des CPTS déclarent n'avoir aucune formalisation de leurs relations avec les établissements ;
- 20,5% déclarent que l'établissement de santé participe au CA de la CPTS ;
- 25,2% déclarent avoir une convention de partenariat avec l'établissement de santé.

Des différences entre types d'établissement persistent. La participation aux CA de CPTS est ainsi plus notable pour les CH de proximité et les CH MCO public. Les conventions sont plus courantes avec les CH de proximité, les CH MCO publics et les CHU.

Toutes formalisations confondues, ce sont avec les CH de proximité que les relations semblent être les plus formalisées (72% des CPTS travaillant avec les CH de proximité), suivis des CH MCO publics (65% des CPTS travaillant avec eux). A contrario, les EPSM sont les types d'établissement pour lesquels il y a le moins de formalisation.

Tableau n°7 : Formes de partenariat conclu entre CPTS et établissements de santé par type d'établissement et en pourcentage de CPTS concernées

	Convention de partenariat	GCS	Charte	Participation au CA de la CPTS	Pas de formalisation
CHU	31%	0%	1%	21%	40%
CH MCO public	28%	0,5%	2%	27%	35%
CH MCO privé	20%	0%	2%	16%	49%
CH de proximité	33%	0%	1%	29%	28%
EPSM	18%	0%	2%	12%	60%
Cliniques psy privés	20%	0%	0%	13%	56%

L'enquête a permis aux CPTS de citer d'autres formes de partenariat :

- Adhésion à la CPTS de l'établissement ou adhésion individuelle des professionnels hospitaliers (au-delà de la seule participation au CA) ;
- Participation aux groupes de travail de la CPTS ;
- Réponse à des appels à projets en commun ;
- Sièges au conseil de surveillance (CHU) ;
- Commission ville-hôpital créée avec représentants mandatés de la CPTS et de l'hôpital.

Identification des interlocuteurs hospitaliers

Les CPTS mettent en avant l'importance d'un **interlocuteur dédié**. Rares sont les CPTS qui ne mettent en évidence aucun interlocuteur : seules 7,3% des CPTS déclarent n'avoir aucun échange et aucun interlocuteur. Pour les autres CPTS, les directions puis les chefs de pôle ou de service restent majoritairement les premiers interlocuteurs.

Tableau n°8 : Types d'interlocuteurs des CPTS en fonction du type d'établissement et d'acteurs, en pourcentage de CPTS concernées

	Avec la direction	Avec les chefs de pôles ou de service	Cadres de santé	Instance mixte	Aucun échange
CHU	30%	30%	18%	15%	3%
CH public	32%	28%	21%	14%	3%
CH privé	37%	24%	16%	8%	10%
CH de proximité	35%	25%	22%	10%	5%
EPSM	27%	29%	21%	8%	10%
Cliniques psy privés	37%	19%	14%	2%	23%

Enfin, nous avons pu objectiver une tendance également observée sur le terrain qu'est l'identification d'un **personnel dédié aux relations ville-hôpital au sein des établissements** et qui concerne 35% des CPTS avec de grandes variations entre établissements :

- 53% pour les CPTS travaillant avec des CH MCO publics ;
- 45% pour les CHU ;
- 41% pour les CH de proximité ;
- 25% pour les CH MCO privés ;
- 16% pour les EPSM ;
- 14% pour les cliniques privées.

Ces postes ont très majoritairement des missions d'ingénierie de projets. Seules 14,2% des CPTS déclarent des missions de gestion de parcours.

En texte libre, les CPTS mettent en avant des missions de relations ville-hôpital endossées par des soignants ou administratifs déjà en poste : directeurs, directeurs de soins, responsables des affaires médicales, service communication ou chefs de pôle intégrant dans leurs missions les relations ville-hôpital (avec un rôle plus institutionnel, stratégique et de mise en relation avec les services).

Le partage de locaux

Enfin, un dernier aspect interrogé, à la fois concret et symbolique, de la coopération est le partage de locaux. 19% des CPTS partagent ou ont l'intention de partager des locaux avec des établissements hospitaliers :

- 6,5% des CPTS (13 en absolu) ont leurs locaux au sein d'un établissement hospitalier ;
- 8% (16 en absolu) partage des locaux pour certaines activités (comme les SNP) ;
- 4,5% (9 CPTS) l'ont en projet ;

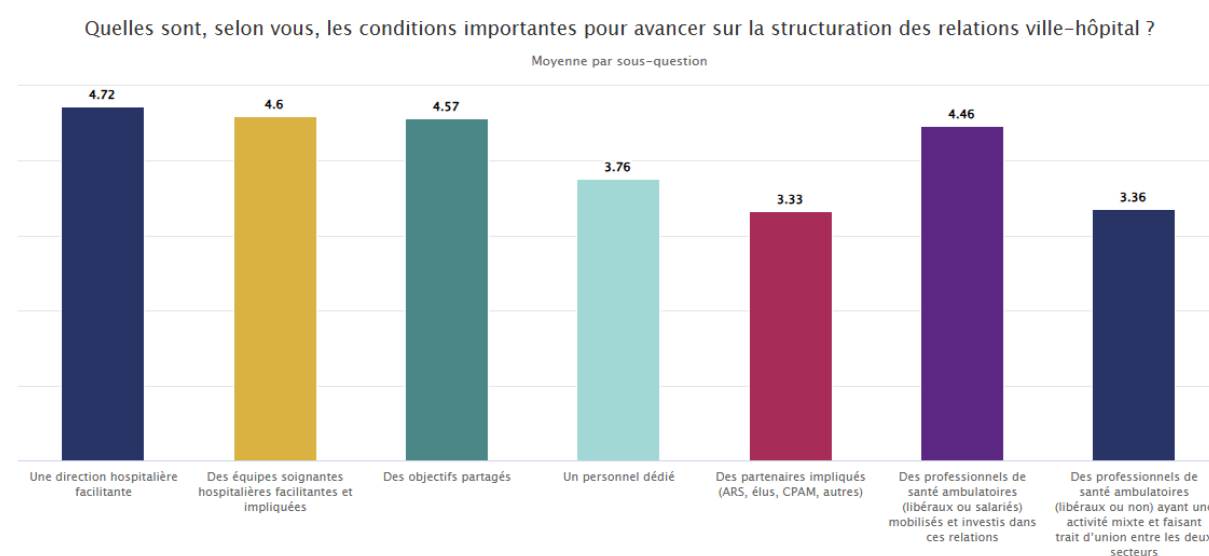
Parmi ces CPTS, elles sont 69% à être locataires et 31% pour lesquelles les locaux sont mis à disposition à titre gracieux.

3.4. Leviers et freins au partenariat

Cette **grande diversité et variabilité** de la formalisation des relations ville-hôpital témoignent de réalités territoriales et organisationnelles diverses. Elle révèle également **un frein à la normalisation des relations ville-hôpital** de manière générale, à savoir le **manque d'un cadre commun** qui installe ces relations dans le temps et les sécurise.

Cette hypothèse est étayée par les retours des CPTS sur les conditions et les freins au partenariat et à la structuration des relations.

Graphique n°1 : Degré d'importance des conditions à la structuration des relations ville-hôpital, de 1 (moins important) à 5 (plus important)



Les deux conditions premières mises en avant par les CPTS sont :

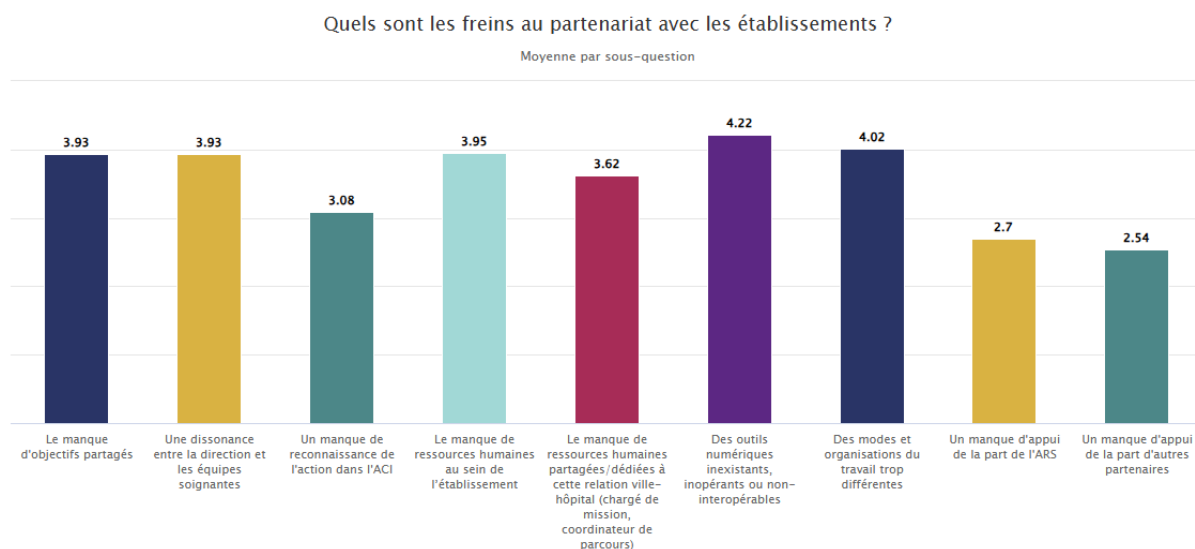
- L'engagement des parties qu'elles soient soignantes ou administratives (direction) ;
- Des objectifs partagés.

D'autres conditions directement liées à ces deux premières sont mises en avant par les CPTS :

- Outils de communication communs et sécurisés ;
- Professionnels détachés hors les murs ;
- Acculturation aux CPTS : intégration à la formation initiale des soignants, présentation des CPTS avec accent mis sur la forme associative et la responsabilité populationnelle des projets portés ;
- L'interconnaissance : se rencontrer et clarifier le rôle de chacun ;
- Des tiers facilitateurs comme les acteurs régionaux ;

- Engagement réciproque : valorisation ACI et indicateur certification des établissements/indicateurs de qualité et sécurité des soins ;
- Participation aux gouvernances respectives et conventionnement.

Graphique n°2 : Degré d'importance des freins au partenariat ville-hôpital



Ces conditions font écho aux freins cités qui mettent en exergue la situation particulièrement complexe des équipes et organisations hospitalières (manque de ressources humaines, turnover par exemple) qui empêchent leur investissement et implication (contraintes horaires souvent mentionnées). Un élément important, mis en avant à plusieurs reprises par les CPTS et qui se retrouve dans la partie « projets en commun », est la **problématique des outils numériques communs**. Ce frein est identifié comme le plus important par les CPTS.

Enfin, les partenariats et la formalisation des échanges se concrétisent également à travers des projets menés conjointement par les établissements de santé et les professionnels de ville, que nous analysons ci-après.

4. Les relations ville-hôpital, un engagement fort des CPTS

Si 98% des CPTS déclarent travailler sur la thématique des relations ville-hôpital, les modalités d'engagement sont très diverses et dépendantes de la structuration interne (de l'équipe salariée notamment), des projets sur lesquels elles s'engagent et de la dynamique professionnelle. Nous pouvons néanmoins constater que près de la moitié des CPTS disposent d'un groupe de travail et de référents professionnels dédiés pour travailler sur ce sujet.

Tableau n°10 : Les différentes modalités de travail sur les relations ville-hôpital

Groupe de travail dédié	49%
Un ou des référents professionnels de santé sur la thématique	50%
Un ou des salariés dont c'est la mission	36%
Autre	17%
Aucun travail engagé	2%

Pour les CPTS ayant répondu « Autre », il s'agit essentiellement de CPTS qui abordent ce sujet de manière transversale aux différents parcours développés, et non de façon isolée. Certaines CPTS mentionnent également le fait qu'elles participent à un groupe de travail déjà constitué au sein de l'hôpital ou à des événements communs.

4.1. Du personnel salarié dédié

Les **salariés CPTS engagés sur la relation ville-hôpital** sont majoritairement des coordinateurs/directeur de CPTS (62%) puis des chargés de mission dédiés (19%) ou des coordinateurs de parcours (14%). A 68%, ces salariés font de la coordination/gestion de projets et à **32% de la gestion de parcours individuels** (seulement 25 CPTS répondantes). De manière générale, la charge de travail de ces salariés est estimée en moyenne à un **0,5 ETP**. Et 50% des salariés concernés sont des IDE.

Pour une seule CPTS, ce poste est partagé au niveau de l'interCPTS. Autrement, il est uniquement situé au sein de la CPTS.

La gestion de parcours individuels nécessiterait une enquête plus qualitative, sur la base d'entretiens menés avec les CPTS concernées afin d'affiner les missions réellement endossées et l'activité réelle (file active)¹.

¹ Dans le cas d'une gestion de parcours individuels, une seule CPTS dénombre le nombre de patients suivis : 1293 depuis le 1^{er} janvier 2023

4.2. Un engagement financier

Les CPTS déclarent dépenser en moyenne 25 000€ par an sur les actions ville-hôpital. Pour les CPTS qui ont plus de 4 ans d'ancienneté, cette somme monte en moyenne à 35 000€.

Ces dépenses varient également en fonction de la taille.

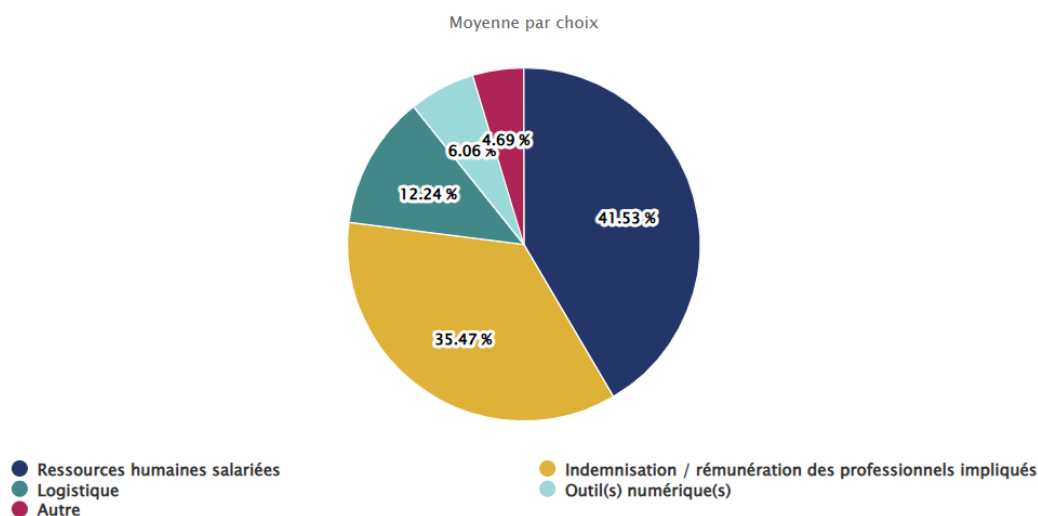
Tableau n°11 : Dépenses moyennes sur les relations ville-hôpital en fonction de la taille des CPTS

Taille	Enveloppe moyenne
Taille 1	16 150€
Taille 2	17 320€
Taille 3	26 378€
Taille 4	41 455€

Sur les types de dépenses, les CPTS financent avant tout du temps humain (77%) qu'il s'agisse de ressources salariées ou de rémunération des professionnels impliqués.

Graphique n°3 : Répartition des postes de dépense sur les relations ville-hôpital

Comment se répartit l'enveloppe que vous dédiez à ces actions en fonction des postes de dépenses suivants ?



Même si l'ACI reste très majoritaire (100% des ressources humaines salariées dédiées sont financées par l'ACI), 19% des CPTS déclarent recevoir d'autres fonds que les seuls ACI pour mener à bien cette mission :

- FIR ;
- Financement article 51 ;
- Appel à projets CPAM ;
- Financement du Conseil départemental ;
- Autres appels à projets : Fonds Social Européen mentionné.

4.3. Un rôle naissant mais confirmé des InterCPTS

58% des CPTS répondantes disent travailler les relations ville-hôpital avec des CPTS voisines autour de projets partagés, 31% dans le cadre d'une interCPTS formalisée et 11% avec des acteurs régionaux (URPS, fédérations régionales). Plusieurs CPTS mentionnent également des échanges dans le cadre de :

- Une interCPTS naissante/non formalisée ;
- Un groupe départemental sur le thème ville-hôpital ;
- La mise en place d'un SAS.

Pour rappel, 78% des CPTS déclarent travailler avec un établissement de santé en dehors de leur territoire. Aussi, il est intéressant de noter que ce constat a donné naturellement lieu à des échanges et coopération entre CPTS voisines, que cela se traduise par une formalisation en interCPTS ou non.

5. Les projets en commun : matérialisation de la coopération, de ses freins et leviers

98% des CPTS déclarent travailler la relation ville-hôpital et **95% mènent des actions concrètes avec les établissements**, qu'elles soient au stade de projet (32%) ou opérationnelles (63%).

Pour les 7 CPTS ayant répondu ne pas avoir d'actions engagées, les raisons évoquées sont d'abord la jeunesse de la CPTS puis le désintérêt de l'établissement de santé avec lequel elles cherchent à collaborer.

Les CPTS mènent plus souvent des actions avec les CH MCO publics et les CH de proximité qu'avec les autres établissements.

Tableau n°12 : Pourcentage de CPTS menant des actions avec les établissements par type d'établissement présent sur le territoire de la CPTS ou à proximité du territoire

CHU	32%
CH MCO public	75%
CH MCO privé	30%
CH de proximité	62%
EPSM	48%
Cliniques psychiatriques privées	13%

Lecture : 32% des CPTS disposant d'un CHU sur leur territoire ou à proximité de leur territoire mènent des actions avec ce dernier.

Si la très grande majorité des CPTS (72%) se sont engagées sur des actions visant à **fluidifier l'entrée, la sortie et le retour à domicile**, elles poursuivent des objectifs très divers au travers de ces relations établies avec les établissements de santé.

Tableau n°13 : Liste des objectifs poursuivis par les CPTS par ordre d'importance – pourcentage de CPTS engagées par objectif

Fluidifier et sécuriser l'entrée, la sortie et le retour à domicile	72%
Mener des actions de prévention	57%
Améliorer la qualité et la pertinence des soins	55%
Organiser ou renforcer l'admission directe dans les services	50%
Planifier et organiser le suivi post-hospitalisation	43%
Identifier le cercle de soins du patient à domicile	40%
Améliorer l'accès aux spécialistes en établissement	38%
Organiser un accès à l'expertise intrahospitalière	32%
Organiser ou renforcer la prise en charge urgente	28%
Organiser une télésurveillance à domicile	2%

Lecture : 38% des CPTS poursuivent l'objectif d'organiser l'accès à l'expertise intrahospitalière au travers des actions qu'elles mènent avec les établissements.

D'autres objectifs sont mentionnés par les CPTS :

- Organiser les parcours ;
- Améliorer l'accès aux soins et les parcours des patients sans médecin traitant ;
- Organiser les soins non-programmés ;
- Mettre en place de postes partagés ville-hôpital ;
- Améliorer l'accès au laboratoire hospitalier ;
- Partager de bonnes pratiques ;
- Organiser des programmes d'ETP ;
- Engager les hospitaliers dans la prescription de l'APA ;
- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins à destination des patients ;

5.1. Organisation des parcours

Qu'ils soient traités de manière transversale ou thématique, les parcours restent le sujet principal qui motive la coopération entre établissements de santé et CPTS.

Trois thématiques principales sont mentionnées par les CPTS : **les personnes âgées (autonomie), l'insuffisance cardiaque et la santé mentale.**

Tableau n°14: Liste des thématiques de parcours travaillés entre CPTS et établissements de santé

Personnes âgées et autonomie	54%
IC	41%
Santé mentale	30%
Diabète	23%
Cancers	20%
Périnatalité	17%
Soins palliatifs et fin de vie	13%
Obésité	11%
Maladies cardiovasculaires	10%
Dermatologie	6%
Pédiatrie	5%

Lecture : 54% des CPTS travaillent sur la thématique des personnes âgées/autonomie avec les établissements de santé.

D'autres parcours sont cités à plusieurs reprises par les CPTS interrogées :

- Santé des femmes : ostéoporose, endométriose ;
- Maladies rénales chroniques ;
- Addictologie ;
- BPCO / insuffisance respiratoire ;
- TND ;
- Parcours complexes – fragilités multiples ;
- Orthopédie ;
- Sexualité ;

- Lombalgie chronique.

36 CPTS déclarent travailler sur la thématique des cancers. Les trois cancers les plus traités sont le cancer du sein (56%), les cancers gynécologiques (42%) et les cancers du système digestif (33%)

Tableau n°15 : Liste des cancers sur lesquels les CPTS mènent des actions

Types de cancer	Nombre	Pourcentage
Tous	8	22,22%
Poumon	6	16,66%
Système digestif	12	33,33%
Sein	20	55,55%
Gynécologiques	15	41,66%
Urogénitaux	6	16,66%
Thyroïde	0	0%
Peau	2	5,55%
ORL	0	0%
Hématologie / cancers du sang	0	0%
Autre	5	13,88%

Si 50% des CPTS répondantes déclarent ne cibler aucun public spécifique, elles sont :

- 33% à cibler les personnes en perte d'autonomie ;
- 32% les patients sans médecin traitant ;
- 29% les personnes en situation de précarité ;
- 20% les personnes isolées ;
- 17% les personnes en situation de handicap.

En complément de ce que nous avons pu mettre en évidence lors du volet 1 de la Grande Enquête, les CPTS réussissent à créer une réelle dynamique partenariale autour des projets qu'elles mènent, au-delà de la simple ouverture de leur gouvernance. Elles sont ainsi 69% à associer les DAC et 57% les MSP du territoire aux actions menées avec les établissements.

Tableau n°16 : Liste des acteurs mobilisés autour des actions ville-hôpital engagées par les CPTS

DAC	69%
Maisons de santé pluriprofessionnelles	57%
CPTS voisines	36%
HAD	34%
CLS	28%
Prestataires à domicile	27%
Réseaux régionaux	23%
Service social et prévention de la CPAM	22%

Association d'usagers ou représentants d'usagers	21%
Centres de santé	19%
InterCPTS	18%
ESP	10%
URPS	8%

D'autres acteurs sont cités et dépendent des parcours ou publics ciblés :

- PASS ;
- CRCDC ;
- Maison sport santé ;
- Pôle autonomie / CRT ;
- CCAS / Mairies ;
- EHPAD ;
- Maison des femmes ;
- Maison des 1000 premiers jours ;
- Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents ;
- Maison de l'Autonomie.

Focus sur le PRADO

34% des CPTS ont mis en place des actions en lien ou en remplacement du/des PRADO. En valeur absolue, 37 CPTS s'articulent avec le PRADO et 5 ont mis en place des actions suite à l'arrêt du PRADO.

Les **volets PRADO** concernés sont :

- **Insuffisance cardiaque : 85% ;**
- **Personnes âgées : 54% ;**
- BPCO : 24% ;
- AVC : 17% ;
- Chirurgie : 17%.

En pratique, les actions menées se matérialisent par :

- Des rencontres régulières CPTS / CPAM voire HAD, DAC ;
- Des rencontres avec les cadres de santé (CH, HAD) pour créer du lien et anticiper les sorties ;
- Des process définis, par exemple :
 - Le CAM adresse les patients à la CPTS, soit pour trouver des PS pour l'organisation de la sortie, soit dans le but d'intégrer le patient à des parcours (IC, prévention des chutes) ;
 - Prise de contact direct du service avec la CPTS par le biais d'un formulaire, la CPTS se charge ensuite de mettre en relation les PS avec le service ;

- Un suivi assuré par un(e) IDE de parcours après que l'hôpital ait fait l'inclusion du patient.
- Une convention entre acteurs comme, par exemple, autour du PRADO IC : intégration des patients PRADO dans le parcours IC de la CPTS.

Sur les expériences relatées, il s'agit davantage d'une articulation du PRADO avec la CPTS que d'un remplacement : la CPTS est contactée pour faciliter la recherche de PS et/ou pour intégrer les patients dans des parcours ou actions de la CPTS.

Sur les 5 CPTS en situation de prendre la suite du PRADO, une seule CPTS estime la prise de relais facile dans le cadre des sorties de maternité organisées grâce à un outil CPTS. Les autres CPTS sont investies sur le champ de l'insuffisance cardiaque et jugent la prise de relais compliquée du fait de critères PRADO restrictifs ou de la difficulté à trouver des professionnels notamment médecins.

Focus sur la Responsabilité Populationnelle de la FHF

14 CPTS mentionnent participer à une expérimentation Respop. 11 CPTS sont en réflexion (projet). Les expérimentations semblent plus ou moins avancées en fonction des CPTS : certaines ont débuté la démarche en 2020 quand d'autres l'ont rejointe au printemps 2025.

Pour la grande majorité des CPTS, leur participation à la démarche se matérialise par :

- La participation au COPIL ;
- La participation aux groupes de travail ;
- Le partage d'expérience entre la ville et l'hôpital.

Pour les plus engagées (territoires pilotes), la démarche va plus loin :

- La structuration d'un parcours ville-hôpital (IC et DT2) avec 2 IDE de prévention et d'orientation ;
- La coanimation de groupes de pratiques avec l'hôpital.

Les CPTS engagées témoignent d'un grand enthousiasme à l'égard de cette démarche qu'elles considèrent comme un « **levier important dans la structuration de la CPTS et la fédération des professionnels de santé autour d'un projet concret** ». Le projet semble également stimulant par la méthodologie fondée sur une analyse rigoureuse de la littérature scientifique et le principe d'animation d'une communauté de pratiques en local. Des freins ou difficultés sont néanmoins mentionnés et éclairent, au-delà de la seule démarche de Responsabilité populationnelle, sur d'éventuels leviers à activer pour approfondir et structurer durablement les relations ville-hôpital :

- Maturité variable des CPTS qui a un impact direct sur leur légitimité/reconnaissance (difficulté à être pleinement associée) et capacité à s'impliquer dans le projet ;

- ACI CPTS qui fixe des objectifs à court terme sur un projet de long cours : manque de valorisation sur les indicateurs ;
- Difficultés liées au manque de visibilité sur le cadre réglementaire et la pérennisation des financements en sortie d'expérimentation et entrée dans le droit commun ;
- Inquiétude d'une dérive des financements vers la FHF ;
- Manque de système informatique de support pour la méthode : une CPTS appelle à « favoriser la conception d'un outil public interopérable facilitant le suivi de cohorte et individuel intégrant des systèmes d'alerte » ;
- Process et méthode trop compliqués et généralistes : besoin de reconstruire les réseaux et les relations en premier lieu ;
- Difficulté à mobiliser les professionnels de santé et aspect chronophage du projet.

5.2. Les outils numériques

Comme abordé précédemment, le frein principal à la coopération entre établissements de santé et professionnels de ville concerne les outils numériques (inadaptation aux besoins, manque d'interopérabilité, absence ou mauvais usages). Ce sujet mériterait une enquête spécifique. Ce volet 2 de la Grande Enquête permet néanmoins d'en identifier et d'en objectiver les pratiques et difficultés.

Parmi les CPTS s'étant engagées sur le sujet de **l'identification du cercle de soins** (n=71), 43% ont recours à un outil numérique, **33% à une carte papier identifiant l'équipe soignante**. Plusieurs CPTS (n=7 / 10%) mentionnent dans « Autre » la prise de contact téléphonique. L'identification du cercle de soins apparaît comme une étape clé d'une entrée et d'une sortie d'hospitalisation facilitées et d'un maintien à domicile conforté. Le fait que 57% des CPTS déclarent passer par des outils papier ou par téléphone atteste des difficultés à trouver le bon outil et à l'ancrer dans les usages, notamment professionnels.

Les CPTS ont été interrogées sur l'ensemble des outils qu'elles utilisent ou promeuvent dans le cadre des actions portées avec l'hôpital.

Tableau n°17 : Liste des types d'outils numériques utilisés/promus par les CPTS

Messagerie sécurisée de santé	71%
DMP / Mon Espace Santé	54%
Outil de téléexpertise	35%
Outil de coordination centré patient/parcours	34%
ViaTrajectoire	18%
Autre	15%
Outil d'adressage	14%
Outil de télésurveillance	5%
Aucun	9%

Malgré les usages croissants de ces outils côté ambulatoire, 78% des CPTS identifient des difficultés qui en limitent les usages dans la coopération avec les établissements.

Tableau n°18 : Liste des difficultés rencontrées dans le développement des usages autour des outils numériques

Manque d'interopérabilité avec les autres outils utilisés en ville	49%
Outil non/mal utilisé ou renseigné côté hospitalier	49%
Aucune difficulté	22%
Outil inadapté aux usages en ville	6%
Autres	15%

Les autres difficultés citées par les CPTS sont :

- La multiplicité des outils (citée à plusieurs reprises) ;
- Le caractère chronophage ;
- Des outils monoprofessionnels : pas d'ouverture aux autres professions ;
- Interdiction d'utiliser certains outils par les CPTS ;
- Manque de proactivité pour développer les outils côté CH ;
- Difficulté à mobiliser les professionnels de santé libéraux et hospitalier / Problème d'acculturation aux usages ;
- Coût de l'outil ;
- Doublon avec l'outil de coordination des MSP.

Le numérique en santé est un sujet vaste et particulièrement complexe, ne serait-ce qu'en considérant le nombre de systèmes d'information utilisés par les hôpitaux et les chantiers compliqués de transformation numérique menés au sein des établissements. L'enjeu du virage numérique, nécessaire au virage ambulatoire et à l'organisation des parcours entre la ville et l'hôpital, apparaît ainsi bien souvent secondaire. De la même manière, la démultiplication des outils numériques utilisés en ville limite la promotion de nouveaux outils et la capacité des professionnels à s'en saisir. Dans ce contexte, il semble opportun d'approfondir l'analyse en ciblant des CPTS et des établissements où la coopération au travers des outils numériques a pu être accompagnée et structurée afin d'en dégager des recommandations permettant d'aller plus loin sur ce sujet tant il apparaît central à l'amélioration des parcours.

5.3. Qualité et pertinence des soins

Seules 18% des CPTS déclarent travailler dans le cadre d'une démarche qualité avec les établissements. En absolu, cela représente 29 CPTS (10 pour lesquelles les projets sont effectifs et 19 pour lesquels ils sont en construction).

Types d'actions menées par les CPTS :

- Action majoritaire (8 CPTS) - **Déclaration des événements indésirables** : saisie de la fiche, organisation d'un suivi par messagerie sécurisée et débrief présentiel trimestriel ou sous forme de CREX, lien avec le responsable qualité du CH de proximité, utilisation d'un logiciel qualité ;
- Plusieurs fois cités (4) : qualité des ordonnances de sortie / rédaction d'ordonnances types ;
- Identifier et recenser les causes de rupture de parcours ;
- Evaluation / analyse de pratiques : pour certaines, lien avec des groupes qualité interpro ;
- Audit sur certains parcours : IC, ostéoporose ;
- Méthode du patient traceur (2 CPTS).

Par ailleurs, en lien direct avec la qualité et la pertinence des soins, 28,3% des CPTS déclarent travailler sur la **conciliation médicamenteuse** (13% l'ont déjà mise en œuvre). Certaines évoquent des freins sur ce projet spécifique : problème d'interopérabilité sur les outils, manque de personnel hospitalier dédié pour le faire ou maintenir le projet.

5.4. Actions de prévention menées avec l'hôpital

57% des CPTS mènent des actions de prévention avec les établissements de santé. Sur les 101 CPTS engagées sur cet axe :

- 71% font de la sensibilisation du public par le relais de campagnes nationales menées avec l'établissement ;
- 68% mènent des actions de dépistage ;
- 30% des actions de vaccination.

Les autres actions citées sont : la tenue de conférences, forums, des actions ciblées en établissement (prévention buccodentaire en EHPAD et SLD, groupe d'habileté sociale), des actions ciblées à domicile (prévention des chutes, promotion de l'APA), la promotion de Mon Espace Santé et l'ETP (mentionnée par 10 CPTS).

Les thématiques principalement abordées sont : santé mentale, autonomie, violences, AVC, pédiatrie, cardiologie

5.5. Gestion de crise

63% des CPTS déclarent avoir travaillé ou avoir le projet de travailler avec l'hôpital sur la mission gestion de crise.

- 29% des CPTS les ont associés à l'élaboration du plan SSE ;
- 17% ont un groupe de travail commun ;
- 14% déclarent partager un annuaire de ressources et de référents.

Seules 10 CPTS mentionnent avoir organisé des formations ou des exercices en commun.

5.6. Accueil des internes et professionnels en formation

66% des CPTS déclarent mener des actions en commun sur le sujet de l'accueil des étudiants en santé. 27% des CPTS déclarent organiser des soirées communes. 28% mènent des actions plus spécifiques : découverte du territoire, formation, participation aux actions communes ville-hôpital (exemple de la participation des internes aux vacations d'un Centre de Soins non-Programmés).

D'autres actions sont citées sans que l'enquête ne nous permette de les quantifier :

- Aide au logement ;
- Groupes d'échange de pratiques pour les internes.

Dans le cadre de ces actions, les CPTS soulignent également que d'autres partenaires sont associés à la démarche : les collectivités (communes/communautés de communes, conseils départementaux), les CLS et les interCPTS.

5.7. Attractivité

65% des CPTS déclarent travailler conjointement avec l'hôpital sur des problématiques d'attractivité. 30% des CPTS mènent des actions de communication avec l'hôpital, 21% accompagnent conjointement les professionnels dans leur carrière (exercice mixte, changement d'activité).

A noter que seul 15% des CPTS bénéficient sur leur territoire de postes d'assistants partagés entre la ville et l'hôpital que cela soit d'actualité, par le passé ou en projet.

Les freins au développement de ces postes sont :

- L'attractivité du territoire et le manque de candidats ;
- La complexité du dossier ;
- Le financement du projet notamment la trop faible rémunération des médecins ;
- L'inertie du CHU.

5.8. Recherche

Seules 6 CPTS mentionnent des travaux de recherche avec les établissements.

Les sujets mentionnés sont :

- DMP ;
- Consommation persistante d'opioïdes en post opératoire ;
- Déprescription des anticholinergiques chez les patients de +65 ans ;
- Recherche-action sur l'exposition aux écrans chez les tout-petits ;
- Littératie des patients DT2 ;
- Téléexpertise.

5.9. Implication des usagers et éthique

34% des CPTS déclarent avoir travaillé ces projets en lien avec les usagers. Les modalités d'association varient. Parmi elles, 36% les ont associés à un groupe de travail, 38% en recueillant leur satisfaction à l'issue de l'action. Certaines CPTS sont allées plus loin dans l'association des usagers :

- Sollicitation de l'avis des usagers en amont du projet ;
- Intégration à une démarche patient traceur ;
- Constitution de comité usagers ad hoc/patient partenaire ;

19% des CPTS travaillent avec les établissements sur l'éthique. Seules 7 l'ont effectivement mise en œuvre (dimension intégrée à chaque projet ou participation à un comité d'éthique), les autres CPTS l'ont en projet.

6. Comment aller plus loin ?

6.1. Mesurer : des indicateurs pertinents existent-ils ?

Nombreuses sont les CPTS qui estiment, du fait de leur **caractère récent**, la difficulté d'évaluer les actions menées ou qui sont, pour beaucoup d'entre elles, encore au stade de projet. Par ailleurs, les CPTS alertent sur des **indicateurs trop génériques** qui viendraient lisser ou invisibiliser les particularités de chaque territoire. Une CPTS répondante alerte également sur le fait que « *les CPTS [soient] soumises à des lourdeurs administratives pour rendre compte au national des bénéfices de ces structures.* »

Néanmoins, 101 CPTS ont accepté de proposer des indicateurs qui leur semblent pertinents pour mieux évaluer les relations ville-hôpital. Nous pouvons ainsi identifier plusieurs catégories d'indicateurs applicables en fonction de la maturité des organisations CPTS et des projets.

- **Des indicateurs de moyen** témoignant du partenariat
 - Régularité des rencontres ;
 - Mise en place de procédures pour structurer les rapports ;
 - Identification d'une personne ressource et de référents ;

- **Des indicateurs intermédiaires de processus**
 - Satisfaction des PS dans la mise en place d'outils/procédures : exemple prescriptions types ;
 - Nombre d'inclusions dans le parcours ;
 - Nombre et modalités de saisine ;
 - Nombre de téléexpertises et/ou d'avis sollicités ;
 - Mesure et analyse des ruptures de parcours ;
 - Nombre/% de pros participant au parcours ;
 - Les EI en sortie d'hospitalisation : nombre d'EI traités et solutionnés ;
 - Nombre de professionnels « recruteurs » pour l'inclusion ;
 - Nombre de projets menés en partenariat avec l'hôpital ;
 - Nombre d'effecteurs au SAS ;
 - Nombre de créneaux mis à disposition ;
 - Nombre de RCP ;
 - Nombre de professionnels de santé formés.

- **Des indicateurs de résultat**

Attention, il ne s'agit pas d'indicateurs globaux mais ciblés sur les services/publics/parcours cibles.

- Nombre de patients adressés vers la ville via une cellule de coordination ou un DAC ;
 - Nombre de patients sortis pour lesquels l'infirmier ou pharmacien a été contacté ;
 - Nb de parcours complexes ayant fait l'objet d'une coordination formalisée ;
 - Taux de réhospitalisation à J-X (en fonction du parcours et critères HAS) / Taux de réhospitalisation précoce / réhospitalisation dans les 48h qui suivent le retour à domicile ;
 - Nombre d'hospitalisations non-programmées pour le public cible du parcours ;
 - Nombre d'adressages ;
 - Nombre d'entrées directes après adressage d'un PS ;
 - Délais d'intervention / Délais de rendez-vous ;
 - Pourcentage de patients cibles ayant bénéficié d'une fiche de sortie d'hospitalisation ;
 - Taux de satisfaction des patients inclus dans le parcours ou concernés par la coordination entre les intervenants de ville et l'hôpital (via enquête type PREMS) ;
 - Satisfaction des PS quant à la qualité et sécurité des prises en charge ;
 - Nombre de rdv pris sur les créneaux libérés dans le cadre du SAS ;
 - Nombre de CCMU1 / CCMU 2 sur le nombre total de passages aux urgences.
- **Des indicateurs de résultat spécifiques au déploiement des outils numériques et à leurs usages en ville et à l'hôpital :**
- Délai de transmission des informations ;
 - Nombre ou pourcentage de patients intégrés à l'outil dans le cadre du parcours ;
 - Taux d'utilisation de la MSS ;
 - Nombre de services qui utilisent X ou Y outil ;
 - Nombre de CR déposés dans l'espace numérique/DMP.
- **Des indicateurs d'impact :**
- Taux de mortalité ;
 - Temps de séjour ;
 - Taux de redondance des soins : mesurable ? ;
 - Analyse économique : pertinence/coûts, impact sur les dépenses de santé ;

6.2. Documenter : valorisation des actions CPTS

Grâce à ce deuxième volet, 53 CPTS ont accepté d'être recontactées afin d'explicitier davantage les actions mises en place et valoriser leurs avancées dans la structuration de leurs relations avec les établissements.

Plusieurs ont partagé en quelques mots leurs réussites en matière de relations ville-hôpital :

- **Les CPTS comme interlocuteur incontournable**
 - o La reconnaissance de l'ambulatoire via les CPTS = interlocuteur ;
 - o “Une des plus-values pour moi entre la ville et l'hôpital c'est qu'au lieu de parler avec 1200 PS, l'hôpital parle avec un interlocuteur la CPTS” ;
 - o Être un interlocuteur reconnu et identifié pour les établissements de santé ;
 - o CPTS = interlocuteur facilement identifiable du monde libéral.
- **Lien avec la psychiatrie publique** : instauration de liaisons régulières via des outils sécurisés et un IPA CMP / RCP délocalisé en MSP ;
- **Amélioration des parcours santé mentale** : prise en charge plus rapide des cas urgents, meilleure orientation des patients, diminution du relais de rdv en CMP, montée en compétences des libéraux, meilleure connaissance de chacun (structures, libéraux, spécialités...), amélioration de la communication ;
- Le **nombre d'installations de MG** dépasse en 2025 et pour la 1^e fois depuis de nombreuses années, le nombre de départ. Cette augmentation tient à la dynamique d'exercice pluriprofessionnelle créée par la CPTS, rendant notre territoire attractif. Le **nombre d'adhérents** est passé de 90 en 2021 à, en 2025, 360 adhérents libéraux et hospitaliers, renforçant le lien ville-hôpital déjà existant à la création de la CPTS et facilitant la structuration de parcours coordonnés ;
- La **prévention tertiaire des chutes** a débuté en janvier par un service du CH puis s'est étendue à deux services depuis le mois de juin : une trentaine de patients ont pu bénéficier du parcours maintien à domicile ;
- **ETP Maladies Rénales Chroniques** : convention avec le DAC 88, les néphrologues de la clinique, les biologistes et les professionnels de santé formés à l'ETP du territoire de la CPTS ;
- Problème de **prescriptions médicamenteuses** résolu grâce à un **numéro unique** : la pharmacie qui résout le problème en interne. C'est un énorme gain de temps et une connaissance de nos problématiques centralisées par l'hôpital ;
- Des **sollicitations** de la part des professionnels en ambulatoire et des établissements hospitaliers **croissantes** chaque année. Des patients, aidants et professionnels de santé (ville ou hôpital) très satisfaits. Une **baisse des réhospitalisations sous 48h**. Une **thèse en cours** pour évaluer la qualité des parcours ;

- **Amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail** des professionnels de santé de ville car **amélioration de la fluidité des retours à domicile** des patients. **Plus d'écoute** des structures hospitalières, amélioration des échanges et **bienvieillance** des équipes hospitalières et de ville. Notre travail avec l'ARS et la régulation Centre 15 commence aussi à porter ses fruits dans l'**amélioration des prises en charges urgentes**. Les liens avec les CMP et les laboratoires nous ont aussi permis de mettre en évidence des futures procédure et parcours. La CPTS permet de **créer du lien** entre les différents acteurs. Chez nous elle devient un **véritable outil de communication et de recherche de solution pratiques** et réglementaires. **Beaucoup de choses existent mais aucun lien n'existait**. Les choses changent et les professionnels de ville, les patients et les structures hospitalières commencent à s'y retrouver ;
- Dernière soirée Ville-Hôpital coconstruite entre le CH et les deux CPTS majoritairement concernées par le territoire du CH + expérience immersive "Vis ma vie" qui a permis de mettre en relief des idées d'améliorations pour le lien ville hôpital : annuaire des numéros directs des services - identification d'un référent par service pour éviter le médecin introuvable - Mise en place de fiche de liaison simplifiées - et de Fiches d'évènements indésirables spécifiques pour les Retours à Domicile - Travail sur les ordonnances de sorties (Bonnes pratiques dans la rédaction) - Intensification du lien avec l'HAD ;
- Convention EMY SANTE permettant aux CPTS de Haute-Garonne de faciliter la prise de rendez-vous auprès du second recours ;
- Efficacité du **recensement des patients sans médecin traitant** y compris au sein des patients de l'hôpital ;
- **Plus d'actions hors les murs du CH** depuis l'arrivée de la CPTS ;
- Fiches d'**événements indésirables** ville/hôpital étudiées par le président de CME lors des comités ville/hôpital ; guide simplifié d'**aide à la prescription des soins infirmiers** à destination de l'ensemble des prescripteurs des établissements de santé ;
- 100% des médecins généralistes sont satisfaits de la filière d'adressage / réponse en moins de 24h.

6.3. Les freins à la coopération

Au travers de cette enquête, les CPTS ont pu décrire en texte libre les freins et les leviers pour une coopération durable entre établissements de santé et professionnels de santé. L'analyse des verbatims permet de mettre en évidence les freins suivants :

1. Complexité organisationnelle et multiplicité des acteurs

- Multiplicité des interlocuteurs : difficulté à identifier un interlocuteur unique ou dédié, ce qui ralentit les projets et la prise de décision ;

- Structure hospitalière complexe et hiérarchisée : l'hôpital est perçu comme polymorphe, avec des strates administratives et des services cloisonnés, rendant la coordination difficile ;
- Lourdeur administrative : procédures complexes, lenteur des prises de décision, et manque de souplesse des institutions (ARS, CPAM, etc.) pour faciliter la coopération ;
- Coordination entre structures différentes : difficulté à rassembler des acteurs aux logiques distinctes (CHU, CH MCO, cliniques, libéraux, etc.) autour d'un même projet. Cela souligne un manque d'objectifs communs : absence de cadre clair ou de feuille de route partagée entre la ville et l'hôpital pour guider la coopération ;
- Ces différents freins rendent la dépendance aux individus d'autant plus forte : la qualité de la coopération varie selon les personnes impliquées, avec des dynamiques parfois bloquées par des personnalités ou des tensions internes ;

2. Manque de temps et de ressources déterminant dans l'implication

- Manque de temps et épuisement : temps limité des professionnels (hospitaliers et libéraux) pour s'investir dans des réunions, des échanges ou des projets communs. Les professionnels, déjà sollicités par leurs missions quotidiennes, peinent à s'investir dans des projets supplémentaires ;
- Rythmes et temporalités différents ;
- Manque de ressources humaines et financières : absence de référents dédiés, turn-over important des équipes soignantes et manque de moyens pour soutenir la coopération dans le temps. Dans ce cadre, une CPTS témoigne : « *notre CPTS en zone rurale voit la population la plus vieillissante du département, notre parcours de maintien à domicile en collaboration avec le SDIS, la MDA et maintenant le CH prouve une réelle plus-value pour la population. Cependant, pour assurer sa pérennité, nous sommes forcés de répondre à de nombreux appels à projet. Ce qui prend du temps et nécessite des ressources humaines* » ;
- Manque de volonté ou d'intérêt : certains acteurs (médecins, cadres, directions) montrent peu d'engagement ou de motivation pour la coopération, parfois par crainte du changement ou par manque de compréhension des bénéfices.

3. Problèmes de (re)connaissance et enjeux de pouvoir

- Méconnaissance réciproque : mauvaise connaissance des missions et activités des uns et des autres (ex. : rôle des CPTS, services hospitaliers, métiers non médicaux). Difficulté à faire évoluer une culture hospitalière centrée sur l'interne ;
- Absence de culture commune : difficulté à développer une vision partagée des enjeux ville-hôpital, avec des formations et sensibilisations insuffisantes ;

- Coopération complexe et parfois déséquilibrée : crainte d'une forme de « vassalité » des CPTS vis-à-vis des hôpitaux.

4. Obstacles techniques et administratifs

- Non-interopérabilité des outils et sous-utilisation (DMP, MSS) : multiplicité des logiciels et outils numériques, souvent non compatibles entre eux, ce qui complique le partage d'informations et la coordination ;
- Double saisie et charge administrative : les professionnels doivent souvent saisir les mêmes informations dans plusieurs systèmes, ce qui décourage la participation.

6.4. Les leviers à la coopération

En miroir, les CPTS identifient un certain nombre de leviers.

1. L'engagement des acteurs et notamment des gouvernances

- Implication forte des directions (DG, CME, chefs de pôle) : présence aux réunions, participation aux instances (CA de la CPTS), soutien actif aux projets ;
- Allocation de moyens : désignation de référents ou de personnes ressources dédiées à la relation ville-hôpital, avec du temps alloué et une légitimité reconnue ;
- Régularité des échanges pour suivre les projets et ajuster les priorités.

2. L'interconnaissance et l'acculturation

- Intégration des CPTS et du sujet des relations ville-hôpital à la formation initiale des étudiants en santé ;
- Formation et accueil conjoint des étudiants et des nouveaux professionnels ;
- Rencontres informelles et formelles : organisation de temps d'échange (cafés, séminaires, ateliers) pour mieux se connaître et comprendre les fonctionnements mutuels. Exemple d'actions innovante : « vis ma vie ».

3. Les outils communs

- Déploiement d'outils numériques communs (ex. : messagerie sécurisée, DMP, outils de coordination interopérables) et formation à leur utilisation => sujet de l'uniformisation de ces outils vs logique de concurrence ;
- Utilisation de supports collaboratifs (ex. : plateformes partagées, annuaires mis à jour) pour fluidifier la communication.

4. Déployer des projets avec méthode

- Démarrer par des actions ciblées et des projets concrets : identifier des problématiques communes (ex. : parcours des patients chroniques) et monter des projets pilotes avec des services volontaires avant d'essaimer ;
- Montrer la plus-value : communiquer sur les résultats (chiffres, témoignages) pour prouver l'efficacité de la coopération et motiver les équipes ;
- Approche "gagnant-gagnant" : construire des projets où chaque partie trouve un bénéfice clair (ex. : réduction des réhospitalisations, amélioration de la qualité de vie des patients) ;
- Approche partenariale : impliquer l'ensemble des acteurs du territoire (ESSMS, transporteurs, PRADO, DAC, etc.) dans des groupes de travail thématiques en identifiant des porteurs/référents + solliciter l'ARS et la CPAM pour qu'elles jouent un rôle de facilitateur (ex. : financement de postes dédiés, médiation) ;
- Démarche qualité : événements indésirables faits en commun pour échanger sur des cas concrets, identifier des actions correctives à mener respectivement.

6.5. Les besoins et attentes identifiés par les CPTS

Afin d'accompagner au mieux les CPTS, nous les avons interrogées sur les besoins prioritaires qu'elles ont pour aller plus loin dans cette structuration des relations ville-hôpital.

Graphique n°4 : Top 3 des besoins prioritaires des CPTS vis-à-vis de la FCPTS en matière de structuration des relations ville-hôpital

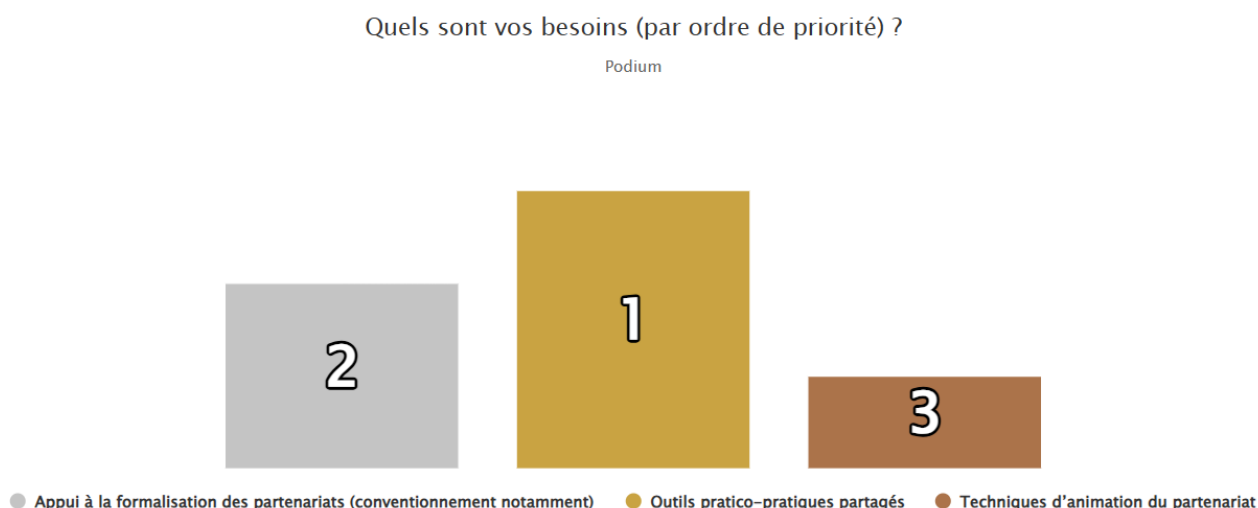


Tableau n°19 : Classement des besoins prioritaires des CPTS vis-à-vis de la FCPTS en matière de structuration des relations ville-hôpital

	Choix de réponse	Place moyenne entre 1 (plus haute) et 7 (plus basse)
#1	Outils pratico-pratiques partagés	2.85
#2	Appui à la formalisation des partenariats (conventionnement notamment)	3.61
#3	Techniques d'animation du partenariat	3.85
#4	Des idées de projets	3.92
#5	Expertise méthodologique et technique sur les projets	3.96
#6	Une meilleure connaissance du fonctionnement hospitalier	4.08
#7	Médiation	5.68

D'autres besoins ont été identifiés :

- Obtenir des indicateurs sensibles pouvant démontrer une efficience des CPTS ;
- Mobiliser des instances (ARS/CPAM/URPS) pour l'ensemble des professionnels de santé conventionnés (médicaux et auxiliaires médicaux) ;
- Disposer du partage d'expériences des autres CPTS sur : outils informatiques utilisés, les différents projets notamment parcours de chaque CPTS, protocoles partagés ;
- Disposer d'un annuaire par région des contacts ;
- Agir sur la problématique des outils numériques :
 - Pression sur les éditeurs pour des tarifs abordables + pour avancer sur l'interopérabilité ;
 - Un appui sur le choix et la convergence des SI.
- Disposer de financements complémentaires ;
- Obtenir un appui lors de blocages ou lenteurs avec certains CH.

Tableau n°20 : Attentes des CPTS vis-à-vis de partenariats nationaux avec la FNESP, PCME, FHF, FHP etc.

Libellé	Pourcentage des CPTS
Un cadre de partenariat : objectifs et valeurs partagés	48,6%
Des modèles organisationnels	49,3%
Une boîte à outils commune et partagée	75%
Des idées au travers de projets phares/exemplaires/reproductibles	70%
Autre	5,4%

Plusieurs CPTS formulent le souhait d'une structuration plus forte qui conduise à une forme d'homogénéisation sur certains aspects des relations ville-hôpital, notamment sur le sujet des outils numériques. Certaines CPTS soulèvent néanmoins un point de vigilance dans cette recherche de structuration et de convergence : il est nécessaire de garantir « *une flexibilité pour une adaptation à l'échelle locale qui ne soit pas descendante sur les projets* ».

En résumé, cette enquête révèle un **nécessaire accompagnement et degré de formalisation/normalisation des relations ville-hôpital** pour réduire les écarts entre territoires/structures, consolider les partenariats dans le temps et structurer durablement les parcours et ce, au bénéfice des patients. Cette nécessité n'appelle cependant pas à un cadre rigide mais à **l'identification de modèles adaptables mais dont les objectifs et résultats doivent être partagés et sur lesquels les acteurs doivent plus clairement s'engager**, au sens large de l'engagement (symbolique, politique et en termes de ressources).

7. Synthèse : 5 conclusions, 5 actions à mener

1. Les relations ville-hôpital, une mission constitutive et première des CPTS

- 98% des CPTS déclarent travailler sur la thématique ville-hôpital ;
 - 49% ont un groupe de travail dédié ;
 - 50% ont des référents professionnels de santé dédiés à la thématique ;
 - 36% ont des salariés dont c'est la mission.
- 95% mènent des actions concrètes : 32% en projet et 63% opérationnelles :
 - Ces actions sont majoritairement menées avec des établissements situés en proximité : CH MCO public et CH de proximité ;
 - L'objectif premier poursuivi par les CPTS est de fluidifier et sécuriser l'entrée, la sortie et le retour à domicile.
- Les CPTS allouent en moyenne 25 000€ par an pour la mission ville-hôpital. Pour les CPTS de plus de 4 ans, cela représente 35 000€ en moyenne. Cela couvre essentiellement des ressources humaines salariées ou des professionnels de santé. Seules 19% des CPTS bénéficient d'autres fonds que l'ACI pour mener à bien cette mission ;
- Les 3 thématiques principales sur lesquelles les CPTS se sont engagées en lien avec les établissements de santé sont : les personnes âgées (autonomie), l'insuffisance cardiaque et la santé mentale ;
- 57% des CPTS sont engagées sur des actions de prévention avec les hôpitaux ;
- 63% des CPTS ont travaillé sur la mission gestion de crise en lien avec les hôpitaux : 29% des CPTS les ont associés à l'élaboration de leur plan SSE ;
- 66% sur des actions d'accueil des étudiants en santé, 65% sur des sujets d'attractivité.

2. Une dimension multi-partenariale importante

- 78% des CPTS travaillent avec des établissements qui se situent en dehors de leur territoire ;
- 58% des CPTS travaillent les relations ville-hôpital avec des CPTS voisines, 36% des CPTS dans le cadre de l'organisation de parcours ;
- 31% des CPTS les travaillent dans le cadre d'une interCPTS formalisée ;
- 11% avec des acteurs régionaux ;
- 69% des CPTS mènent des actions de structuration des parcours avec les établissements hospitaliers et les DAC ;
- 57% avec les MSP.

3. Une reconnaissance des CPTS et un engagement des établissements à poursuivre

- Très rares sont les CPTS qui estiment les relations avec les établissements comme tendues ou inexistantes ;
- 65% des CPTS estiment leurs relations bonnes voire très bonnes avec les établissements avec lesquels elles coopèrent. Ces relations sont jugées meilleures avec les CH de proximité, les établissements publics hospitaliers MCO et les CHU ;
- 68,6% des CPTS s'estiment reconnues par leurs partenaires hospitaliers. Néanmoins, elles semblent davantage écoutées et reconnues par les établissements publics en proximité (CH de proximité et CH publics MCO) ;
- 43,5% des CPTS déclarent n'avoir aucune formalisation de leurs relations avec les établissements ;
- Les formes d'engagement/partenariat sont multiples :
 - 25% des CPTS sont conviées aux CME des établissements ;
 - 20,5% déclarent que l'établissement de santé participe au CA de la CPTS ;
 - 25,2% déclarent avoir une convention de partenariat avec l'établissement de santé ;
 - Toutes formalisations confondues, ce sont avec les CH de proximité que les relations semblent être les plus formalisées (72% des CPTS travaillant avec les CH de proximité), suivis des CH MCO publics (65% des CPTS travaillant avec eux).
- Dans les textes libres, les CPTS sont nombreuses à mettre en avant :
 - Leur « jeunesse » comme frein à la reconnaissance ;
 - Un engagement trop irrégulier et variable des directions et des soignants ;
 - Un manque d'allocation de moyens/ressources humaines aux relations ville-hôpital : seules 35% des CPTS ont identifié du personnel dédié à la relation ville-hôpital au sein des établissements ;
 - Un manque d'objectifs partagés.

4. Le facteur humain : des problèmes interpersonnels aux enjeux structurels

- Les CPTS soulignent des relations très variables au sein des établissements en fonction des services et des personnes ;
- Néanmoins, elles mettent en avant des problèmes davantage culturels et structurels que des problématiques individuelles :
 - Un problème de reconnaissance et d'acculturation et des méthodes de travail éloignées (le sujet des horaires souvent évoqués) ;
 - Des difficultés structurelles internes : manque de personnel et turnover, organisation et communication entre services, lourdeur administrative ;
 - Le manque d'interlocuteur dédié et identifié et qui soit, en interne, valorisé pour cette mission d'interface avec la ville ;

- Le manque d'une vision et objectifs partagés : les relations ville-hôpital font rarement l'objet d'objectifs stratégiques et d'un plan d'actions concret en interne, avec des ressources clairement allouées aux projets.

5. Communiquer et partager des informations : le frein majeur des outils numériques

- Les outils numériques et leur manque d'interopérabilités ou d'usages est le frein premier identifié par les CPTS dans les relations ville-hôpital ;
- Pour l'identification du cercle de soins, seules 43% des CPTS ont recours à un outil numérique, 33% utilisent encore la carte papier ;
- 71% des CPTS ont recours à la MSS ;
- 54% au DMP et Mon Espace Santé ;
- 35% à un outil de téléexpertise ;
- 34% à un outil de coordination centré patients ;
- Seules 22% des CPTS n'identifient aucune difficulté dans l'usage des outils numériques ;
- Les deux difficultés majeures recensées par les CPTS sont : le manque d'interopérabilité des outils, des outils mal/non renseignés/utilisés côté hospitaliers.

5 actions à mener :

1. Identifier et documenter des actions et organisations inspirantes et probantes : 53 CPTS sont prêtes à témoigner et partager ;
2. À partir de ces exemples, modéliser des modes d'organisation ou des projets adaptables aux territoires sans figer de modèles uniques (alimenter une banque documentaire) ;
3. Concevoir des documents ou conventions cadres entre partenaires nationaux afin de faciliter l'association et le conventionnement entre CPTS et établissements, formaliser la place des CPTS et accroître leur reconnaissance ;
4. Favoriser, de manière plus large, l'engagement du côté des établissements (objectifs, actions et ressources identifiées) mais également l'acculturation (formations initiales et continues) ;
5. Identifier des pistes pour améliorer les usages autour des outils numériques en prenant en compte les besoins spécifiques des CPTS.

8. Limites et perspectives de l'enquête

Il peut exister, au travers de cette enquête, des biais de sélection dans la mesure où nous pouvons considérer que ce sont les CPTS les plus engagées et ce, notamment sur les relations ville-hôpital, qui ont pu répondre. Cela étant dit, le nombre de CPTS répondantes (290) permet de relativiser ce biais.

La base de données collectées nécessiterait, par ailleurs, d'autres traitements afin de pousser les analyses en fonction des typologies de CPTS. Nous n'avons pas pu le faire systématiquement, privilégiant une vision globale. Il est néanmoins probable que des variabilités soient observées en fonction de la taille des CPTS, la typologie de territoire où elles sont installées et, plus certainement, en fonction de leur maturité.

Un point aveugle de cette enquête est la relation avec les GHT qui n'a pas été interrogée. Même si dans les champs libres, les CPTS les citent très marginalement, un complément d'enquête serait nécessaire pour approfondir cet aspect.

Nous constatons dans cette enquête des spécificités propres à la santé mentale et à la structuration du champ de la psychiatrie en France. Un complément d'enquête serait également nécessaire pour analyser plus finement les actions et les dynamiques partenariales à l'œuvre.

De la même manière, les EHPAD, souvent rattachés à des centres hospitaliers, n'ont pas été intégrés à l'enquête. La collaboration entre CPTS et EHPAD nécessiterait également une enquête à part entière.

Enfin, cette enquête est particulièrement riche en données quantitatives et qualitatives. Afin d'exploiter au maximum ces données et approfondir l'analyse, des études monographiques pourraient être conduites avec des CPTS de profils et engagements différents.